



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -**  
**DOUTORADO**



**GÊNERO E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:**  
**A MULHER COMO FOCO DE INVESTIGAÇÃO**

**KAELLY VIRGINIA DE OLIVEIRA SARAIVA**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Violante Augusta Batista Braga**

Fortaleza – Ceará, setembro/2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E**  
**ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -**  
**DOUTORADO**

**KAELLY VIRGINIA DE OLIVEIRA SARAIVA**

**GÊNERO E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:**  
**A MULHER COMO FOCO DE INVESTIGAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento da Universidade Federal do Ceará – FFOE/UFC. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária. Linha de Pesquisa: A Enfermagem e os Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde. Projeto pertencente ao GRUPPS (Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Práticas de Saúde).

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Violante Augusta**  
**Batista Braga**

Fortaleza - Ceará

Setembro/2008

## FICHA CATALOGRÁFICA

S246g Saraiva, Kaelly Virginia de Oliveira

Gênero e saúde mental na atenção primária : a mulher como foco de investigação / Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva. – Fortaleza, 2008.

162 f. : XII.

Orientadora: Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce,  
2008

A autora permite e incentiva a livre reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Capa:

***Tarsila do Amaral - Antropofagia***

*(cópia de livre reprodução, retirada da Internet)*

Revisão ortográfica: Fulvio de Oliveira Saraiva

KAELLY VIRGINIA DE OLIVEIRA SARAIVA

**GÊNERO E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A  
MULHER COMO FOCO DE INVESTIGAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Saúde Comunitária.

DATA DE APROVAÇÃO: 30/09/2008

BANCA EXAMINADORA

**Dra. VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA**

**Universidade Federal do Ceará/UFC**

**(Presidente, 1<sup>ª</sup> Examinadora)**

**Dra. M<sup>a</sup> de NAZARÉ de OLIVEIRA FRAGA**

**Universidade Federal do Ceará/UFC**

**(2<sup>ª</sup> Examinadora)**

**Dra. ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO**

**Universidade Federal do Ceará/UFC**

**(3<sup>ª</sup> Examinadora)**

**Dra. ANA RUTH MACEDO MONTEIRO**

**Universidade Estadual do Ceará/UECE**

**(4<sup>ª</sup> Examinadora)**

**Dra. VALÉRIA BARRETO NOVAIS E SOUZA**

**Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário/UFC**

**Hospital de Saúde Mental de Messejana/Secretaria de Saúde do Estado  
do Ceará (SESA)**

**(5ª Examinadora)**

**Dra. LÍGIA BARROS COSTA**

**Universidade Federal do Ceará/UFC**

**(Suplente)**

**PAULO HENRIQUE MARTINS**

**Universidade Federal de Pernambuco/UFPe**

**(Suplente)**

## *Agradecimentos:*

Equipe do CEDEFAM/UFC, pela confiança e presteza, especialmente os  
amigos Selma e Neudson

Equipe do CAPS/UFC, pela gentileza

Minha família, especialmente minha mãe, Nina, e irmã, Klívia, também  
enfermeira

Profa. Dra. e amiga Eucléa Gomes Vale, pelo incentivo

Nestor Mainieri, pelo apoio

Minha queridíssima orientadora Violante, por sua compreensão e bondade

Profa. Dra. Lígia Barros Costa, pelo amor incondicional e apoio de sempre

Rogério da Silva, pela ajuda intelectual

Mestres espirituais e meus Pais Divinos

ESTA PESQUISA TEVE, EM SEU INÍCIO, O APOIO DA FUNCAP (FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO), PELO QUAL AGRADECEMOS IMENSAMENTE E SEM O QUAL ESTA PESQUISA NÃO SERIA POSSÍVEL.

IGUALMENTE, AGRADECEMOS O APOIO DO CNPq (CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO), QUE FINANCIOU O PROJETO “GÊNERO E SAÚDE MENTAL: A MULHER COMO FOCO DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO”, RESULTANTE DESTA PESQUISA.

## RESUMO

SARAIVA, K.V. de O. Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008, 162p

A promoção da saúde feminina é um tema que envolve questões referentes às desigualdades de gênero e à autonomia da mulher diante de seu próprio corpo. A relação entre doenças e fatores sociais que afetam o processo de saúde e doença das mulheres, são aspectos que necessitam de análise, entendendo as mulheres como clientes que precisam de uma abordagem integral que una sua saúde mental com os aspectos gineco-obstétricos. Na promoção da saúde do ser humano como um ser holístico, faz-se também necessário abordar aspectos mais diversos, incluindo a saúde mental e a atenção primária. Diante dessa visão, objetivamos com esta pesquisa analisar o modo como a mulher percebe e lida com o sofrimento mental na perspectiva do gênero e da atenção integral; e identificar as demandas da mulher com algum tipo de sofrimento mental relativas à promoção de sua saúde. Para tal, as decisões e ferramentas metodológicas foram: pesquisa qualitativa, exploratória, envolvendo treze mulheres com sofrimento mental, atendidas em serviços de saúde mental ou de saúde da mulher, na cidade de Fortaleza, no período de setembro de 2007 a março de 2008. Os locais escolhidos para o estudo foram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital Universitário Walter Cantídio, e o Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), ambos pertencentes à Universidade Federal do Ceará (UFC). Os diferentes instrumentos de coleta incluíram: observação direta, questionário semi-estruturado, aplicado por meio de entrevista direta, diário de campo e genograma das famílias das mulheres. A análise das informações foi feita por meio de categorias. Com a caracterização das mulheres pesquisadas, visualizando o seguinte perfil: idades entre 22 e 47 anos; a maioria mestiça, sem profissão, sem renda própria, sobrevivendo da renda familiar média de 450,00; baixo nível escolar. A maioria mantém relacionamento do tipo união consensual. A paridade das mulheres pesquisadas é elevada, sendo que a maioria vivenciou sua primeira gravidez na adolescência. No que se refere a situações de violência, várias delas já sofreram ou sofrem violência doméstica, caracterizada como interpessoal e intrafamiliar, incluindo violência física e psicológica. A maioria sofre de depressão, três têm distúrbio bipolar e duas esquizofrenia. Os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram: ansiedade, baixa auto-estima, campo de energia perturbado, comunicação verbal prejudicada, controle familiar ineficaz do regime terapêutico, desesperança, risco da dignidade humana comprometida, angústia espiritual, sobrecarga de estresse, processos familiares disfuncionais, manutenção do lar prejudicada, padrões de sexualidade ineficazes, risco de solidão, risco de suicídio, tristeza crônica. No levantamento epidemiológico realizado no serviço de saúde da mulher (CEDEFAM), das 295 gestantes que realizaram pré-natal de 2004 a 2008, 23% apresentaram sintomas ou queixas de sofrimento psíquico, revelados nos diagnósticos de Enfermagem. Diante desses resultados, podemos concluir que a medicalização existente nos serviços de saúde mental e saúde da mulher (gineco-obstétrico), promove um atendimento dicotomizado e fragmentado, incapaz de abranger as necessidades holísticas e integrais do ser feminino. Sendo assim, não existe intercambialidade entre os dois serviços, que, sendo de naturezas diferentes, trabalham isoladamente. No existir de uma mulher com transtorno mental, não são contempladas as questões de gênero, bem como na prática assistencial dos serviços específicos de saúde da mulher, não são contempladas as necessidades de promoção de sua saúde mental. Faz-se necessário que os profissionais atendam a mulher como um ser humano completo, com todas as suas peculiaridades, inclusive sexuais-reprodutivas, que vivencia o adoecimento mental ou uma condição

qualquer de sofrimento psíquico. Essa atitude humana e terapêutica, que se encontra além dos confins da medicalização, perpassa a promoção da saúde meramente biológica e biofísica, atingindo uma esfera transcendental direcionada para a natureza humana quanto ao sexo e ao ser feminino, diante da qual promove-se, também, a qualidade de vida mesmo estando num mundo que, apesar de conter relações conflituosas, pode ser um espaço da auto-realização íntima e pessoal, da prática do altruísmo e da igualdade entre seres, e por que não dizer, do regozijo de ser o que se é: mulher.

UNITERMOS: 1. Saúde mental 2. Gênero e Saúde 3. Saúde da mulher  
4. Políticas públicas de saúde 5. Humanização da assistência

## ABSTRACT

SARAIVA, K. V. de O. Gender and mental health in the primary care: the woman as focus of investigation. Thesis [PhD]. Nursing Department/Graduate Program. Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008, 162p

The promotion of female health is an issue that involves questions concerning gender inequalities and the autonomy of the woman with regards to her own body. The relationship between diseases and social factors that influence the process of health and sickness in women are aspects that demand analysis, considering women as clients that need an integral approach that join the mental health with the gynecological and obstetric aspects. In the promotion of health of the human subject as a holistic being, it also becomes necessary to engage more diverse issues, including mental health and primary care. Faced with this vision, our goal in this research is to analyze the way women understand and deal with mental suffering within the perspective of gender and integral care; and to identify the demands of the woman with some type of mental suffering related to the promotion of her health. In order to do that, the decisions and methodological tools were: qualitative, exploratory research, involving thirteen women with mental suffering, being cared for by the services of mental health or women care, in the city of Fortaleza, in the period of September 2007 to March 2008. The places chosen for the study were the Center for Psychosocial Care (CAPS) of the Walter Cantídio University Hospital, and the Center for Family Development (CEDEFAM), both belonging to the Federal University of Ceará (UFC). The different collection tools included: direct observation, semi-structured question form applied through direct interview, field diary and genogram of the women's families. The analysis of the information was made by means of categories. With the characterization of the women researched, the following profile was obtained: ages between 22 and 47 years old; most are mixed race, unemployed, without personal income, surviving with an average family income of R\$450,00; low level of literacy. Most maintain a relationship of the consensual union type. The parity of the women researched is high, with most having had their first pregnancy as teenagers. With regards to situations of violence, several have already suffered or are suffering domestic violence, characterized as interpersonal and intrafamiliar, including physical and mental violence. Most suffer of depression, three have bipolar disorder and two are schizophrenic. The most frequent Nursing diagnostics were: anxiety, low self esteem, disturbances in the energy field, verbal communication impaired, inefficient family control of the therapeutic regimen, lack of hope, risk of human dignity compromised, spiritual angst, stress overload, dysfunctional family processes, home maintenance impaired, inefficient patterns of sexuality, risk of loneliness, risk of suicide, chronic sadness. In the epidemiologic survey carried out in the women health service (CEDEFAM), of 295 pregnant women that received prenatal care from 2004 to 2008, 23% showed symptoms or complaints of psychological suffering, revealed in the Nursing diagnostics. In view of these results, we can conclude that the current medicalization of the mental health and women health services (gynecologic – obstetric) promotes a dichotomic and fragmented care, incapable of dealing with the holistic and integral needs of the female being. Thus, there is no interchangeability between the two services which, being of distinct natures, work in isolation. In the existence of the woman with mental disorder, the issues of gender are not dealt with, as well as in the care practices of the services that are specific to the women's health, the need of the promotion of mental health are not considered. It becomes necessary for the professionals to treat the women that experience mental disease or any psychological suffering condition as a

complete human being, with all her peculiarities, including the sexual-reproductive ones. This humane and therapeutic attitude, that is found beyond the realms of medicalization, runs through the merely biological and biophysical promotion of health, reaching a transcendental sphere directed towards the human nature as regards to the gender and the female being, in face of which the quality of life is also promoted, even in a world that, despite containing conflicting relationships, can become a space for intimate, personal self- realization, of the practice of altruism and of the equality of beings and, why not, of the enjoinderment of being what one is: woman.

KEYWORDS: 1. Mental health      2. Gender and Health      3. Women's health  
4. Health policies      5. Humanization

## RESUMEN

Saraiva, K.V. O. Género y salud mental en atención primaria: las mujeres como el foco de la investigación. Tese [Doutorado]. Departamento de Enfermería del Programa de Postgrado. Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008, 162p

La promoción de la salud de la mujer es un tema que involucre cuestiones relacionadas con la desigualdad de género y la autonomía de la mujer frente a su cuerpo. La relación entre las enfermedades y los factores sociales que afectan al proceso de salud y enfermedad entre las mujeres, son temas que requieren un examen, la comprensión de las mujeres como clientes que necesitan un enfoque integral que vincula su salud mental con los aspectos ginecológicos y obstétricos. En la promoción de la salud de ser humano como un ser holístico, es también necesario abordar varios aspectos, incluida la salud mental y atención primaria. Teniendo en cuenta esta visión, nuestro objetivo con esta investigación para examinar cómo las mujeres perciben y hacer frente a la enfermedad mental desde la perspectiva de género y la atención integral e identificar las demandas de las mujeres con algún tipo de estrés mental en la promoción de la salud. Para ello, las decisiones e instrumentos metodológicos son: la investigación cualitativa, de tipo exploratorio, con la participación trece mujeres con enfermedad mental atendidas en los servicios de salud mental o la salud de la mujer en la ciudad de Fortaleza, en el período comprendido entre septiembre 2007 a marzo 2008. Los sitios elegidos para el estudio fueron el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de un hospital universitario, y el Centro de Desarrollo de la Familia (CEDEFAM), ambos pertenecientes a la Universidad Federal de Ceará (UFC). Los instrumentos de recogida de datos diferentes fueron: la observación directa, entrevistas semi-estructuradas, realizadas a través de diario de campo directo y genograma de los hogares de las mujeres. El trabajo se realizó por medio de categorías. Con la caracterización de las mujeres encuestadas por ver el siguiente perfil: edad entre 22 y 47 años, la raza más mezclada, sin ocupación, sin que sus propios ingresos, sobreviviendo el ingreso familiar promedio de 450,00, nivel educativo bajo. La mayoría de mantener la unión relación de tipo consensual. La paridad de mujeres estudiadas es alta y la mayoría de los que experimentaron su primer embarazo en la adolescencia. Con respecto a la violencia, muchos de ellos han sufrido o están sufriendo violencia doméstica, que se caracteriza como interpersonales y intrafamiliar, incluida la violencia física y psicológica. La mayoría sufren de depresión, trastorno bipolar y la esquizofrenia tienen dos tres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: ansiedad, baja autoestima, trastornos campo de la energía, problemas de comunicación verbal, la familia controlado por el régimen terapéutico eficaz, la desesperanza, problemas de riesgo de la dignidad humana, la angustia espiritual, sobrecarga de estrés, los procesos familiares disfuncionales, deterioro de la gestión de mantenimiento en casa, el patrón de sexualidad ineficaces, el riesgo de la soledad, el riesgo de suicidio, la tristeza crónica. En

la encuesta epidemiológica realizada al servicio de la salud de la mujer (CEDEFAM) de 295 mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal desde 2004 hasta 2008, el 23% tenía síntomas o quejas de los trastornos psicológicos, como se revela en los diagnósticos de Enfermería. Teniendo en cuenta estos resultados, se concluye que la medicalización de los servicios de salud existentes mental y salud de la mujer (ginecología y obstetricia), promueve una asistencia dicotomizada y fragmentado, incapaz de cubrir las necesidades de ser mujer global e integral. Por lo tanto, no hay posibilidad de intercambio entre los dos servicios, que son de diferente naturaleza, el trabajo de manera aislada. Existen en una mujer con trastornos mentales no se abordan las cuestiones de género, así como en el campo de práctica de servicios específicos para las necesidades de salud de la mujer no se cumplen para promover su salud mental. Es necesario que los profesionales de conocer a la mujer como un ser humano completo con todas sus particularidades, incluida la violencia sexual, reproductiva, que experimenta la enfermedad o condición mental angustia psicológica. Esta actitud y la terapéutica humana, que se encuentra más allá de los límites de la medicalización, impregna promoción de la salud puramente biológico y de la biofísica, alcanzando un esfera trascendental dirigida a la naturaleza humana como para el sexo femenino y antes de que se promueve también la calidad de vida incluso en un mundo que, a pesar de contener en conflicto las relaciones pueden ser un espacio de auto-realización íntima y personal la práctica del altruismo y la igualdad de los seres, y por qué no decirlo, la alegría de ser el que es la mujer.

PALABRAS CLAVE: 1. Salud Mental    2. Género y Salud    3. Salud de la mujer    4. Las Políticas de Salud    5. Humanización

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
3 REVISÃO DE LITERATURA	4
3.1 Considerações sobre gênero	4
3.2 A menstruação	3
3.3 A gestação	6
3.4 O parto e a violência interpatal: sofrimento psíquico causado pela desumanização do parto	0
3.5 O pós-parto/puerpério	8
3.6 O climatério e a menopausa	2
3.7 Transtornos mentais e o gênero feminino	4
3.7.1 Transtornos de ansiedade	4
3.7.2 Transtornos de alimentação	6
3.7.3 Mulheres vítimas de violência	7
3.7.4 Seqüelas e reações emocionais causadas por cânceres específicos da mulher	9
3.8 A medicalização/apropriação do corpo feminino	1

4 decisões e ferramentas metodológicas	1
4.1 Estratégias de instrumentação da pesquisa	1
4.2 Estratégias de investigação da pesquisa	7
4.3 Análise e interpretação dos achados	2
5 Discussão dos achados	3
6. Considerações Finais	37
Referências	46
Apêndices e Anexos	56

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Delacroix, Aspasia	p. 13
FIGURA 2: Boticelli, O Nascimento de Vênus	p. 14
FIGURA 3: Modigliani, Nu em Vermelho	p. 23
FIGURA 4: Klimt, Grávida	p. 26
FIGURA 5: Frida Kahlo, Hospital Henry Ford	p. 30
FIGURA 6: Picasso, Amamentação	p. 38
FIGURA 7: Dalí, Fêmea Nua	p. 42
FIGURA 8: Autor(a) não identificado	p. 44
FIGURA 9: Autor(a) não identificado	p. 51
FIGURA 10: Van Gogh, Primeiros Passos (Após Millet)	p. 61
FIGURA 11: Rubens, A Lenda de Pero	p. 73
FIGURA 12: Anita Malfatti, Tropical	p.

*“Quando entrava em crise, ela ficava tirando a roupa no meio da rua; às vezes se masturbava em público, parece que só pra irritar a família. Sei lá... Era uma mulher bonita, de 26 anos. Chamava a atenção dos homens do bairro. A gente tinha medo que ela fugisse e engravidasse de um desconhecido que se aproveitasse dela. E se pegasse uma doença por aí? Podia até ser estuprada, né? Ou podia acontecer mesmo com o consentimento dela, mas que consentimento, né, de uma doente mental?! Muitas vezes era internada só por causa disso, sabe, era difícil controlar o comportamento sexual dela”.*

*“Teve 4 filhos, e toda vez que paria, enlouquecia. No resguardo do último ela ficou tão doente que tocou fogo no guarda-roupa e no colchão, depois fugiu, deixando o bebê no quarto. O marido deixava ela quase só quando ela ficava assim, ele tinha que trabalhar e também não se preocupava como o planejamento familiar; eram os pais dela que ajudavam mais. Só depois desse fato grave, que quase matou o bebê, é que conseguiram com um médico fazer a ligadura dela.”*

*“Depois que eu adoeci eu perdi muito a vontade de fazer sexo. Agora com o remédio, eu tô melhor da tristeza, mas continuo sem vontade. Sexo ficou em último lugar pra mim. Meu namorado tenta entender, ele se controla, mas eu não sei até quando vai dar pra segurar essa situação. Eu olho pra mim no espelho e nem me vejo mais como uma mulher...”*

*“Esse negócio de exame de prevenção é muito difícil pra ela. Exame de mama?! [risos] Ela não deixa encostar nas partes íntimas dela, não. Você vê, ela tá muito obesa, quase não anda de lá pra cá. Olha, tirar minha irmã de casa é muito difícil, ela só sai mesmo pra consulta do psiquiatra. Ela não aceitaria sair pra fazer um exame ginecológico, não, acho que não.”*

Depoimentos sobre o tema da pesquisa

## **Todas as vidas, de Cora Coralina**

Vive dentro de mim uma cabocla velha  
de mau-olhado, acocorada ao pé do borrarho, olhando pra o fogo.  
Benze quebranto. Bota feitiço... Ogum. Orixá.  
Macumba, terreiro. Ogã, pai-de-santo...  
Vive dentro de mim a lavadeira do Rio Vermelho,  
Seu cheiro gostoso d'água e sabão.  
Rodilha de pano. Trouxa de roupa, pedra de anil.  
Sua coroa verde de são-caetano.  
Vive dentro de mim a mulher cozinheira.  
Pimenta e cebola. Quitute bem feito.  
Panela de barro. Taipa de lenha. Cozinha antiga toda pretinha.  
Bem cacheada de picumã. Pedra pontuda. Cumbuco de coco. Pisando alho-sal.  
Vive dentro de mim a mulher do povo. Bem proletária.  
Bem linguaruda, desabusada, sem preconceitos,  
de casca-grossa, de chinelinha, e filharada.  
Vive dentro de mim a mulher roceira – Enxerto da terra,  
meio casmurra. Trabalhadeira. Madrugadeira.  
Analfabeta. De pé no chão.  
Bem parideira. Bem criadeira. Seus doze filhos. Seus vinte netos.  
Vive dentro de mim a mulher da vida.  
Minha irmãzinha... tão desprezada, tão murmurada...  
Fingindo alegre seu triste fado.  
Todas as vidas dentro de mim:  
Na minha vida – a vida mera das obscuras.

## 1 INTRODUZINDO A PESQUISA

---

A promoção da saúde feminina é um tema que envolve questões polêmicas, referentes às desigualdades de gênero e à autonomia da mulher diante de seu próprio corpo. Com a consciência dessas questões, é possível fazer uma crítica a uma provável falta de visão holística entre os profissionais que executam os serviços oferecidos no sistema de saúde, sejam estes técnicos, docentes ou gestores responsáveis pelas políticas de saúde. Direitos sexuais, diferenças relativas ao gênero feminino e interrelações complexas entre doenças e fatores sociais que afetam direta ou indiretamente o processo de saúde e doença das mulheres, são aspectos que não têm sido postos em evidência na prática de promoção da saúde.

Apesar dos avanços nos programas e nas políticas de saúde para as mulheres nas últimas décadas, permanecemos fundamentados no modelo biomédico, detentor de uma cultura machista e tecnicista. Dentre os inúmeros fatores causadores dessa falha, podemos apontar a exclusão social sofrida pelas mulheres e o crescimento do processo de medicalização, principalmente ao longo do século XX, com a inserção de tecnologias complexas na obstetrícia e a redução da humanização na assistência oferecida.

A medicalização é definida por Helman (2003) como a expansão e a abrangência da jurisdição da medicina, envolvendo muitos problemas que inicialmente não eram classificados como da área médica. Vieira (1999) cita Illich como o mais famoso autor a abordar esse tema, ainda na década de 70, o qual afirma que, numa sociedade onde a medicina tenta assegurar a conformidade dos indivíduos perante as normas sociais, o controle do corpo e do comportamento tornou-se

objeto da medicina. Em nosso caso especificamente, este controle está relacionado com o corpo e a natureza feminina, denominado de medicalização ou apropriação do corpo feminino, tema abordado em nossa tese.

O que nos importa, porém, como foco central, ao iniciarmos a pesquisa a seguir apresentada, é romper com a ideia vigente de que nós mulheres somos objetos uterinos, ovarianos, vaginais, hormonais, portadores ou não de embriões, reprodutivos ou não, passivos e obedientes. Além disso, romper também com a ideia de que quaisquer alterações no corpo feminino, mesmo que fisiológicas, são – de um lado – problemas de ordem médica e – de outro – fadadas a acontecer por uma ordem natural ou biológica, própria do corpo feminino, resultando em doenças para as mulheres, por isso necessitando de intervenções médicas capazes de ‘domar a natureza feminina’. Ou seja, romper com a ideia de que as mulheres adoecem porque sua natureza feminina lhes impõe esse adoecimento; que suas doenças estão direta ou indiretamente relacionadas ao sistema reprodutivo e, finalmente, que esse processo, apesar de natural e fatalístico, é de inteira competência da medicina, diante da qual a mulher é um objeto passivo.

Por outro lado, este ser complexo e fadado a adoecer por causa de sua própria natureza, é alvo de imensa curiosidade e também propenso à dominação. Mas essa curiosidade substituiu o desprezo pela fisiopatologia do corpo feminino somente no século XVIII, quando os médicos usurparam o saber empírico das parteiras, passando depois a rechaçá-las. Dessa forma, foi-se substituindo a prática popular dessas ‘mulheres que cuidavam de mulheres’ pela prática oficial dos homens médicos, detentores do saber científico e de poder e reconhecimento social. Historiadores, principalmente as feministas, nos mostram que até o século XVIII não pareciam ser de grande interesse da medicina as atividades relacionadas com a saúde das mulheres. Os motivos para esse desprezo iam da frequente misoginia aos fortes tabus culturais, que impediam os homens de tocar, ver, estudar e tratar os corpos das mulheres. Nessa conjuntura, os cuidados gineco-obstétricos dependiam de mulheres curandeiras, parteiras, enfermeiras leigas, que herdavam conhecimentos primitivos e empíricos de suas antepassadas.

Lentamente, com o auxílio da Inquisição nos processos de “caça às bruxas” e com a difusão do preconceito dos cientistas modernos contra o saber popular, a medicina conseguiu apropriar-se do conhecimento empírico das ‘mulheres cuidadoras de mulheres’ e de toda a sua prática gineco-obstétrica, difundindo a ilusão de que tais conhecimentos dos processos naturais do corpo feminino eram de seu

domínio, ou seja, eram eventos médicos. Essa visão colaborou para a exclusão social da mulher, tendo seu corpo como sua principal via de exclusão.

Não podemos aqui focar nossa crítica apenas na medicina. É fato que as outras profissões, principalmente da área da saúde, seguiram o mesmo rastro, medicalizando-se. Por isso, quando nos referimos à medicalização do corpo feminino, estamos nos referindo a todas as profissões da saúde que reproduzem o paradigma da medicalização, assim como a medicina. Até mesmo as profissões mais femininas como a enfermagem, seguiram o modelo medicalizador, pois assimilou as conseqüências da modernização com seu aparato tecnológico, bem como a influência patriarcal de nossa ciência. Reconhece-se, portanto, que juntamente com amplas questões sociais, a medicalização do corpo feminino é um fator a mais, não apenas restrito à prática médica, mas sim inerente a várias profissões e à sociedade como um todo.

Outras profissões, dentre as mais diversas, reproduzem o conceito científico de que a mulher, por sua natureza, apresenta maiores obstáculos para a boa execução de várias atividades. Dario Fo, ator de renome internacional, num influente manual para atores, afirma:

A técnica para impostar a voz não é análoga para as atrizes aspirantes, pois, por sua natureza, as mulheres não possuem a chamada 'voz de abdômen'. Aliás, fogem instintivamente de seu uso. É a natureza que se preocupa antecipadamente em proteger o eventual filho que se colocará no ventre, pois o ato de pressionar o diafragma e tensionar os músculos abdominais pode eventualmente provocar danos à futura criança. Dessa maneira, a natureza se incumbiu em deslocar o aparelho fonador feminino para uma posição superior. Esta é a razão principal pela qual as mulheres falam preferencialmente de cabeça ou de máscara, enquanto os homens tendem a falar de abdômen (FO, 1999, p.280).

Mesmo as mulheres, principais vítimas da medicalização, reproduzem este modelo com total fidelidade, apesar das feministas tentarem, há décadas, enfraquecê-lo. Esse comportamento reproduzido pela própria vítima não pode, porém, ser visto como uma causa, mas sim como uma conseqüência da cultura patriarcal definida por Saffioti (2004) como um regime de dominação-exploração dos homens para com as mulheres, e consolida-se na violência simbólica bem retratada por Bourdieu e nas desigualdades sociais enfrentadas pelas mulheres.

A noção corrente por vários séculos da mulher como um homem incompleto – e que ainda persiste em muitas culturas –, fundamentou a crença nas diferenças sexuais, contaminando também a economia, as ciências biológicas e a medicina, em particular. Schienbinger (2001) aponta para a sutil e invisível exclusão

sofrida pelas mulheres nas ciências, diferentemente da alegativa comum de que a ciência é neutra. As desigualdades de gênero incorporadas nas instituições científicas reproduzem e influenciam até hoje, a geração de um conhecimento também desigual.

Já aqui adentramos num campo paradoxal, pois enquanto as mulheres ainda carecem de reconhecimento e respeito a inúmeros direitos no campo social e da saúde, à luz do senso comum parece-nos que as ciências, especialmente as biomédicas, têm contribuído suficientemente para o gênero feminino. Quanto a isso poderão ser enumerados medicamentos, técnicas cirúrgicas e toda uma série de aparatos tecnológicos desenvolvidos a serviço das mulheres. Parece-nos também que o Estado, por meio de suas políticas públicas, tem desenvolvido com o mesmo interesse programas voltados para a saúde do gênero feminino, começando nos anos 60 com o Programa de Saúde Materno-Infantil, baseado em intervenções a grupos de risco, evoluindo nos anos 80 para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com diretrizes mais amplas baseadas em necessidades e reivindicações das mulheres (COSTA, 1999), e chegando no ano 2000 com programas complexos direcionados para grupos específicos de mulheres, numa proposta ousada que visa ampliar a assistência à mulher nos serviços do SUS sob uma ótica política e social.

Vale lembrar que a ascensão das políticas públicas para a saúde da mulher não se deve à melhoria na percepção dos homens que dominam o cenário científico e político, mas sim a conquistas originárias de árduas lutas feministas ao longo da história, através de mulheres organizadas em grupos, que com grande dificuldade e labor sobrepujaram o poder masculino após séculos de submissão. Daí se pode chegar ao cerne de um paradoxo sobre o qual – se tais contribuições científicas e políticas têm acontecido para as mulheres – devemos reconhecer que as próprias mulheres foram as principais atrizes causadoras de uma mudança no modelo machista imperante, mudança que está em franco processo de implantação e que precisará de muitas décadas futuras para consolidar-se.

Não podemos esquecer aqui a influência mundial nas políticas públicas de vários países causada pela 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, no ano de 1995. Outros eventos mais atuais também afetam a dinâmica das políticas públicas, tais como os estudos de Turrís (2005), que apontam para a influência do movimento feminista na dinâmica dos serviços de saúde, relacionando o crescimento da satisfação dos usuários do sistema de saúde a partir dos anos 60, paralelamente ao crescimento do movimento feminista. A autora propõe uma relação entre as

experiências feministas das mulheres usuárias dos serviços de saúde e o nível de crítica, avaliação e satisfação das mulheres que utilizam tais serviços, concluindo que o feminismo, em particular, pode provocar uma forte influência no refinamento do conceito de satisfação pelos serviços de saúde oferecidos à mulher.

Podemos citar também a pesquisa sobre as condições de vida em diferentes países, realizada a pedido das Nações Unidas, mostrando em seu relatório sobre a população mundial que um número maior de mulheres vive em situação de pobreza, quando comparado com o número de homens; cerca de 50% do tempo despendido por elas é destinado a ocupações não remuneradas, e no geral, trabalham mais horas do que os homens, enquanto ganham menores salários (BRASIL, 2002). Esta condição de vida influencia tanto o acometimento de doenças, quanto o tratamento e a prevenção destas.

Com o advento da “segunda onda feminista” na década de 70, surgiram uma grande quantidade de obras descrevendo questões sexuais relacionadas à saúde da mulher, nas quais o maior número de diagnósticos e de queixas somáticas era classificado pelos médicos como ‘psicossomáticas’. Em seu trabalho, Munch (2004) analisa a literatura feminista de 1970 a 95, mostrando que por meio dela as mulheres criticaram severamente esta condição, contribuindo para revelar ao público e aos profissionais de saúde os riscos enfrentados pelo gênero feminino diante do diagnóstico errado e das falhas no tratamento médico.

Quanto à sociedade brasileira, nela o reconhecimento dos direitos femininos nas políticas de saúde ainda é novo e encontra-se em fase de estruturação. Enquanto o Governo federal, através do Ministério da Saúde e com a retaguarda da Rede Feminista de Saúde, tenta implantar em parceria com os Estados e municípios os programas de saúde da mulher, dificuldades como escassez de recursos e falta de consciência dos profissionais a respeito desta temática ainda bloqueiam a prestação de serviços de qualidade para o gênero feminino. Questões mais abrangentes como a atenção à saúde mental das mulheres, ainda não foram incorporadas na dinâmica dos serviços de saúde, sendo consideradas somente em serviços específicos de saúde mental, que, por sua vez, também não abrangem questões femininas específicas, não existindo, portanto, interdisciplinaridade entre as dimensões biológica e mental no atendimento à mulher.

Estamos descrevendo uma dicotomia bem marcada nos serviços de saúde que prestam assistência à mulher: a ruptura do ser humano em uma parte ‘corpo’ e outra parte ‘mente’. A parte ‘corpo’ é subdividida em outras partes,

estudadas em separado. Já a parte ‘corpo da mulher’ é estudada quanto aos aspectos gineco-obstétricos. Devido a isso, o que temos são ações voltadas exclusivamente para o corpo feminino, em programas de saúde da mulher que envolvem ginecologia e obstetrícia; e outras voltadas exclusivamente para a psique, em serviços de saúde mental. Assim, se uma mulher em idade fértil com esquizofrenia, precisar de cuidados quanto ao seu planejamento familiar, ela não os terá no atendimento na área psiquiátrica. Igualmente, se precisar de cuidados de saúde mental durante um atendimento gineco-obstétrico, não os terá. Isso nos mostra que os profissionais de saúde precisam desenvolver outro nível de percepção durante seus atendimentos para identificarem alterações relacionadas com o ser feminino como um todo integral, especialmente os que trabalham na área de saúde da mulher.

Neste ínterim, os profissionais de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar abertos para reconhecer as necessidades holísticas de sua clientela, sejam estas biológicas ou psíquicas. Isto é particularmente importante para os generalistas que atendem na atenção básica ou primária de saúde, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com um grande número de ações voltadas para a saúde da mulher e da família. Um exemplo a ser pontuado é o trabalho de Silva, Furegato e Costa Jr. (2003), ao pesquisarem o conhecimento sobre depressão de enfermeiros do PSF, revelaram que estes não sabiam identificar suas manifestações durante as consultas. Isso contrasta com as recomendações pautadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que estabeleceram as unidades básicas de saúde, principalmente no que tange à Estratégia de Saúde da Família (ESF), como porta de entrada da rede de saúde mental, priorizando os cuidados primários de saúde mental nessas unidades, especialmente em quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade (CNS, 2001).

A inclusão na atenção primária de saúde de ações voltadas para mulheres com alterações mentais, reconhecendo a importância de oferecerem cuidados fundamentados na integração entre o corpo e a mente das mulheres, reduz a dicotomia do ser feminino, reduzindo conseqüentemente, danos individuais e sociais. Vítimas dessa dicotomia, as mulheres com transtornos mentais podem sofrer agravos como: gestações múltiplas indesejadas ou falhas no controle da concepção, maior ocorrência de surtos psicóticos evitáveis, episódios de depressão, além de elevada sobrecarga para sua família. Um alerta para essa temática poderia influenciar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a incluírem em sua rotina a atenção voltada para questões reprodutivas de usuárias do sexo feminino, e manterem

constante parceria com as equipes de PSF ou serviços ambulatoriais de saúde da mulher.

Deve-se levar em conta, ainda, que os custos com a assistência à saúde mental direcionada a mulheres que buscam atendimento na atenção básica são menores que os custos de uma internação. Da mesma forma, os custos de uma assistência na área gineco-obstétrica de mulheres com doença mental podem ser reduzidos se operacionalizados na mesma rede básica de saúde. A detecção precoce de uma gestante com riscos psiquiátricos durante a realização de seu pré-natal num serviço de atenção básica, pode economizar tempo, gastos e, o mais importante, diminuir a exposição a riscos e à gravidade da doença mental. Já mulheres com doença mental em idade fértil que necessitem de planejamento familiar ou controle da concepção supervisionados, poderiam contar com cuidados gineco-obstétricos durante a assistência psiquiátrica no próprio serviço de saúde mental. Um atendimento com ações cruzadas de saúde da mulher e saúde mental supriria as maiores necessidades das mulheres do que dos homens, devido às questões reprodutivas e sexuais, e os agravos associados às desigualdades sofridas pelas mulheres.

Um novo paradigma sobre o processo de saúde e doença e as formas de cuidar da população feminina deve emergir entre nós, profissionais de saúde e formadores de opinião, atores de mudanças nas práticas de saúde das últimas décadas, iniciadas com movimentos como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Sob esta percepção, somos atores/sujeitos dessas reformas que ainda estão em andamento no Brasil, pois não se consolidaram completamente. Nesse processo de consolidação, nosso trabalho depende de vários fatores, relativos às dimensões políticas, intelectuais, econômicas e, principalmente, éticas. Isto por si só traz à tona as lacunas ainda existentes na promoção da saúde, especialmente da saúde mental no Brasil, e na fortificação de uma rede de cuidados na qual muitos aspectos precisam ser construídos, levando em consideração outros espaços para implementar ações terapêuticas, como o familiar e o viver social/comunitário. O Ministério da Saúde tem dado maior importância à solidificação de uma rede de cuidados em saúde mental que priorize ações que venham romper com o modelo medicalizador, uma vez que a desinstitucionalização do doente mental tem ocorrido, sendo necessário ampliar os alicerces para o acolhimento e o apoio do indivíduo a ser cuidado, consolidando a rede social para promover sua autonomia e emancipação (BRASIL, 2005a).

O desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. A realidade destas equipes de atenção básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental.

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2005a, p.32-33).

Na possibilidade de uma intercambialidade entre PSF e CAPS, podemos afirmar que vem ao encontro dos objetivos das políticas públicas brasileiras para a melhoria da atenção básica, especificamente em saúde da mulher, uma vez que o Ministério da Saúde tem implementado ações para aumentar o número de atendimentos às mulheres na rede pública. Um indicador importante desse avanço apontado pelo Ministério, foi o número de exames de pré-natais realizados no SUS, que passou de 2,8 milhões em 1995 para 7,6 milhões em 1998, com a previsão de que este número tenha dobrado em 2006. Na área ginecológica, o número de consultas passou de 7,6 milhões em 1995 para 13,1 em 1998 (BRASIL, 2004). Este crescimento, porém, apesar de demonstrar um avanço na última década, ainda não é suficiente para a grande demanda de necessidades de cuidados do gênero feminino no Brasil.

Avanços devem ser reconhecidos, como trabalhos de Oliveira e Silva (2005) que reforçam a importância do envolvimento da família no cuidado com o doente mental, estudando a assistência à saúde mental oferecida no PSF de

Florianópolis, enquanto que o Ministério tenta demonstrar a significativa demanda para cuidados em saúde mental presente nos atendimentos das equipes de PSF – cerca de 47% das equipes declararam ter realizado ações de saúde mental no PSF (BRASIL, 2005a). Para as citadas autoras é necessário conhecer as experiências de atenção primária que envolvam a família, diminuindo as dificuldades sentidas pelas equipes do CAPS e do PSF ao implementarem estratégias de cuidado com o doente mental.

Além da parceria no âmbito da atenção primária, entre equipes de PSF e CAPS, podemos ressaltar também a importância dessa intercambialidade entre os demais níveis de atenção à saúde, numa abrangência que poderá variar entre a internação hospitalar, a semi-internação em hospitais-dia ou CAPS e o retorno para a casa, no domínio domiciliar/familiar. Isso complementa o princípio da integralidade proposto para o SUS, uma vez que o sistema de referência e contra-referência é complexo e seus limites dependem da ampliação da rede de cuidados possíveis de serem executados.

Não podemos negar que, principalmente na década de 1990, a área de saúde da mulher contou com significativo impulso científico e político, sendo um importante exemplo no Brasil as ações de humanização do pré-natal e do parto difundidas pelo Ministério da Saúde. No entanto, a área de saúde mental necessita de atenção especial quando a vinculamos à área de saúde da mulher, e pesquisas como a que aqui apresentamos poderão ser um passo a mais na aquisição dos direitos da mulher para minimizar sua exclusão social.

As diferenças biológicas e sociais que determinam as diferentes formas de viver entre mulheres e homens, tornaram a mulher um alvo para as sobrecargas sociais das doenças mentais, exigindo assim uma oferta de serviços adequados na rede de saúde. Consideramos, nesta análise, as características biológicas inerentes ao corpo feminino, admitindo a influência dos hormônios e seus efeitos psíquicos, bem como as alterações no equilíbrio físico-químico e emocional da mulher em seu ciclo reprodutivo, principalmente o ciclo gravídico-puerperal e o ciclo menstrual. Porém, sabemos que há equívocos no excessivo tecnicismo que permeia essa visão, desconsiderando a verdade de que as mulheres são alvos também pela estrutura social na qual vivem, que aumenta suas demandas, sobrecarregando-as e tornando-as vulneráveis. Essa veracidade envolve aspectos econômicos e culturais bem estabelecidos na nossa sociedade, que regem toda a dinâmica da qualidade dos serviços de saúde para as mulheres. Se ainda faltam ações em nossas políticas de

saúde voltadas para milhares de mulheres pobres, sobram as excessivas e desnecessárias intervenções médicas direcionadas para as classes média e alta, como por exemplo, as cesarianas eletivas desnecessárias que contrastam com a escassez de leitos obstétricos nos hospitais públicos.

Baseadas nesses pressupostos trazemos aqui uma proposta para melhorar as políticas de saúde da mulher e de saúde mental, por meio de uma pesquisa com mulheres que apresentam transtornos mentais e que necessitam de cuidados na área gineco-obstétrica, bem como com mulheres que recebem assistência gineco-obstétrica e que necessitem de cuidados na área de saúde mental, sob a luz de um paradigma holístico e feminista, que considere a mulher como um ser humano completo, autônomo e integral nas dimensões do corpo, da mente e do espírito. Ao nos aproximarmos deste universo representado pelas mulheres, o resumo de nossas proposições é o seguinte:

- O modelo biologicista de atenção existente nos serviços de saúde, tendo a medicalização bem enraizada no fazer dos profissionais, favorece um atendimento dicotomizado e fragmentado, ainda não capaz de abranger as necessidades holísticas e integrais do ser feminino;
- Não existe intercambialidade entre os serviços de atenção à saúde da mulher e de saúde mental;
- No existir de uma mulher com transtorno ou alteração mental, ou ainda com sofrimento psíquico de qualquer natureza, não são contempladas as questões de gênero;
- Na prática assistencial dos serviços específicos de atenção à saúde da mulher, não são contempladas as necessidades de promoção de sua saúde mental.

Isso nos instiga às diversas questões norteadoras, baseando-nos na afirmativa de que o ser mulher possui suas peculiaridades de existir num mundo ainda dominado pelos homens (patriarcado) e que, ao ser assistida nos serviços de atenção primária de saúde, não tem contemplada a dimensão de gênero e a integralidade da assistência. Diante dessa afirmativa, reportamo-nos ao existir com uma doença ou alteração mental de uma mulher nas várias dimensões de seu viver. Sendo assim, refletimos: *que percepção a mulher tem sobre a relação entre sua saúde mental e a sua condição de gênero? De que modo as condições de gênero influenciam no adoecimento das*

*mulheres, principalmente no âmbito mental? Como a mulher convive com isto? Como os serviços de saúde da mulher e de saúde mental têm contemplado a condição de gênero e atenção integral?*

Eis aqui uma tentativa de adentrarmos nestas questões, trazendo novas idéias e propondo outra visão para a promoção da saúde das mulheres, num caminhar durante o qual o mais importante é a mudança do paradigma biomédico, em que predomina a medicalização da mulher, encontrando assim o *tao* ou ‘caminho do meio’ entre ciência biomédica e humanização, além da proposição de um novo modelo, holístico e igualitário para o gênero feminino.

Com relação à saúde mental, para a qual daremos maior ênfase, é verdade que houve muito avanço no reconhecimento dos direitos humanos na prática psiquiátrica e de promoção da saúde mental como um todo, e isso beneficiou diretamente as mulheres, que sempre foram vítimas da desumanização na assistência psiquiátrica. Como exemplo, podemos comparar as condições da legislação brasileira estabelecida para os doentes mentais, desenvolvida a partir do Código Civil em meados do século XX, diante da qual os loucos de todo gênero eram absolutamente incapazes de exercer pessoalmente atos da vida civil, e poderiam ser recolhidos a estabelecimentos especiais os que tivessem comportamentos inconvenientes (MARSIGLIA et al., s/a [1987]). Até esse período, a psiquiatria no Brasil seguia o modelo europeu de que qualquer desvio do comportamento normal seria uma forma de psicopatologia (como os degenerados, os epiléticos, os criminosos e os sífilíticos), sendo projeto da medicina impor-se como instância de controle social dos indivíduos, tendo como meta a construção de hospícios, colônias agrícolas e reformatórios, por meio do Programa de Higiene Mental (PORTOCARRERO, 2002).

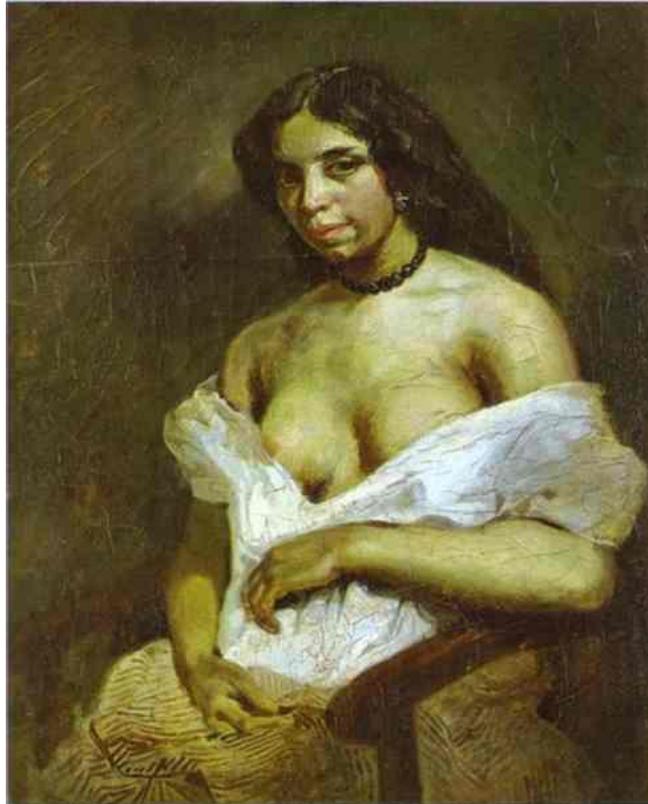
Nessa conjuntura, muitas mulheres foram internadas em hospícios e casas de repouso, por vezes determinadas a ali permanecerem até a velhice ou a morte, devido a relacionamentos com homens casados, sexo antes do casamento, gravidez indesejada, lesbianismo ou a algum comportamento excêntrico e diferente do padrão de normalidade ditado pela cultura da época. Na cidade de Fortaleza, local de realização deste estudo, até a década de 90 ainda era fácil encontrar senhoras idosas institucionalizadas, residentes em grandes hospitais psiquiátricos ou transferidas definitivamente para asilos, tendo sido aprisionadas em hospitais psiquiátricos por décadas, embora lúcidas e sãs, e desligadas de suas famílias. Isso nos reporta a Foucault (2006a) ao criticar as relações de saber e poder, afirmando estar a

prática psiquiátrica ligada a instituições, exigências econômicas e urgências políticas de regulamentações sociais.

Enfim, concatenamos nosso desejo de abordar as desigualdades de gênero que comprometem a mulher diante de uma cultura patriarcal de dominação, que influencia direta e indiretamente a forma como os serviços de saúde são oferecidos para as mulheres brasileiras. Igualmente, interessa-nos conhecer como a população feminina tem visto, compreendido e traduzido as imbricações que compõem o modelo de promoção de saúde, tanto mental quanto gineco-obstétrica, utilizados vastamente por essa população. Claramente anunciados nas linhas já lidas, estão os excessos e as lacunas causadas pela medicalização e pela desumanização presentes nos serviços de saúde, que comprometem ainda mais o descompasso aqui questionado, embasado-nos na afirmativa de Scavone (2004), de que os sujeitos oprimidos devem buscar entender a causa de sua opressão.

## 2 OBJETIVOS DA PESQUISA

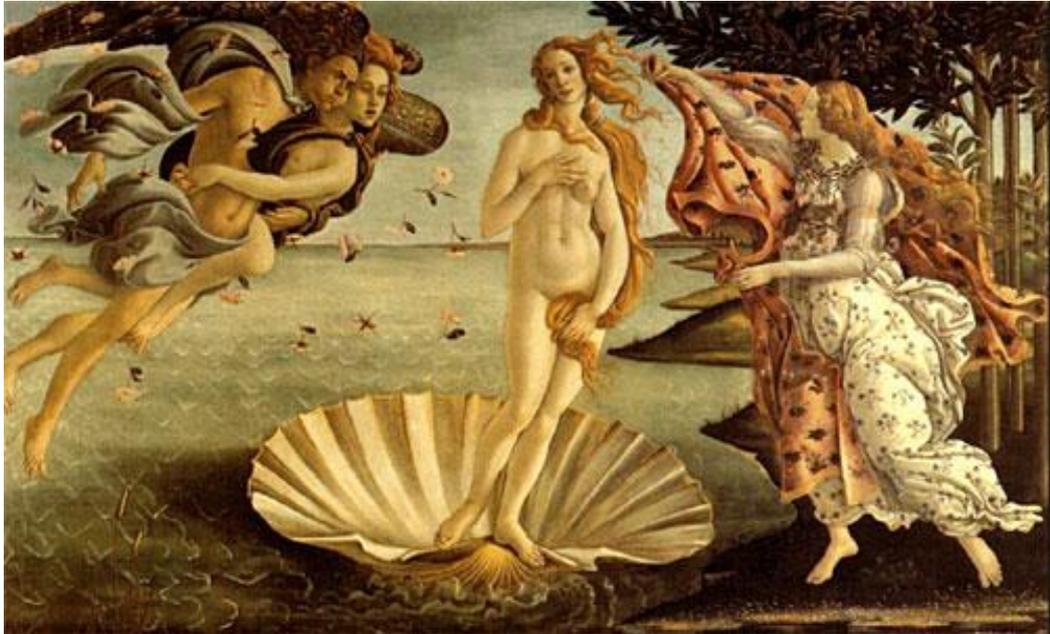
---



- I. Analisar o modo como a mulher percebe e lida com o sofrimento mental na perspectiva do gênero e da atenção integral;
- II. Identificar as demandas da mulher com algum tipo de sofrimento mental relativas à promoção de sua saúde.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

---



#### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO E SAÚDE

Iniciemos nossa discussão sobre gênero e saúde utilizando as palavras de Bourdieu (2007), quando comenta que a divisão dos sexos parece estar “na ordem das coisas”, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas, na casa, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos hábitos, funcionando como sistemas de percepção, de pensamento e de ação. As aparências biológicas e os efeitos que um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social produziu nos corpos e nas mentes, conjugam-se para fazer ver uma construção social naturalizada (os gêneros como *habitus* sexuais).

A palavra gênero é largamente usada na literatura feminista e dela podemos fazer diversas interpretações. Bandeira (1999, p.180) seleciona os seguintes aspectos para a definição de gênero:

1. a relação entre o biológico-natureza (sexo) e o cultural (gênero);
2. a dimensão relacional e diferencial que comporta a noção de gênero na estruturação das representações e das identidades nas fronteiras dos corpos e das relações sociais entre homens e mulheres, entre mulheres e mulheres e entre homens e homens;
3. a dinâmica e a construção histórica da categoria gênero, que pressupõe diferenciações e significações, complexidades e heterogeneidades, que variam em cada espaço sociocultural, ao longo do tempo, e que interferem nos elementos interativos das imagens constitutivas do corpo e extensivas à sexualidade.

Para Fonseca (2005) não somente o gênero feminino, mas o processo de saúde e doença vivenciados por esse gênero, estão envolvidos em relações de poder onde predomina a subalternização. Baseadas nessas relações (subalternas), as mulheres inserem-se num lugar social pré-determinado no contexto das ciências biomédicas, lugar este inferior em comparação ao lugar supervalorizado e masculinizado do homem médico.

Essa realidade vem ao encontro da objetificação da mulher diante do modelo medicalocêntrico. A mesma autora aprofunda sua análise exemplificando como milhares de mulheres leigas e de classe baixa relacionam-se com médicos e outros profissionais de saúde e reproduzem o paradigma medicalizador: a partir da subalternização de **classe** – uma classe não detentora dos meios de produção na saúde e sem poder de vocalização suficiente para enfrentar o poder médico-hospitalar instituído; de **gênero** – assumindo sozinhas o ônus da maternidade e de suas alterações fisiopatológicas inerentes a seu corpo de fêmea; e de **saber/fazer** – por deterem um saber empírico, não científico, sobre seu corpo e seus processos, sofrendo a desvalorização de suas observações a respeito de si mesmas, pois os profissionais de saúde, com seus conhecimentos técnico-científicos, é que determinam e decidem sobre o que acontecerá no processo de saúde-doença das mulheres.

Utilizando a análise de Thompson sobre o poder para explicar a posição vivenciada pelas mulheres no processo de saúde e doença diante de médicos e outros profissionais de saúde, temos a seguinte definição:

O poder é a capacidade de agir na busca de seus próprios objetivos e interesses. Essa capacidade de agir depende da posição do indivíduo dentro de um campo ou instituição. Quando relações de poder estabelecidas são sistematicamente assimétricas, então a situação pode ser descrita como de dominação, onde grupos ou indivíduos possuem

um poder estável de tal modo que exclua ou torne inacessível a outros indivíduos ou grupos (THOMPSON, 1995, p.199).

Esta definição está intrinsecamente ligada às relações entre os gêneros masculino e feminino, na medida em que, em nossa temática, o feminino representa a mulher com seu saber empírico subjugado ao saber científico, biomédico e masculino; um saber dos homens, detentores de poder. Jussara Prá (2004) acrescenta que na ênfase de definir-se o ser homem e o ser mulher, situou-se o segmento masculino em posição superior na hierarquia social, dando lugar a construções sociais e culturais. Como exemplo, Faludi (2001), questionando se as mulheres realmente “chegaram lá”, mostra-nos as estatísticas de uma sociedade altamente industrializada como a norte-americana: 80% das trabalhadoras continuam presas a ocupações femininas (secretárias, auxiliares de escritório, balconistas, etc.); entre os juízes, apenas 8% são mulheres; entre os gerentes de grandes empresas, apenas 0,5%; entre diretores-executivos, somente 5%.

Embora todas as sociedades humanas dividam suas populações em categorias sociais masculina e feminina, compondo uma divisão binária em dois gêneros, essa divisão baseia-se em atributos, crenças e comportamentos culturalmente característicos. Por isso a antropologia atual, após um longo período durante o qual os antropólogos do sexo masculino dominavam o campo dando pouca atenção ao ‘mundo das mulheres’, tem agora rejeitado tanto o determinismo biológico quanto o ambiental, observando sim a interação entre cultura, natureza e estrutura social. Além disso, apesar das diferenças corporais e fisiológicas, emocionais e comportamentais, o foco de interesse dos estudos de cunho antropológico está nos significados culturais que são dados a essas diferenças (HELMAN, 2003).

Os significados culturais no contexto do processo de saúde-doença, apesar de estarem intimamente relacionados com as características femininas, ainda são permeados de desigualdade de gêneros, sendo também um espaço de dominação e consolidação do saber científico masculinizado e do poder médico. Todos nós podemos observar em várias sociedades, e é de senso comum, que as mulheres representam o setor informal do cuidado com a saúde, sendo as principais cuidadoras, responsáveis pela saúde dos membros da família, ou como curandeiras, médiuns, rezadeiras, parteiras leigas, sempre estiveram ativas na assistência à saúde, principalmente em camadas mais pobres (DEL PRIORI, 2001.). Por isso, Szasz (1976) afirma que a parteira e a feiticeira boa – aquela que praticava a magia em benefício de sua comunidade durante a Idade Média – são as mães da medicina

moderna. Foucault (2006b) acrescenta que a continuidade histórica não vai da bruxaria à doença, mas da instituição-bruxaria à instituição-psiquiatria, tendo sido a bruxa reconhecida como uma alienada.

Segundo Nogueira (2004), o aparecimento de teorias que assemelhavam a doença mental ao universo mágico data do final do século XVIII, quando a nascente psiquiatria demonstrou uma tendência indiscutível para interpretar como doença mental todo o tipo de comportamento divergente e extraordinário. Inserida numa cultura que acreditava na inferioridade feminina, antes considerada suscetível à influência demoníaca, as mulheres foram alvos frágeis diante da vigilância psiquiátrica. Já nos séculos XIX e XX a modernização da psiquiatria ainda mantinha fortemente a institucionalização dos realmente doentes mentais e daqueles considerados doentes mentais, consolidando o processo de medicalização na área psiquiátrica, talvez com amarras mais fortes do que em qualquer outra área da medicina.

Os mecanismos de avaliação, julgamento e sanção do saber psiquiátrico operam tendo como referência o universo bem mais amplo de desvios sociais. Os saberes e práticas voltadas para os considerados doentes mentais apresentam a mesma lógica que move os mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem. [...] Estamos aqui diante de mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico, que desde a consolidação das bases da sociedade capitalista tomaram como função a reclusão de órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, infratores e loucos. A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo aquele com um comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa (TUNDIS e COSTA, 2001, p.11-12).

Essa continuidade histórica contribuiu enormemente para a continuidade das desiguais, e até aviltantes, relações de gênero, particularmente para a posição social da mulher diante da estrutura biomédica e do processo de saúde-doença estabelecido ao longo da História, e já consolidado nas sociedades industrializadas por meio da tecnologia biomédica. Helman, *op. cit.*, acrescenta que, embora a maioria dos profissionais de saúde sejam mulheres, os empregos de maior remuneração e prestígio estão nas mãos dos homens, citando como exemplo a enfermagem do Reino Unido, na qual 90% são mulheres, mas 40% dos cargos de alta administração de enfermagem são assumidos por enfermeiros homens. Na medicina, onde atualmente o número de mulheres tem crescido, observamos que estas são reprodutoras do modelo médico patriarcal e que ainda não conseguiram romper com o paradigma da medicalização da mulher, embora muitos estudiosos reconheçam que nas últimas décadas, a partir da ascensão dos movimentos feministas, muitas críticas

têm influenciado a conquista da autonomia da mulher e dos doentes mentais como usuárias e usuários dos serviços de saúde.

Embora pareça óbvio o questionamento do que são o sexo e o gênero feminino, é imprescindível reportá-lo em nossa tese, uma vez que objetivamos adentrar na realidade de mulheres com necessidades de cuidados de saúde mental. Concordando com Giddens (2006), apesar de comum a idéia de que ser mulher está fundamentalmente associada com o sexo de nosso corpo, a natureza da feminilidade não é facilmente classificável, por isso, o estudo do gênero e da sexualidade é uma das mais crescentes e intrigantes dimensões na sociologia contemporânea. Em geral, os sociólogos usam o termo 'sexo' em referência às diferenças anatômicas e fisiológicas que definem o corpo masculino e o feminino, enquanto que o gênero diz respeito às diferenças psicológicas, sociais e culturais entre homens e mulheres. Assim, uma criança nasce com um sexo biológico e desenvolve o gênero. As diferenças de gênero não são biologicamente determinadas, mas sim culturalmente produzidas; são resultados de influências sociais, embora haja uma base biológica para as diferenças de gênero.

De acordo com essa visão apontada por Giddens, *op. cit.*, p. 106, as desigualdades de gênero surgem “porque homens e mulheres são socializados em papéis diferentes, mas nem sempre os humanos são objetos passivos dessa ‘programação’ de gênero. Por vezes as pessoas podem ser agentes ativos que criam e modificam seus papéis”. Louro (1996) afirma que a palavra gênero não pretende significar o mesmo que sexo, pois enquanto este se refere à identidade biológica de uma pessoa, aquele está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino. A autora comenta, ainda, que nos últimos anos tem sido crescente a referência ao gênero nos estudos e pesquisas acadêmicas, passando de uma expressão pouco usual à quase freqüente. No entanto, questiona, estaremos falando da mesma coisa quando falamos em gênero? Quantos sentidos são contidos nessa expressão?

A partir da construção social do gênero feminino, pode-se esperar a construção de definições sobre o que é ser mulher. Esta construção é dinâmica, variável, dependente da formação cultural e da vivência particular de cada indivíduo. No entanto, é possível encontrar semelhança em diversas definições do que é ser mulher, a partir do fato de que o papel da mulher e sua identidade sexual e de gênero são formadas num contexto cultural e social comum. É possível, também, encontrar a construção social das desigualdades de gênero, em detrimento das mulheres, num fenômeno universal, presente em todas as sociedades, que se define pela dominação

dos homens sobre as mulheres – o patriarcado. Giddens, *op. cit.*, acrescenta que no topo da hierarquia está a masculinidade hegemônica, que se estende aos domínios da vida privada e social.

Diante do patriarcado, também encontramos desigualdades na saúde de homens e mulheres. Apesar de usufruírem de maior longevidade, as mulheres têm maior incidência de doenças do que os homens (GIDDENS, *op. cit.*; CNMB, 2002). Por outro lado, são inúmeras as demandas sociais impostas para as mulheres, tanto em culturas altamente industrializadas quanto não, que acarretam conseqüências diretas ou indiretas no nível de saúde da mulher.

A mulher que decide ter um filho já sabe que vai se submeter a um serviço de saúde precário, responsável por uma das mais altas taxas de mortalidade materna no mundo. Ultrapassado esse limite, ela tem que encarar a oferta mínima e cada vez menor de berçários, creches e pré-escolas públicas, porque o Estado, tradicionalmente alheio aos temas da reprodução e orientado pelas políticas neoliberais recentes, tem declinado de suas obrigações. [...] Em decorrência, as mulheres, muitas vezes solitariamente, têm de assumir todas as responsabilidades sobre a educação e o cuidado com as crianças. [...] As mulheres que decidem não ter filhos encontram dificuldades de acesso à informação e a métodos contraceptivos, cuja oferta nos serviços públicos de saúde fica muito aquém da demanda (CNMB, 2002, p.55).

Nesse contexto permeado de desigualdades, nós, profissionais de saúde, enfrentamos o desafio de desenvolver uma práxis diferenciada da nossa formação cultural. Podemos dizer até, que esse desafio é um dos pilares necessários para uma real promoção da saúde. Uma vez que está provada a forte relação entre saúde e condições de vida, é urgente ampliarmos nossa abordagem tradicional para o enfrentamento dos problemas de saúde pública sob uma ótica capaz de responder à totalidade do ser humano inserido em seu ambiente, e como colocam Czeresnia e Freitas (2003), sob a luz de uma ideia de promoção que envolva o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde, e principalmente, o fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha e da utilização do discernimento referentes às diferenças e singularidades dos acontecimentos e dos indivíduos.

Acrescentamos aqui o conceito de integralidade, ou seja, a totalidade de nossos sujeitos a serem pesquisados: seres humanos íntegros, totais, considerando-se suas dimensões física/biológica, mental/psíquica e espiritual, sem esquecermos sua posição no mundo e seu papel em seu ambiente familiar e comunitário. Essa visão comunga com um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: a integralidade da assistência, definida como “um conjunto articulado e contínuo de

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, como comentam Carvalho e Santos (2002, p.71), a integralidade ou a assistência integral combina as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais e curativos, de forma individualizada”, ou seja, para cada caso, segundo suas exigências e em todos os níveis de complexidade, uma atenção individualizada.

Apesar de ser um princípio fundamental e uma das mais importantes diretrizes do SUS, a integralidade não tem sido exequível para as mulheres de baixa renda nem para as mais ricas, em parte porque o modelo de assistência médica predominante altamente medicalizado, é alicerçado nas ciências positivistas e em conceitos objetivos de doenças, que fragmentam o ser humano em pedaços doentes de seu corpo ou em um corpo separado da mente, e porque tal modelo, como afirmam Cohn *et al.* (2006), é de alta densidade tecnológica, exigindo caros e complexos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e diante do qual se faz necessário um esforço para enfrentarmos as questões de saúde, já por si só escorregadias pelo seu caráter, exigindo que se mude o referencial predominante da doença para a saúde.

Como temos visto até agora, há uma visível dicotomia nos serviços de saúde da mulher, causados tanto pelo excesso de intervenções para pessoas ricas, quanto pela falta de cuidados para pessoas pobres, caracterizando um sistema mercantilista, desigual e desumanizado. Sem esquecer os benefícios que esse sistema pode trazer para as mulheres, e relatando aqui uma série de necessidades na área de saúde mental, especialmente sentidas pelas mulheres, pretendemos em nosso estudo encontrar um equilíbrio entre os benefícios desse sistema que servem para suprir as necessidades físicas, psíquicas e holísticas das mulheres e os problemas causados pela medicalização e apropriação do corpo feminino.

Estudaremos, a seguir, as relações entre o gênero feminino e o processo de saúde-doença, dando ênfase ao adoecimento psíquico e aos eventos biológicos-reprodutivos próprios do ser feminino que podem permear direta ou indiretamente a qualidade da saúde ou a manifestação da doença mental. Tentaremos questionar as influências de um pensamento científico embasado na crença de que a mulher é susceptível ao adoecimento mental devido à sua própria natureza biológica, sendo descartadas desse adoecimento as susceptibilidades causadas por fatores não biológicos, mas sim sociais e emocionais, mais relacionados ao gênero do que ao sexo. Começamos pela abordagem puramente biológica, focada nas alterações mentais e gineco-obstétricas. Neste contexto, a maioria dos autores defende que as

alterações mentais em mulheres são causadas por fatores naturais dos quais os hormonais são as causas predominantes.

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maior prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Pesquisadores afirmam que os esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que, em parte, explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher. A flutuação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa (ANDRADE *et al.*, 2006).

Dunn e Steiner (2000) propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores, haveria, na mulher, um desbalanço na interação entre o eixo hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos.

Por outro lado, considera-se que o estrógeno desempenhe um papel de proteção na esquizofrenia, fazendo com que as mulheres tenham a idade mais tardia de início da doença, requeiram doses menores de neurolépticos, tenham um curso mais favorável, mais sintomas positivos e sintomas negativos menos graves que os homens. Em vários estudos com mulheres esquizofrênicas, percebeu-se que os episódios psicóticos agudos ocorrem em períodos do ciclo com baixos níveis de estradiol (HUBER *et al.*, 2001).

Kinrys e Wygant (2005) parecem mais cautelosos ao levantarem a suposição de que o aumento de riscos no sexo feminino para transtornos mentais, como por exemplo a ansiedade, tem motivos ainda desconhecidos pela ciência e precisam ser adequadamente investigados. Entretanto, os autores seguem a mesma tendência científica e evidenciam prováveis fatores genéticos e hormonais que aumentam a prevalência das ansiedades nas mulheres.

Para Vasconcellos e Vasconcellos (2007), a relação entre mulher e loucura é complexa e remete-nos amplamente à situação social das mulheres como

filhas, esposas e mães. Pesquisando os aspectos históricos relacionados à insanidade das mulheres na cidade de Porto Alegre entre 1870 e 1910, em registros hospitalares e artigos de jornais publicados no período mencionado, os autores encontraram a forma como alienistas e membros da sociedade em geral interpretavam a doença mental nas mulheres. A pesquisa contribuiu para a compreensão da questão histórica relativa ao diagnóstico da doença mental. A loucura feminina foi "diagnosticada" tanto por especialistas, como por leigos, sendo estes predominantemente policiais. Em muitos casos, outras questões que não eram de natureza psiquiátrica estavam envolvidas no comportamento da mulher, porém eram consideradas como parte da doença mental. Este curioso estudo mostra registros tais como:

No jornal A Federação (1896; 23 mar; p.2), lemos: "Foi presa B.A., em flagrante, quando, armada de uma faca na Igreja dos Passos, produzindo grande alarido entre o povo que lá estava, e ter ferido levemente uma preta já idosa, de nome J. da C.. Segundo informações que temos B.A. sofre de alienação mental". No Hospício São Pedro, encontramos relatos sobre uma paciente com o mesmo nome (provavelmente a mesma referida no jornal) que foi internada no dia 2 de abril de 1896; tinha quarenta anos presumíveis, era solteira, 4ª classe, ou seja, pobre. Seu diagnóstico foi de megalomania e faleceu no mesmo ano, no dia 22 de julho, de tuberculose pulmonar. O requerimento para internação, como podemos ler, era da chefatura de polícia: "Cheffatura de Polícia 27 de março de 1896: Acha-se sofrendo das faculdades mentais a mulher B.A., que se acha recolhida à casa de correção desta Capital, solicito-vos a sua admissão nesse estabelecimento" (Papeletas do Hospício São Pedro) (VASCONCELLOS e VASCONCELLOS, 2007, p.233).

A seguir, faremos uma breve explanação de vários eventos relacionados com o ser feminino, especialmente quanto a seu aspecto reprodutivo.

### 3.2 A MENSTRUAÇÃO



Devemos admitir que ainda não conseguimos compreender suficientemente os intrincados e complexos mecanismos biológicos que permeiam a menstruação, desde a misoginia da Idade Média, que considerava o corpo feminino impuro e inferior, delegando este evento aos cuidados femininos das parteiras e curandeiras, até as concepções científicas do século XX. Até a atualidade, a menstruação ainda sofre a influência de ideias divergentes, que vão desde um evento permeado de tabus, uma fase delicada e quase doente, a afirmativas científicas de que é um fenômeno completamente fisiológico e saudável.

Mesmo sendo um acontecimento biológico, muitos estudiosos, em sua maioria médicos, têm tentado provar que a menstruação influencia a saúde mental feminina, pois a maioria das mulheres pode evidenciar tanto micro-sintomas (rotineiros, passageiros e sutis), quanto macro-sintomas mais sérios, que podem evoluir para uma condição patológica, como acentuada mastalgia, cefaléia, depressão, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, etc. tais como as síndromes pré-menstruais, cabendo a esses estudiosos a justificativa de que são necessários cuidados médicos e multiprofissionais. Admitindo que uma pequena parcela de mulheres realmente necessitam de cuidados, frisamos que não podem restringir-se à área ginecológica, mas precisam ampliar-se para a área de saúde mental. Noutras vezes os recursos alopáticos não são suficientes para a resolução das alterações do ciclo

menstrual, sendo útil e significativo intervir com formas terapêuticas alternativas e complementares. Valadares *et al.* (2006), por exemplo, afirmam que:

Milhões de mulheres em idade reprodutiva apresentam sintomas emocionais, cognitivos e físicos relacionados ao seu ciclo menstrual. Elas demonstram irritabilidade intensa, humor depressivo, assim como inúmeras queixas mentais e somáticas. Tais sintomas são recorrentes durante a fase lútea e interferem de maneira significativa no seu funcionamento social, ocupacional e sexual. Essa constelação de sintomas tem recebido denominações como tensão pré-menstrual, síndrome pré-menstrual ou transtorno disfórico pré-menstrual (VALADARES *et. al.*, 2006, p.118).

Em comparação com citação tão recente, temos os antigos estudos de Lombroso e Ferrero, renomados anatomistas e craniologistas do século XIX, que, concordando com Darwin, escreveram num livro em 1876 uma tentativa de provar a inferioridade das mulheres. A menstruação seria uma das provas, como descreve Martins (2004, p.55):

Uma importante diferença sexual ressaltada no livro e que demonstra a sintonia dos autores com as idéias médicas da época é a menstruação. Lombroso e Férreo reforçam a importância deste fenômeno fisiológico na vida da mulher, o que a tornava inapta para o trabalho físico e intelectual, irascível e mentirosa. Apoiados nas informações dos ginecologistas, afirmam que, devido às transformações físicas e psíquicas proporcionadas pela menstruação, as mulheres menstruadas podiam cometer delitos e até mesmo o suicídio.

Outro exemplo recente que se aproxima do passado, é ilustrado por Melo *et al.* (2006, p.56), ao estudarem os ‘problemas menstruais’ vividos por muitas mulheres na atualidade:

Os **distúrbios menstruais** representam grupo de **situações clínicas** bastante prevalentes no dia-a-dia do ginecologista. [...] O conhecimento dos mecanismos pelos quais algumas situações clínicas podem interferir na função menstrual é de fundamental importância, facilitando o diagnóstico e possibilitando tratamento adequado (grifo nosso).

Dessa forma, está pronta e consolidada a medicalização da menstruação, que será identificada, estudada, compreendida, medida, reconhecida quanto ao seu aspecto patológico e avaliada epidemiologicamente. Os ‘distúrbios’ menstruais presentes na natureza vital de uma mulher viraram “situações clínicas”. Embora inerente ao corpo feminino, a menstruação (sob este paradigma) atinge também a dimensão psíquica, podendo causar complicações físicas e emocionais, comprometimento da qualidade de vida e queda no rendimento econômico. É uma maneira de justificarmos a inserção da psiquiatria ao estudo e à manipulação do fenômeno. Também é uma maneira de utilizarmos a promoção da saúde como

escopo para a manutenção de lucros capitalistas, pois qualquer alteração na produtividade das trabalhadoras resultará em gastos para os patrões. O último passo é a afirmar que se tornou um problema de saúde pública e, portanto, um problema médico, que deverá ser resolvido por um médico, podendo contar com a ajuda de uma equipe interdisciplinar ou multiprofissional. Logo terá uma denominação apropriada e seu diagnóstico aparecerá no CID (Código Internacional de Doenças) ou no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais).

A ciência psiquiátrica classifica as alterações mentais causadas pela fase menstrual como um transtorno de humor não especificado, já com o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual. Apontamos, no entanto, para causas relacionadas com o ambiente, a alimentação, o estilo de vida e, principalmente, questões relacionadas com a auto-realização mais íntima da mulher, enquanto que os fatores hormonais poderiam ser incluídos em último lugar, como conseqüências. Isso nos leva a concluir que, no geral, as alterações físicas e psíquicas recorrentes do ciclo menstrual são muito mais conseqüências da má qualidade de vida sofrida pela mulher, além de condições fisiológicas próprias de mudanças de ciclo no organismo, não dependendo, portanto, da alçada médica.

### 3.3 A GESTAÇÃO

A gestação por si mesma não é uma doença, mas sim um acontecimento natural, embora na obstetrícia haja o predomínio de uma visão patológica. As recomendações do pré-natal incluem excessivos exames que, em grande parte das vezes, não podem ser úteis para o tratamento do binômio mãe-filho, provando que a gestação também se tornou fruto da medicalização. Freitas *et al.* (2002) são enfáticos quando escrevem que a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências, sendo 90% delas consideradas de baixo risco. No entanto, com o objetivo de garantir que as gestações fisiológicas não evoluam para uma patologia ou de que as patológicas não tenham uma evolução desfavorável, os autores recomendam uma série de exames básicos a serem feitos por uma gestante: tipagem sanguínea, VDRL, sumário de urina, hemograma completo, citopatológico cervical, glicemia, anti-HIV, imunofluorescência para toxoplasmose, HbsAg para rastreamento da hepatite B, sorologia para rubéola, ultra-sonografias e, quando possível, procedimentos relacionados com o período pré-concepcional – todos de natureza e competência biomédica, citados por inúmeros autores como Maia Filho e Mathias (2000), como rotinas de um pré-natal de baixo risco, ou seja, na concepção médica, saudável.



Diante dessas recomendações torna-se difícil, tanto para um leigo quanto para um profissional de saúde, identificar os limites entre o que é fisiológico e o que é patológico. Odent (2002), numa crítica à excessiva intervenção médica no processo fisiológico da gravidez e do parto, aponta que o modelo médico vigente considera a gravidez como se fosse uma doença, recomendando a realização de inúmeros exames, mesmo que estes não causem mudanças ou melhorias para o binômio mãe-bebê.

Não devemos, no entanto, examinar apenas os aspectos negativos da medicalização para com a mulher grávida, uma vez que as conquistas tecnológicas na obstetrícia colaboraram para a preservação da vida de milhares de mulheres e crianças. Como já foi colocado neste estudo, o foco central é o excesso de intervenções no corpo feminino e o desprezo pela autonomia da mulher em seus processos fisiológicos ou não. O que se pretenderá, sempre neste estudo, é a busca do equilíbrio entre os benefícios da ciência biomédica para a mulher e os riscos de sua medicalização. Neste ínterim, precisamos estudar também os riscos e as alterações comuns e possíveis numa gestação, incluindo aspectos de saúde mental, sem nos deixarmos contaminar, é claro, pelo paradigma que aqui combatemos com base em nossa postura feminista.

Helman, *op. cit.*, alerta que no mundo ocidental a gravidez e o parto, assim como a menopausa e a menstruação, têm sido vistos cada vez mais como condições médicas, indicadas, portanto, para o diagnóstico e o tratamento médico. Zimmermann *et al.* (2001), numa obra resultante de estudos multiprofissionais com psicólogos e médicos psicanalistas sobre a gestação, o parto e o puerpério, embora os considerem como fenômenos naturais do ciclo vital humano, acentuam a importância dos profissionais conhecerem os aspectos emocionais relacionados a esses eventos, assim poderão orientar adequadamente a gestante para a promoção da saúde. Os autores afirmam que o instinto de ser mãe está presente em todas as fases da vida da mulher, fazendo parte da psicologia feminina, e acrescentam, reforçando cientificamente o imperioso mito da maternidade, segundo o qual a plenitude de uma mulher encontra-se no ato de ser mãe:

No início da gestação surge o sentimento de ter-se tornado finalmente “mulher”. A gravidez representa, para a maioria das mulheres, uma questão fundamental, que dá significado e equilíbrio a suas vidas. A maternidade e a fertilidade são muito valorizadas em nossa cultura, de forma que, muitas vezes, a importância da pessoa fica ligada à sua capacidade de procriar. [...] Nos meses que precedem o parto, as dificuldades físicas acentuam-se e, do ponto de vista psicológico, a mulher encontra-se em meio a um turbilhão de emoções. Por um lado, há a alegria associada ao nascimento do filho com a conseqüente satisfação do instinto materno, por outro lado, as preocupações são cada vez mais intensas pela proximidade do parto e por reavivar os medos da gestante ser mutilada ou morrer, [...] gerando verdadeiras crises de ansiedade. [...] Torna-se evidente a importância de um relacionamento franco e próximo do obstetra com a paciente. O médico deve saber detectar os sinais de ansiedade para tranquilizá-la (ZIMMERMANN *et al.*, *op. cit.*, p.29-33).

Diante dessa concepção que intercala a saúde obstétrica da gestante com sua condição mental/psíquica, observamos que, sob o paradigma medicalizador,

a gestação é potencial e patologicamente produtora de ansiedade, medo e conflitos, cabendo aos profissionais da saúde intervirem terapêuticamente para ajudar a mulher. D'El Rey *et al.* (2000), estudando os transtornos de humor em gestantes internadas, afirmam que a gravidez produz acentuadas alterações biológicas e psicológicas na mulher e justificam a necessidade de estudos mais profundos em mulheres portadoras de outras 'condições médicas' relacionadas à gestação.

Num modelo que trata a mulher grávida muito mais como uma doente em potencial, do que como um ser saudável, a literatura psiquiátrica é enfática em afirmar que a gestação não aumenta os riscos de doença mental, embora possamos encontrar muitos relatos de mulheres que vivenciaram a gravidez com afirmações de maior susceptibilidade e labilidade emocional. Reconhecemos que isso pode ser causado por fatores sociais e familiares, incluindo a excessiva responsabilidade depositada na mulher que se tornará mãe. Mediante duas pesquisas-participantes realizadas no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) da Universidade Federal do Ceará, com grávidas adolescentes e adultas jovens oriundas de famílias pobres com risco social, mostrou-se que a principal queixa dessas mulheres eram problemas emocionais ou psíquicos, como depressão, melancolia, angústia e desesperança, a maioria deles desencadeados pela gravidez indesejada associada aos fatores econômicos e às relações familiares comprometidas.

Mulheres que vivenciam uma gravidez indesejada, que possuem baixo nível econômico, que são adolescentes ou que sofrem um relacionamento instável com o parceiro ou que foram abandonadas pelo parceiro após o advento da gestação, podem ser vítimas mais freqüentes de sofrimento psíquico enquanto perdurar todo o ciclo gravídico-puerperal, além da ocorrência muito comum de uma maior sobrecarga de funções sobre a mulher pela chegada de um novo membro na família (SARAIVA, 1999, 2003).

Ao refletirmos sobre as necessidades de assistência durante o pré-natal e o puerpério, cabe-nos questionar se encontraremos intervenções apropriadas para o acolhimento e o conforto da mulher diante de suas necessidades mentais e emocionais, tanto na rede pública quanto privada. Mais profunda será nossa reflexão se investigarmos as necessidades de assistência durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres que já desenvolveram uma doença mental. O pouco interesse dos profissionais de áreas não psiquiátricas pelas necessidades mentais de mulheres na fase reprodutiva, bem como dos profissionais de saúde mental sobre necessidades gineco-obstétricas de suas pacientes, mostram as desvantagens de nosso modelo

assistencial fundamentado no conhecimento especializado em cada área em particular, fragmentando o ser humano em partes independentes e perdendo de vista o aspecto holístico, tão necessário para a integralização e a humanização da saúde.

Se uma doença mental qualquer acometer uma mulher durante sua gestação, deixará ao invés de um, dois seres vulneráveis. Se incluirmos a família, podemos afirmar que uma doença de cunho psiquiátrico durante a gestação é um acontecimento desgastante para qualquer família, independentemente de suas condições econômicas ou culturais, podendo tornar um evento que deveria ser uma alegria, num sofrimento psíquico para todos os familiares envolvidos no cotidiano da mulher acometida. Até mesmo um quadro mais benigno como a ansiedade pode complicar o equilíbrio do binômio mãe-filho, causando problemas futuros para a amamentação, riscos de depressão pós-parto e alterações no vínculo entre mãe e filho.

### 3.4 O PARTO E A VIOLÊNCIA INTERPARTAL: SOFRIMENTO PSÍQUICO CAUSADO PELA DESUMANIZAÇÃO DO PARTO



Nos últimos cem anos a mulher parturiente tem sido um dos principais objetos da medicalização do corpo feminino, visto que nenhum procedimento tão natural e próprio do universo feminino foi tão roubado do domínio das mulheres quanto o parto, principalmente nas sociedades mais industrializadas do mundo ocidental, onde as lutas feministas pela humanização do parto ainda não derrotaram o modelo biomédico obstétrico. Esse processo foi iniciado em paralelo à dominação masculina médica, crescendo no século XIX com o avanço da medicina e a redução do número de mulheres parteiras, e por fim consolidando-se com o crescimento industrial e tecnológico.

Enquanto no passado as mulheres transmitiam seus conhecimentos obstétricos e ginecológicos de lábios a ouvidos, treinadas na arte do partejar de maneira empírica, o parto permanecia permeado de mitos e simbologias tipicamente femininas, sendo um evento familiar e natural. Mas, à medida que a medicina avançava em seus conhecimentos sobre o corpo feminino e toda a fisiologia da natureza reprodutiva e sexual da mulher, já no século XIX, os médicos disseminaram a afirmação de que as parteiras eram leigas em medicina, e que seu conhecimento

empírico era insipiente e causador de mortes e complicações materno-infantis. Havia ainda, o resquício do pensamento religioso da Idade Média, de que as parteiras – comumente acusadas de bruxas – eram exímias feiticeiras ou dotadas muito mais de magia e ignorância (SZASZ, *op. cit.*; MARTINS, 2004) do que de conhecimentos a serem respeitados. Lentamente ocorria o processo de fragmentação da rede de solidariedade na assistência ao parto, tecida ao longo dos séculos por mulheres amigas e parentes das parturientes, que a ajudavam em seu partejar (MELO, 2003).

Profissões que antes representavam exclusivamente o predomínio matriarcal no qual “mulheres cuidavam de mulheres”, e que ainda não estavam contaminadas pelo tecnicismo, atualmente já absorveram a cultura do patriarcado e alteraram seu padrão de cuidado por um modelo medicalizador, como ocorreu com as enfermeiras obstétricas nos países industrializados, e muito drasticamente no Brasil. Isso se deu porque, após a tomada do poder da obstetrícia das mãos das parteiras pelos médicos e o surgimento da ginecologia como um ramo da medicina moderna, a formação profissional na área de saúde da mulher foi dominada pelas escolas médicas, que permitiam a formação de enfermeiras parteiras e obstetrites com o mínimo de conhecimento científico, além de treinadas para servirem como auxiliares dos médicos, não somente castrando a autonomia dessas mulheres, como também limitando sua prática, seu conhecimento e seu mercado de trabalho. Enquanto isso acontecia, as parteiras leigas emergentes nas áreas rurais, também foram duramente combatidas pelos médicos com o apoio do Estado, que lutavam para que todos os partos em áreas rurais ocorressem em hospitais, sob a vigilância médica.

A partir da década de 70, as enfermeiras brasileiras conquistaram direitos legais e respaldo científico para realizarem inúmeras atividades de saúde da mulher, como dar assistência ao parto vaginal sem distocia e realizar pré-natal, graças à Lei Federal 7.498/86, depois ampliada pelo Decreto-Lei 94.406/87. Paralelamente, os cursos de graduação em Enfermagem passaram a oferecer a habilitação em obstetrícia, e posteriormente, na década de 90, a especialização em enfermagem obstétrica. Amparando essas mudanças, o Ministério da Saúde – sob a influência da Agência de Cooperação Internacional Japonesa (JICA), que implantou no Ceará o Projeto Luz para humanizar a assistência ao parto, no final da década de 90 – criou várias Portarias para estimular em sua política de saúde a humanização do parto e o parto normal assistido por enfermeiras, visando reduzir as taxas de cesariana excessivamente altas no Brasil. Como consequência, surgiram no Sistema Único de

Saúde (SUS) os centros de parto normal (casas de parto gerenciadas preferencialmente por enfermeiras) e o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento.

Este processo de mudança tem sido, porém, um processo social difícil, pois esbarra na cultura da medicalização anteriormente imposta para as mulheres e no poderio da classe médica, que entende tal mudança como um desafio ao *status* de sua categoria, num mercado de trabalho que movimentava milhões de reais a cada ano, por parto assistido. Mesmo que um parto não tenha sido conduzido por um médico, mas sim por enfermeira ou, muitas vezes, por auxiliar de enfermagem, a burocracia médica-hospitalar mantém todos os registros dos partos como procedimentos médicos, favorecendo o ganho por produtividade para a classe médica. Igualmente à realidade do SUS, os médicos do setor privado mantêm seu poderio sobre o sistema obstétrico, sendo para eles mais viável a realização de cesarianas devido ao menor tempo demandado no trabalho de parto e ao maior lucro. Yazlle *et al.* (2001) pesquisaram a incidência de cesariana na cidade de Ribeirão Preto, durante 10 anos, observando-se um gradiente crescente no número de internação à medida que se elevou o padrão social das gestantes. Porém, não havia correspondência nenhuma desse gradiente com o risco obstétrico.

Os seguintes autores acrescentam:

O modelo tecnocrático da medicalização do corpo feminino também tem como características a adoção de rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia em prol da segurança durante o trabalho de parto, atribuindo à cesariana uma conotação banal, muitas vezes realizada por conveniência dos envolvidos no processo (hospitais, equipe médica, ou mesmo a própria mulher grávida), independente da urgência obstétrica (SEIBERT *et al.*, 2005, p.248).

Martins (2003) observa que o mercantilismo no campo médico tem produzido uma desumanização ou tecnificação no sistema de saúde, resultado do capitalismo de grupos privados onde se sustenta a crença de que o interesse científico e econômico é mais importante que o interesse social, que a doença vale mais que o doente. Fazendo um paralelo com a obstetrícia a partir do raciocínio do autor, podemos afirmar que o corpo da mulher em parturição é um mecanismo de lucro no sistema mercantilista biomédico. Para a cultura patriarcal obstétrica, a mulher e a criança não fazem seu parto; o médico, sim, é quem faz o parto. Se ele não o faz, se o fazem 'suas subordinadas' parteiras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, ele é

quem assina os registros dos partos, sendo o responsável legal pelos partos e recebendo o pagamento ou a produtividade por eles.

Como já citamos, o modelo obstétrico brasileiro pode ser bem representado quanto à sua serventia, entre a mulher rica que paga por uma cesariana desnecessária, vítima do mercantilismo, e a mulher pobre que se submete aos maltratos de um parto vaginal mal conduzido, vítima da desumanização – duas faces da mesma moeda. Em ambos os casos, o parto não é considerado como uma vivência natural do ciclo vital humano, que deveria ser apropriado pela mulher e por sua família; um rito de passagem permeado por forças primitivas próprias dos animais mamíferos como o ser humano.

Com o tecnicismo e o poder médico colocados acima da natureza humana, a obstetrícia vê o parto como um ato médico, mais sujeito a eventos patológicos do que fisiológicos, fonte de manifestações biológicas a serem controladas pela medicina. Na verdade, a medicalização do parto tornou-se a maior representação da apropriação do corpo feminino, a imagem mais fiel da mulher paciente e passiva, ao invés da mulher saudável e ativa – uma imagem que precisa ser destruída. Para Odent, *op. cit.*, a mulher gestante ou parturiente não deve ser considerada pelos profissionais que a atendem como uma paciente. O tecnicismo excessivo deve ser deixado para trás, pois não é necessário para um bom andamento de uma gestação e de um parto. Auxiliar uma mulher em trabalho de parto envolve empatia, intuição e inspiração; é uma arte. A ternura é maior que a técnica.

Isso explica, em partes, porque acontecimentos terríveis como mortes maternas são considerados resultados da desumanização obstétrica, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que cerca de 90 a 95% das mortes maternas poderiam ser evitadas pelos profissionais de saúde. O Brasil tem uma média de quatro mortes maternas por dia (BRASIL, 2004b), enquanto países como a Inglaterra e o Canadá têm quatro mortes por ano. A tentativa dos gestores de saúde e, principalmente, da classe médica, de tecnologizar e hospitalizar cada vez mais o parto, defendendo que 100% deles sejam realizados em maternidade e hospitais, esbarra em lacunas na assistência obstétrica relacionadas à humanização e à qualidade, fazendo com que o histórico das mortes maternas no Brasil seja repleto de iatrogenias. Tanaka (1995) aponta falhas no sistema de saúde brasileiro, causadoras de mortes maternas evitáveis, como a falta de leitos nas maternidades que obriga as mulheres a percorrerem vários hospitais em trabalho de parto; os altos índices de

cesariana (cerca de 25-35% do total de partos, enquanto que o recomendado pela OMS é 15%); e a baixa cobertura de pré-natal na rede básica de saúde.

No processo da medicalização do nascimento, não apenas a mãe tem prejuízos, mas também o bebê e a família. Pai, avós e irmãos mais velhos são excluídos das salas de parto, como se não fizessem parte de um evento familiar caracterizado pela entrada de um novo membro em seu seio. A presença de familiares em hospitais-maternidades é vista como inoportuna e capaz de perturbar a ordem médica e hospitalar. Somente as casas de parto (centros de parto normal), criadas recentemente pelo Ministério da Saúde e gerenciadas predominantemente por enfermeiras obstétricas, têm permitido livremente a presença de familiares durante o evento do parto normal, como uma das formas de valorizar a naturalidade e a humanização do parto.

Quanto à criança, esta tem seu corpo tão apropriado quanto o de sua mãe. Pelo modelo obstétrico medicalizador é necessário ‘puxar’ a criança logo que sua cabeça desponta na vagina, retirando-a imperiosamente das entranhas da mãe. Em seguida, corta o cordão umbilical que a ligava à mãe e ainda fornecia oxigênio e a leva para a ‘sala do recém-nascido’, onde outro profissional utilizará uma máquina chamada ‘berço aquecido’, para substituir o aquecimento natural do corpo materno, e, na maioria das vezes desnecessariamente, introduzirá uma desconfortável sonda em sua boca e narinas para aspirar secreções, secará, pesará e medirá seu corpo frágil, fará importantes anotações e identificará o bebê. Depois de algum tempo, finalmente o levará até a mãe. Ao executarem todos esses procedimentos absurdamente técnicos, os profissionais de saúde que realizam a assistência ao recém-nascido são denominados pela obstetrix francesa Dominique Pourée como “ladrões de bebês”:

Quando eu era uma “ladra de bebês” oficial, eu ficava tão aliviada ao ver o bebê e pensava: “Aí está um menino, aí está ele, vivo! Eu posso segurá-lo, eu tenho o direito. Oh, eu estava com tanto medo que ele morresse. Assim como a mãe eu tenho os mesmos sentimentos, a mesma ansiedade. E agora eu te darei um presente: sua criança, porém, primeiro terei de examiná-la, banhá-la, pesá-la e vesti-la”. Esses ladrões de bebês vestidos de branco, essas figuras misteriosas que falavam alto e tomavam as decisões – o que nós éramos escondidos através de nossas máscaras médicas? [...] Podem as mulheres efetivamente acreditar que nós sabemos mais sobre essas coisas do que elas? (POUREÉ, *apud* ODENT, 2003, p.121).

Já a mulher tem seu corpo e sua autonomia completamente apropriados desde os primeiros momentos da parturição. A atmosfera de uma sala de pré-parto e de parto é uma atmosfera castradora, ditatorial e institucionalizada, embora isso ocorra em menor grau nos serviços privados. No SUS, porém, à mulher não é

permitido permanecer com sutiã e calcinha; não lhe é permitido deambular, beber ou comer, contar com o conforto de seus parentes, chorar, gritar, manifestar livremente suas emoções mais primitivas e reativas de dor. No período expulsivo, ela permanecesse passiva, deitada em posição horizontal, submissa aos procedimentos dos profissionais que inserem os dedos em suas entranhas e ‘retiram’ seus bebês para devolver-lhes somente horas após o parto, afinal, o profissional de saúde retira a criança das entranhas da mãe logo que possível, ao invés de esperar que a natureza a expulse. No parto normal, será retirada logo que a cabeça passar pelo canal vaginal, através de um ‘puxo’ devidamente ensinado nos livros de obstetrícia, muitas vezes com o reforço de um corte na vagina chamado episiotomia, que acelera a saída do bebê – porque, afinal, o profissional não pode ‘perder’ seu precioso tempo esperando pela natureza.

No parto cirúrgico, será retirada na data e hora agendadas pelo médico, de acordo com sua rotina de trabalho, sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto. A natureza do parto deverá ser controlada pela ciência obstétrica. Esta é a ordem: retirar a criança das entranhas de um corpo submisso, horizontalmente deitado, mantido com as pernas abertas e, às vezes, amarradas com perneiras, na solidão de um pequeno e frio leito da sala de parto, entregue ao poder e à dominação dos profissionais de saúde, ou retirar a criança das entranhas maternas numa cirurgia lucrativa, um meio para o ganho mercantilista no qual uma parte do corpo (o útero) da mulher é vendida na indústria obstétrica.

Para a obstetrix britânica Sheila Kitzenger *apud* Melo (2003), na cultura ocidental o parto é considerado uma tortura fisiológica capaz de aleijar sexualmente a mulher, por isso é preciso hospitalizá-la, imobilizá-la, aliená-la, para que o médico “faça” o parto por meio da episiotomia, da cesariana e do fórceps. Nesse processo de apropriação médica incutido pela cultura e o poder patriarcal, Melo, *op.cit.*, denomina o processo de medicalização do corpo feminino no partejar de “a masculinização do parto”, e acrescenta que foi construída a imagem de que o parto vaginal traz seqüelas sexuais irreversíveis ao corpo feminino, surgindo o mito da lesão genital decorrente do parto, perpetuada até os dias de hoje e motivo utilizado por muitas mulheres grávidas e médicos para justificarem o parto cesariana.

A retirada da criança de um corpo materno dominado pelo poder dos profissionais pode tornar-se até uma forma de ‘expugnação’, quando a episiotomia é feita, um procedimento cirúrgico comum e largamente utilizado no parto vaginal. Caracterizada por um corte no períneo para facilitar a passagem da criança, apesar de

recomendada pela OMS (2005) apenas em casos de parto vaginal complicado, cicatrização perineal fibrótica deficiente e sofrimento fetal, é difundida na prática obstétrica como um procedimento que deve ser realizado rotineiramente em primíparas – resultado equivocado da impaciência do profissional durante a lentidão de um parto vaginal, e dos péssimos hábitos pré-estabelecidos na obstetrícia de interferência no andamento natural de um parto. Jorge de Rezende, um dos obstetras de maior influência na formação médica brasileira, defende em seu livro a realização da episiotomia nas primíparas e múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada, como quase sempre indispensável, apesar de ele próprio citar diversos estudos contrários à indicação freqüente desta cirurgia (REZENDE, 2005).

Ao contrário desse autor que tanto representa o pensamento médico, para Kitzinger (1984), defensora da humanização e da desmedicalização do parto, a episiotomia é a cirurgia obstétrica mais vulgar, e na sociedade ocidental, é a única efetuada no corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento, devendo ser feita apenas quando é realmente necessária.

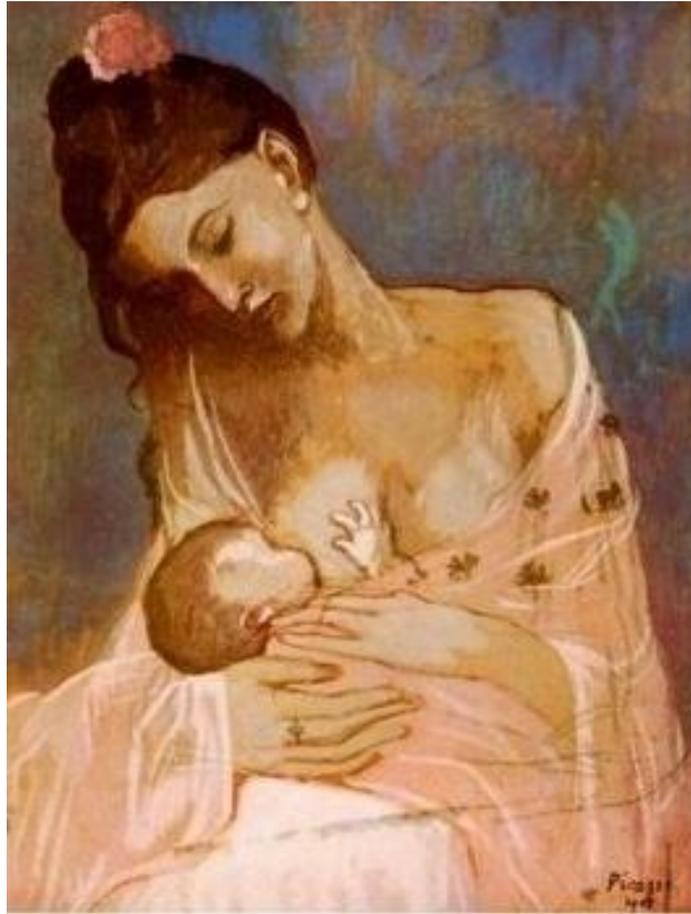
Procedimentos absurdos como a episiotomia rotineira, a cesariana desnecessária e outras agressões físicas e emocionais diante das quais a mulher é submetida durante um parto, reportam-nos à hipótese de que este tipo de assistência pode causar sofrimento psíquico na mulher, ao invés de alegria e satisfação, que são os sentimentos esperados diante da parturição. Igual sofrimento pode ser causado na criança recém-nascida, perfazendo um quadro de nascimentos violentos que deveriam ser superados na obstetrícia atual. Como referem Bezerra e Cardoso (2006), a sofisticação da prática obstétrica com o uso de tecnologias tornou-a mecanizada e massificada, acrescida da infinidade de procedimentos e atuando desfavoravelmente na mulher, tornando-a insegura e ansiosa.

Diante dessa realidade, consideramos necessário alertar os profissionais de saúde e as mulheres, potenciais vítimas, para a reprodução de um modelo assistencial que alimenta o medo, a ansiedade, a angústia, a solidão, o desespero, causando inadvertidamente sofrimento psíquico, ainda que por um curto período, mas possivelmente causador de traumas emocionais em inúmeras mulheres e crianças; traumas esses que podem comprometer uma série de eventos do ciclo gravídico-puerperal, como a amamentação, a sexualidade feminina e o sentimento de maternidade. Assim, consideramos necessário que este tema seja abordado nas investigações de saúde mental, como aqui fazemos. Nessa cultura pré-estabelecida que ao longo de séculos conseguiu extirpar o poder feminino da assistência ao parto,

a transferência do domínio das mãos médicas masculinas para mãos não médicas femininas não será rápida nem fácil, e exigirá das mulheres envolvidas um esforço histórico.

Os obstetras foram os primeiros a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII pelos anatomistas e fisiologistas. Seu foco de análise se fechou sobre os processos que eles consideravam ser a explicação para a natureza feminina e a justificativa dos papéis sociais das mulheres. Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas, seguida pelo gerenciamento do corpo feminino à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério passaram a ser controlados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2004, 2005).

### 3.5 O PÓS-PARTO/PUERPÉRIO



Diferentemente da medicalização da gestação e do parto, que têm sido alvo da atenção médica, há uma lacuna nos cuidados à saúde da mulher puérpera, que envolvem alterações para o binômio mãe-filho, principalmente no que diz respeito às alterações mentais mais frequentes nessa fase. É interessante citar que a suscetibilidade feminina no puerpério foi observada pelos médicos há séculos atrás. Engel (2001) lembra que de acordo com a perspectiva médica, a realização da maternidade seria capaz de prevenir e curar distúrbios psíquicos relacionados com a fisiologia feminina; mas em afirmação contraditória, os médicos reconheciam a gravidez, o parto e o pós-parto como momentos propícios ao aparecimento de tais distúrbios. A loucura puerperal mereceu uma atenção especial dos alienistas no século XIX, sendo definida como a incapacidade física ou moral da mulher de realizar plenamente os desígnios da maternidade.

Os transtornos psiquiátricos que acometem as mulheres no pós-parto são os famosos vilões para assistência de saúde mental específica a mulheres no ciclo gravídico-puerperal, isso porque as primeiras semanas de puerpério podem

representar um período de mudanças, crise e insegurança para toda a família com a chegada de um novo membro. Nesta fase, a capacidade de adaptação da família e os recursos físicos, emocionais e sociais com os quais ela conta para dar suporte à mãe, poderão determinar em grande parte, a promoção da saúde mental da mulher, num período que pode ser vulnerável, afetando, inclusive, o aleitamento materno, por causa do nível de estresse, geralmente elevado devido à demanda emocional e física do puerpério e do parto recente.

Enfatizamos aqui o relacionamento familiar, uma vez que as doenças mentais no puerpério afetam não somente a mulher, mas a família como um todo e especialmente o bebê. Motta, Lucion e Manfro (2005) relatam que filhotes de mamíferos que passaram por privação materna constante apresentam alterações nas estruturas encefálicas, na quantidade das secreções neuro-hormonais e em seus receptores, apontando para achados de alterações no desenvolvimento neurológico, mental e comportamental de crianças que sofreram negligência e maus tratos de mães com depressão pós-parto.

A depressão apresenta incidência e gravidade no pós-parto, mas felizmente os casos de melancolia do pós-parto são muito mais comuns e menos graves. Não podemos deixar de referir também as psicoses pós-parto, não tão incomuns em mulheres que já foram acometidas por algum episódio de transtorno bipolar. Em quaisquer transtornos, as mães apresentam choro fácil, irritabilidade, ansiedade, labilidade emocional e tristeza, enquanto que as exigências com os cuidados ao recém-nascido, incluindo as dificuldades de amamentação e as poucas horas de sono, acabam por contribuir em muito com o mal-estar psíquico da mulher.

Isso nos conduz à necessidade de um suporte maior de cuidados durante o puerpério, de preferência domiciliares, não somente para mulheres com risco de transtornos mentais, mas para primíparas, adolescentes e quaisquer mulheres que solicitem essa assistência. Em muitos casos, uma visita domiciliar de um profissional poderia ser suficiente para a detecção precoce dos primeiros sintomas de doença mental. A falta dessa visita e de uma maior monitoração no puerpério é um fator agravante para a incidência de prejuízos na saúde mental de mulheres que deram à luz, podendo resultar em comprometimento do equilíbrio de toda uma família. Apesar dos esforços implementados numa melhor assistência de pré-natal na rede pública – principalmente no PSF –, o puerpério ainda tem sido esquecido pelos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito aos riscos psiquiátricos das mães, como o suicídio provocado por depressão severa, embora o suicídio seja mais

frequente nos homens do que nas mulheres, estudos da *American Psychiatric Association* (2005) comprovam que a taxa de suicídio pode ser 70 vezes maior do que a média esperada, em mulheres com histórico de hospitalização por doença mental e que deram à luz. Esse risco pode ocorrer não somente no período puerperal, mas até um ano após o parto.

Outros estudos, como os de Oates (2003), mostram que as taxas de suicídio no pós-parto de mulheres inglesas e do país de Gales aumentaram muito a partir dos anos 90, e ao analisar os dados de mortalidade materna do *Confidential Enquiry into Maternal Deaths* do Reino Unido entre os anos de 1997 a 1999, constataram que as doenças psiquiátricas e o suicídio em particular, foram as principais causas de morte materna, sendo o suicídio a causa de 28% das mortes. A maioria dessas mulheres apresentou desordens psiquiátricas no pós-parto e já tinham riscos devido a episódios recorrentes de doenças psiquiátricas em gestações anteriores.

Lara, Acevedo e Berenzon (2004), embasadas na premissa de que a depressão é o problema de saúde mental mais comum e importante na população feminina, justificam a criação de um material educativo voltado para mulheres deprimidas a fim de ajudá-las, dando como exemplo uma cartilha por elas publicada intitulada: “É difícil ser mulher? Um guia sobre depressão”. Apesar dessas afirmativas, não podemos excluir a necessidade de uma ampla investigação sobre a maior incidência de depressão em mulheres do que em homens, principalmente durante o puerpério. Muito além de efeitos hormonais, como a queda do estrogênio, devemos reconhecer que quaisquer eventos existenciais da vida de uma mulher, como crises decorrentes de problemas sociais, afetivos e espirituais, por vezes relacionados com a chegada de um filho, são causadores de estresse e podem deixá-la susceptíveis à tristeza e à depressão situacional, principalmente quando a gravidez foi indesejada.

Ora, o que existe por trás do questionamento: “é difícil ser mulher?”, além da crença estabelecida de que a condição natural feminina implica em ‘dificuldades’ capazes de comprometer o equilíbrio mental das mulheres? Os homens não engravidam, não dão à luz, não passam pelo puerpério, não assumem a sobrecarregada função da maternidade, não menstruam, e por estas e outras coisas, a vida para eles é mais fácil. Nesse paradigma científico tão deficiente, precisamos pontuar a verdade que não pode ser calada: a cultura patriarcal, onde o macho domina a fêmea, resultou em desigualdades sociais que prejudicam as mulheres,

causando para elas uma vida com maiores demandas, nem sempre justamente compensadas.

Kac *et al.* (2006), ao estudarem a associação de morbidades psiquiátricas menores em mulheres no pós-parto com desvios no estado nutricional materno, como baixo peso e obesidade, concluíram que os verdadeiros fatores potencialmente associados à probabilidade da ocorrência de morbidades psiquiátricas menores são a baixa renda e a obesidade. É importante citar que as morbidades psiquiátricas – como definidas pelos mesmos autores – são os transtornos comuns e de difícil caracterização, como a tristeza, a ansiedade, a fadiga, a diminuição da concentração, a preocupação somática, a irritabilidade e a insônia. Ou seja, eventos completamente óbvios a serem sentidos por uma mulher no pós-parto, quando enfrenta problemas, não caracterizando uma reação patológica que justifique tornar-se uma morbidade psiquiátrica, com diagnóstico, tratamento e intervenções médicas.

Isso prova que a medicina, especialmente a psiquiátrica, tenta se apropriar de vários os acontecimentos inatos aos seres humanos, até mesmo suas reações psíquicas naturais em momentos de crise. No passado, diferenças como a homossexualidade também eram consideradas doenças psiquiátricas, e hoje as preocupações e as crises por problemas financeiros também são. Criticando essa ocorrência comum da medicalização, Illich (1975) afirma que os objetivos de promover a saúde, a qualidade de vida e a melhora do bem-estar humano não justificam a apropriação do saber médico sobre a vida natural humana, uma vez que não é a medicina que proporciona tais melhoras, mas sim um conjunto de ações coletivas praticadas pela sociedade, que envolvem a economia, a política, a democracia e inúmeros profissionais com seus conhecimentos técnicos, como engenheiros, geógrafos, ecologistas, físicos, etc., além dos da área de saúde.

### 3.6 O CLIMATÉRIO E A MENOPAUSA



Em nossa pesquisa não poderíamos excluir as mulheres que alcançam o final de seu ciclo reprodutivo, ou seja, as que atingiram a menopausa. Trata-se de um grupo propenso ao acometimento de alterações psíquicas, não somente devido às condições biológicas, mas também pelas condições sociais que sobrecarregam a vida da mulher nesta fase de seu envelhecimento.

A diminuição da produção de estrogênio pelos ovários causa inúmeras mudanças na fisiologia do corpo feminino que podem favorecer as alterações emocionais, uma vez que se relacionam com a sexualidade feminina. Paralelamente, pode ocorrer alteração no padrão de sono devido à sudorese noturna, desencadeando efeitos cumulativos no dia-a-dia da mulher, como cansaço físico e mental, falha na capacidade de concentrar-se e irritabilidade. Além disso, outras alterações como as do aparelho genito-urinário e da libido, podem complicar o bem-estar da mulher no climatério, enquanto que a ocorrência de depressão não é rara, principalmente quando a mulher vivencia fatores estressantes como separação, divórcio, viuvez, associação de doenças crônicas (como diabetes, hipertensão) e alterações na dinâmica familiar, como a saída dos filhos que adquirem independência financeira.

Isso nos leva a supor que a mulher, numa fase delicada como o climatério, pode necessitar de cuidados não somente no âmbito ginecológico, mas também no âmbito da saúde mental. Entretanto, rompendo com o modelo medicalizador, não podemos afirmar que a mulher necessita definitivamente de cuidados de profissionais de saúde durante esta fase de seu ciclo vital. O que acreditamos é que o climatério é um fenômeno natural na vida de uma mulher, ou seja, normal e fisiológico, e por isso nem sempre necessitará de intervenção profissional. Enquanto mais assimilarmos o paradigma da medicalização do corpo feminino, mais nos convenceremos de que este fenômeno natural tende a ser patológico e necessita de intervenção. Igualmente, mais e mais mulheres, acreditando no mesmo paradigma, considerarão este fenômeno sob o ponto de vista patológico e buscarão tratamento médico.

Por outro lado, os serviços de saúde devem dispor de assistência multiprofissional para a mulher menopausada, se essa mulher traz consigo complicações psíquicas acumuladas ao longo da vida. Isso contribui, concordando com Barbosa *et al.* (2002), para adotarmos um viés positivador sobre o momento de transição da vida feminina representado pelo climatério e pela menopausa, minimizando a concepção patológica.

### 3.7 TRANSTORNOS MENTAIS E O GÊNERO FEMININO



#### 3.7.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Já está provado que as mulheres têm mais probabilidade de sofrer de transtornos de ansiedade do que os homens, incluindo a depressão como a principal complicação da ansiedade. O risco de transtornos de pânico são de duas a três vezes mais evidentes no sexo feminino do que no masculino. Além disso, as mulheres são duas vezes mais susceptíveis ao uso de medicação ansiolítica (HALES e YUDOFSKY, *op. cit.*). Cordás e Salzano (2004) relatam que várias observações clínicas provam a prevalência da ansiedade no sexo feminino devido aos hormônios sexuais (progesterona e estrogênio).

Além da maior susceptibilidade, as mulheres recebem prescrição de tranqüilizantes duas vezes mais que os homens. Parece não haver discordância na literatura quanto à predominância do consumo de psicofármacos – sobretudo ansiolíticos – pelas mulheres, bem como quanto a um aumento de consumo com a

idade. Talvez isso ocorra devido ao fato de que as mulheres percebem melhor a sintomatologia das doenças, procuram precocemente ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens, o que pode aumentar, no geral, ao consumo de medicamentos (OLIVEIRA e FRAGA, 2002).

No caso específico da prescrição de benzodiazepínico, Oliveira e Fraga, *op. cit.*, observam a existência de uma prática de renovação da receita antiga, geralmente durante uma consulta médica que se reduz ao tempo de entrar no consultório, pedir o medicamento e sair com a receita na mão. Nos serviços de saúde onde ocorre este tipo de prática, não há acompanhamento para usuários de benzodiazepínico, nem são adotados critérios para sua prescrição. Um aspecto importante para as autoras é a suposição de que a fácil aceitação do medicamento por parte das mulheres está relacionada com o sofrimento psíquico causado pelas carências próprias de classes sociais mais baixas. Ao buscarem atendimento médico com queixas de angústia, ansiedade e insônia, muitas mulheres de poder aquisitivo baixo que utilizam os serviços públicos de saúde, deparam-se com a oferta de medicamentos ansiolíticos, aceitando-os como forma de amenizar o sofrimento.

Silveira e Braga (2005, p.592) complementam a opinião sobre o fenômeno da medicalização na área da saúde mental, evidenciando a precipitada prescrição de drogas ansiolíticas como tentativa de resolver problemas e necessidades psíquicas de mulheres de baixa renda, viciadas em benzodiazepínicos: “a sociedade ocidental contemporânea produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas *psí*”. Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, com quadros nosológicos claramente delimitados.

Por outro lado, sabemos que os transtornos de ansiedade, quando não tratados adequadamente, podem comprometer seriamente a qualidade de vida da mulher, incluindo sua vida ativa, produtiva e familiar. Isso remete à necessidade de aumentarmos nossa atenção para as mulheres como as principais vítimas desses transtornos, podendo ajudá-las com ações vinculadas entre serviços de saúde mental e atenção básica, como o PSF e os ambulatórios de saúde da mulher.

### 3.7.2 TRANSTORNOS DE ALIMENTAÇÃO

Acredita-se que os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) são problemas quase que exclusivos de mulheres. Becker *et al.*, *apud* Hales e Yudofsky (2005), afirmam que dos 4% da população vítima de transtornos alimentares, 90% são mulheres. As complicações orgânicas podem ser sérias, como alterações cardíacas, perfurações no esôfago, alcalose metabólica, hipocalemia, anemia, etc. O crescente aparecimento de novos casos, as dificuldades de tratamento, o maior acometimento em adolescentes e outros fatores condicionantes próprios dos transtornos alimentares, têm forçado os profissionais de saúde mental a criarem serviços de referência especializados no assunto, mas os profissionais que estão em serviços generalistas ou de outras especialidades necessitam estar atentos para a identificação precoce de casos de transtornos alimentares, iniciando ou encaminhando para tratamento adequado, principalmente devido às chamadas “síndromes parciais”, quando os sintomas e a perda de peso ainda não são intensos e podem ser facilmente mascarados (CORDÁS e SALZANO, *op. cit.*).

Dentre os transtornos alimentares, a anorexia nervosa, caracterizada por uma busca deliberada e inexorável pela magreza, é um dos mais comuns e apresenta-se na proporção de 10 mulheres para cada 1 homem (MARI *et al.*, 2005). Terapias individuais e grupais, bem como medicamentos antidepressivos são muito importantes no tratamento desses transtornos, embora os medicamentos sejam limitados para tratar alguns sintomas comportamentais. De grande importância são a participação ativa da família e o apoio dos profissionais envolvidos na terapêutica, trabalhando num sistema conjunto para a promoção da saúde das mulheres acometidas por esses transtornos.

Como bem pontuado por Martins (2004), os meios de comunicação e o fortalecimento de uma cultura que apregoa a vaidade e o padrão de beleza baseado na estética do magro, bem como a medicalização do corpo da mulher representada pela cirurgia plástica, são fatores que têm influenciado demasiadamente o ideário de beleza de adolescentes do sexo feminino, susceptíveis a distúrbios psíquicos e à alienação de sua imagem num padrão físico preestabelecido de que ser bela é ser magra. Esse contexto atinge diretamente o público feminino, estando este tipo de alteração da auto-imagem corpórea associado às mulheres.

### 3.7.3 MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

A violência, tanto doméstica quanto as agressões sexuais, têm sido um tema em voga nas discussões sobre a promoção da saúde. Autores consideram a violência contra a mulher uma realidade transnacional e transcultural, uma violação explícita dos direitos humanos (BRASIL, 2005b). Nos EUA, por exemplo, a violência doméstica cresceu mais de 100% e os arquivos policiais mostram um aumento de 160% dos assassinatos de mulheres por motivos sexuais, enquanto que as denúncias de estupro dobraram na última década (FALUDI, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), a violência contra a mulher pode ocorrer de várias formas:

- violência sexual: forçar relações sexuais, estuprar, assediar sexualmente, produzir gestos e atitudes obscenas, discriminar a mulher por sua opção sexual;
- violência física: agredir deixando marcas físicas, quebrar objetos da mulher, rasgar ou esconder suas roupas, documentos e pertences, trancar a mulher em casa;
- violência psicológica: humilhar, ameaçar, impedir de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e sair, deixar a responsabilidade de cuidar dos filhos somente para a mulher, ameaçar de espancamento e morte, privar de afeto e assistência quando a mulher está doente ou grávida, ignorar e criticar por meio de ironias e piadas, ofender e menosprezar seu corpo, ofender a moral de sua família, criticar de forma depreciativa sua atuação como mãe e mulher, usar linguagem ofensiva;
- violência social: oferecer menor salário que o do homem para o mesmo trabalho, discriminar por atributos de gênero ou aparência, assediar sexualmente, exigir atestado de laqueadura ou exame negativo de gravidez para emprego, promover e explorar a prostituição e o turismo sexual.

Os serviços de saúde brasileiros ainda não contam com bancos de dados que detenham informações precisas sobre a incidência de violência em mulheres e as conseqüências desses agravos para a sua saúde mental, mas reconhece-se uma relação entre este tipo de violência e o risco de suicídio, apontando a probabilidade de um risco quatro vezes maior para o suicídio e da freqüência de

ideias de suicídio em mulheres que sofreram violência doméstica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *op. cit.*).

Além disso, as vítimas de violência doméstica ou agressão sexual tornam-se portadoras de severas conseqüências, incluindo sintomas psíquicos como depressão, ansiedade, desarmonias no padrão do sono, da sociabilidade e tendência ao abuso de álcool (HALES e YUDOFISKY, *op. cit.*). A gravidade, bem como a crescente freqüência dessas conseqüências para a vida da mulher agredida, sugerem aos gestores de saúde pública a necessidade de incluírem nos serviços de atenção à saúde da mulher e de saúde mental, ações próprias para o amparo e acolhimento a mulheres vítimas de violência, principalmente doméstica e sexual, incrementando atividades comunitárias e grupais nos serviços de atenção básica. O âmbito legal, com a Lei 11.340 de 07/08/2006, denominada ‘Lei Maria da Penha’, colaborou com grande avanço em relação a esta temática, atendendo às reivindicações de longa data feitas por feministas brasileiras.

A violência contra a mulher tem sido considerada como um grande problema a ser combatido em nossa sociedade contemporânea. Suas relações com o uso de álcool e drogas pelos agressores, bem como as desarmonias psíquicas como conseqüência para suas vítimas (BARBOSA *et al.*, *op. cit.*), a inserem como um problema de saúde pública que traz inúmeras seqüelas emocionais e alterações psíquicas. Suas vítimas devem ser cuidadas em serviços apropriados, não esquecendo a importante ação de serviços de saúde mental e da mulher. Ainda concordando com Barbosa *et al.*, esperamos que tanto as políticas públicas quanto os serviços de saúde possam oferecer suporte adequado para as mulheres vítimas de violência, buscando uma relação mais igualitária e menos assimétrica entre homens agressores e mulheres vítimas.

### 3.7.4 SEQÜELAS E REAÇÕES EMOCIONAIS CAUSADAS POR CÂNCERES ESPECÍFICOS DA MULHER

Recentemente foi criada a oncopsiquiatria, um ramo da psiquiatria que enfoca as necessidades psíquicas de pessoas com ou que tiveram câncer, principalmente de mulheres vítimas de câncer de mama – área na qual a oncopsiquiatria mais tem avançado. Cantinelli *et al.* (2006) são enfáticos quando justificam a oncopsiquiatria para conseguir entender cada indivíduo dentro do contexto de mudanças que o câncer acarreta, especialmente qual a demanda das neoplasias mamárias sobre as mulheres:

A mama é a metonímia do feminino, e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta. Portanto, entender a oncopsiquiatria das neoplasias mamárias é uma maneira de entender o universo feminino [...] Relevamos o seguinte em relação a tudo o que foi levantado: manter vigilância quanto aos aspectos psíquicos de mulheres acometidas com câncer de mama e sua qualidade de vida, em especial à imagem corporal, saúde e desconfortos físicos, trabalho e vida sexual (CANTINELLI *et al.*, *op. cit.*, p.125-131).

Fica-nos evidente que, apesar de objetivarem o benefício para as mulheres com câncer, os autores sintetizam o paradigma medicalocêntrico, através do qual os profissionais da saúde acreditam que os mais complexos acontecimentos na vida e na dinâmica de saúde de uma mulher pode ser da alçada médica.

Apesar da crítica feminista aqui construída, entendemos que o crescente número de mulheres acometidas por câncer, como o de mama, e as seqüelas psíquicas deixadas fazem com que seja salutar para as mulheres terem um suporte em sua saúde mental, durante ou após o tratamento oncológico, de forma humanizada e desmedicalizada. Pesquisas têm mostrado a influência de grupos de apoio, de encontro ou de ajuda para o tempo de sobrevivência de mulheres vítimas de câncer. Questões como a sexualidade, a feminilidade, a autoestima, o retorno a uma vida novamente produtiva, esperança e expectativa de vida e até mesmo a ‘preparação’ de pacientes que já se encontram em fase terminal, deságuam em ações que longe do paradigma medicalocêntrico, podem ser promovidas por uma equipe multiprofissional, e colaboram para que a mulher seja sujeito de seu processo de saúde-doença.

Muitas mulheres com câncer experienciam, além dos sintomas oncológicos, sintomas psíquicos, como depressão, ansiedade, autoestima deficiente, desesperança, distúrbios do sono e da imagem corporal, necessitando de terapias e suporte para a manutenção de sua saúde mental. Um aspecto importante a ser considerado, é o envolvimento da família no processo terapêutico das mulheres vítimas de câncer, principalmente daquelas que foram abandonadas por seus companheiros e que eram as gestoras da saúde de suas famílias, exigindo o surgimento de um novo membro familiar que assuma suas funções de cuidadoras, ou que se veem obrigadas a aumentar sua demanda de autocuidado com ou sem suporte familiar. Miller *et al.* (2005), em suas pesquisas com deprimidos, observaram que os grupos que receberam cuidados nos quais estava inclusa a atenção à família, mostraram índices mais altos de melhora e remissão dos sintomas.

### 3.8 A MEDICALIZAÇÃO/APROPRIAÇÃO DO CORPO FEMININO



Neste capítulo vamos nos deter num dos pontos cruciais de nosso estudo: a medicalização do corpo feminino, que também chamamos de apropriação do corpo feminino. Não podemos abordar questões biomédicas referentes à mulher sem desvelar esse fenômeno surgido no século XIX, tendo como embrião ou raiz a substituição da cultura matriarcal pela patriarcal, há milhares de anos antes de Cristo, quando a Divindade passou a ser imaginada como masculina – um Deus – e o homem passou a ser visto como a imagem e a semelhança desse Deus, num processo que Eilberg-Schwartz (1995) denominou ‘o falo de Deus’.

Se estudarmos as doenças e alterações mais comuns do gênero feminino, veremos que, à luz da ciência, a mulher é um organismo complexo, predominantemente relacionado à função reprodutiva e fadado a adoecer devido à sua função biológica. Especialmente na área psiquiátrica, a mulher é vista como um indivíduo que sofre alterações mentais influenciada principalmente por “uma flutuação dos hormônios gonadais que influenciaria na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa”, segundo Andrade *et al.* (2006). Este paradigma foi construído no mundo ocidental paralelamente à solidificação da dominação masculina perante a vida das mulheres, que são tratadas muitas vezes

como um objeto do que um sujeito, e se não mais é condenada à fogueira sob a acusação de bruxa e herege, hoje está submissa a muitas questões, dentre elas a tecnologia médica (especialmente na obstetrícia, ginecologia e cirurgia plástica).

Em seu estudo histórico sobre a fabricação da loucura, o psiquiatra Thomas Szasz (1976) afirma que o conceito de doença mental é análogo ao da feitiçaria, tendo os historiadores da medicina considerado que a psiquiatria surgiu como disciplina médica a partir da mudança de atitude com relação à feitiçaria, pois difundiram a ideia de que as feiticeiras eram, na verdade, doentes mentais. O autor afirma que, no passado, os homens criavam as feiticeiras como forma de dominação da mulher; depois, criaram doentes mentais, já que havia uma linha divisória tênue entre doença demoníaca e doença natural. Essa situação levava muitos inquisidores a solicitar o diagnóstico de médicos nos processos da Inquisição, feito através da avaliação, por exemplo, da reação dos olhos da paciente ou da presença de marcas de bruxaria no corpo da vítima, as quais deveriam ser picadas com um alfinete. O resultado disso foi o surgimento de uma nova profissão na Idade Média, o ‘picador de bruxa’, muitos dos quais eram médicos.

Ramadam e Assumpção Jr. (2005) corroboram sobre a ideia de que a doença mental estava ligada à obsessão por demônios, sendo as mulheres, principalmente, vistas como bruxas. Os procedimentos curativos iam do exorcismo à tortura e à fogueira. Os autores reconhecem que houve um grande massacre repressivo contra as mulheres pelo viés sexual, pois eram vistas como a tentação ao pecado, figuras do demônio, enfim, bruxas. Nesta época, somente em Valência, na Espanha, foi fundado um dos primeiros asilos para doentes mentais, em 1410, um lugar saudável, limpo, iluminado e arejado, onde havia atenção humanitária, pela influência de médicos árabes – os quais eram muito avançados para a época.

Foucault (1975) relata importantes momentos históricos que provam como a medicina fora aliada ao poder político ou religioso de sua época, muitas vezes poupando as vítimas da fogueira, principalmente no século XVIII, quando a Igreja Católica convocava os médicos para avaliar pessoas acusadas de bruxaria. Diante dessa incumbência, tornava-se cada vez mais frequente os médicos interpretarem a possessão como problemas de imaginação desregrada e de movimentos violentos dos humores ou dos espíritos. Nesta época a medicina já tendia a considerar os acusados de bruxaria e feitiçaria como loucos.

Estudando a história da doença mental, o mesmo autor relata que, até o advento de uma medicina positivista, o louco era considerado ‘um possuído’, mas

crítica a interpretação de que essas pessoas definidas como possuídas, eram na verdade doentes mentais. A partir dessa interpretação médica, os episódios demoníacos deram lugar à loucura, e o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão para o qual foram criados hospitais e estabelecimentos de internação destinados a receber não apenas loucos, mas pobres, inválidos, mendigos, libertinos, em resumo, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração” (FOUCAULT, 1975).

Já no século XVIII, com o declínio da Igreja, o complexo inquisidor-feiticeira deu lugar ao complexo alienista-insano mental, daí originando-se o sistema hospitalar psiquiátrico de confinamento. Para ser considerado louco, bastava ser pobre ou abandonado (SZASZ, 1976). Foucault (1995) cita que após a preocupação da sociedade em excluir os leprosos, veio a preocupação de excluir os loucos, que não eram tratados pela medicina, mas sim, na maioria das vezes, jogados em prisões. Quando, em 1656, é fundado o Hospital Geral em Paris para abrigar os doentes mentais, ocorreu de fato que a instituição serviu como destino para os pobres e para aqueles confinados pela autoridade real ou judiciária, mercedores de correção ou punição. A essas pessoas consideradas alienadas não havia direito de defesa.

Um alvo muito comum eram as mulheres que levavam uma vida de libertinagem ou em evidente perigo de serem pervertidas. Além dessas, as prostitutas deveriam ser encarceradas numa seção especial. Como meio de controle social e de afirmação da ética dominante, a psiquiatria institucional mostrou ser a sucessora digna da Inquisição (SZASZ, *op. cit.*). O caso exemplar da senhora Packard, nos EUA, em 1860, é citado pelo autor: famosa por ser esposa de um ministro, ao discordar publicamente da política dele, foi internada por ele no hospital para insanos de Jacksonville, respaldado numa lei de prisão que autorizava maridos a admitir ou deter suas esposas num hospital, sem as provas de insanidade exigidas em outros casos.

Com as mudanças oriundas da Reforma Psiquiátrica no mundo ocidental, a dominação da ciência médica sobre a sociedade foi transmutada, perdendo sua força no fenômeno da loucura que tinha como sua base a psiquiatria institucional. Essa trajetória foi construída de acordo com o avanço da ciência, principalmente a partir do século XIX. No entanto, desde Bacon, com seu texto intitulado *The Masculine Birth of Time*, escrito em 1603, que tanto influenciou as ciências afirmando ser dever do homem dominar a natureza e fazer dela sua escrava, já se consolidava lentamente a tendência da ciência moderna de que o masculino (o

homem cientista) deve dominar a natureza (a mulher), uma vez que a ciência era uma atividade masculina, pois no homem predominava a mente, sede da razão, enquanto que a natureza deveria servir ao homem. Assim, a mulher representava a natureza, sendo considerada inferior e subserviente, pouco dotada de faculdades intelectuais, como comenta a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004).

Esse pensamento científico já sofrera, por sua vez, influência de ícones da Filosofia, como Aristóteles, e da medicina, como Galeno, que afirmavam estar o homem no ápice da cadeia dos seres vivos, enquanto a mulher era hierarquicamente inferior. O corpo feminino era a expressão da imperfeição, porque seus órgãos sexuais eram invertidos e não tinham calor como o homem. A mulher era um ser frio. Havia um único sexo, predominantemente masculino, sendo a mulher uma deformação desse sexo. A vagina era um pênis invertido, os ovários eram os testículos femininos e o útero era uma versão interior dos testículos. Assim como a ciência justificava a superioridade dos seres humanos sobre os animais, justificava a superioridade dos homens sobre as mulheres e dos homens europeus sobre a raça negra e os povos bárbaros (MARTINS, 2004).

Já no Brasil, no final do século XIX e início do século XX, os influentes médicos, principalmente os paulistas, acreditavam que os brasileiros homens e mulheres eram em sua maioria inferiores, devido ao forte cruzamento entre sangues de qualidades diversas, resultando numa miscigenação inadequada e preocupante. Ávidos em transformar o Brasil numa nação viável e cheios de boas intenções, muitos médicos brasileiros tornaram-se adeptos da eugenia, que tinha por meta o progressivo branqueamento da população e a eliminação dos maus procriadores (ROMERO, 2002).

Anatomistas e craniologistas afirmaram, por meio de seus estudos tendenciosos, que as mulheres tinham diferenças físicas que comprovavam sua inferioridade, e usaram como justificativa o formato da pelve feminina para provar que a procriação era a grande e única função natural das mulheres. O darwinismo também contribuiu para a exclusão da mulher justificada pela ciência, afirmando que, na escala evolucionista, o homem se desenvolveu mais que a mulher, sendo, portanto, superior. Aliando-se à ciência da época podemos citar novamente a filosofia, influenciada por Schopenhauer, no século XIX, que divulgou em seus 'Ensaio sobre as Mulheres', a ideia de que eram injustas, falsas, infieis, traiçoeiras e ingratas (MARTINS, 2004). Ao mesmo tempo, porém, as diferenças complexas do corpo feminino passaram a exercer fascínio entre muitos médicos, que a partir do

século XIX, especialmente, puseram-se a estudar a fisiologia feminina e a escrever tratados e manuais médicos que passaram a ditar a conduta social e sexual da mulher. Consolidava-se a ginecologia, então. Como afirma Martins, *op. cit.*, p.40:

A vida das mulheres passou a ser descrita como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos. [...] A gravidez e o parto também foram considerados estados predisponentes a manifestações mórbidas. Muitos tratados de obstetrícia foram escritos a partir da experiência dos cirurgiões em atenderem somente os partos complicados, o que explica o grande interesse pela patologia dos partos.

Diante dos fenômenos fisiológicos complexos do corpo de uma mulher, o cientista médico deveria estabelecer sua relação terapêutica: todas as alterações precisavam ser submetidas ao domínio do conhecimento médico; portanto, todas as alterações deveriam ser controladas pela medicina. Com essa visão, ocorrências naturais foram consideradas ‘atos médicos’, como por exemplo, o parto. Segundo Szasz, *op. cit.*, uma pessoa, mesmo que diante de um fenômeno saudável, como uma mulher na menopausa, se colocada diante de um médico torna-se um ser impotente e inferior, uma sofredora devido à fatalidade da natureza feminina, para a qual o médico tem uma responsabilidade e uma devoção altruísta como um terapeuta messiânico que precisa fazer alguma coisa, ainda que aquilo que faça seja prejudicial à pessoa.

A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento, voltado principalmente para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e maternas, permite-nos pensar em um processo de gerenciamento do corpo feminino. Por meio de um saber especializado, os médicos passaram a autodenominar-se ‘especialistas da mulher’, resultando em regulações para que a natureza feminina não se desvirtuasse de sua função natural: a maternidade. Esse gerenciamento do corpo feminino referido por Martins (2004), completou-se quando a ginecologia e a obstetrícia, conseguiram tornar as mulheres objetos passivos de sua prática, confiando nos conhecimentos médicos baseados em conselhos sobre a higiene e o cumprimento das funções de esposa e mãe. Entretanto, se a mulher não controlasse seus desejos e parecesse ‘mundana’, tornar-se-ia patológica e seria necessário uma intervenção médica, como nos casos da masturbação e da prostituição, para os quais eram prescritos contenção física, uso de artefatos na região genital e até intervenções cirúrgicas mutiladoras, como a clitoridectomia. À mulher não era recomendado o prazer sexual. No paradigma da medicalização fortificado com base nas concepções

da ciência positivista, o gozo sexual e as vantagens sociais foram exclusividade masculina até o século XIX.

Fenômenos naturais da vida, tanto biológicos quanto emocionais, como menstruação, gestação, parto, menopausa, tristeza e estresse, foram medidos e apresentados em dados estatísticos e epidemiológicos, estudados quanto à sua incidência ou investigados nos próprios corpos, vivos ou mortos, e finalmente todos os dados, muito bem catalogados e pautados em evidências, foram taxados como ‘problemas de saúde pública’, expandindo-se juntamente com a expansão do conhecimento científico, até abranger uma quantidade incontável de fenômenos que, embora naturais e inerentes ao ciclo vital humano, foram rotulados como pertencentes à ciência médica. Esse processo, é claro, foi e tem sido muito mais intenso quando relacionado às questões do gênero feminino, uma vez que a mulher, por sua condição social de exclusão e subserviência e por sua natureza física complexa, pode ser muito mais facilmente dominada.

Ao longo de mais de um século, em particular no Brasil, a medicalização manifesta-se na sociedade em dois extremos: no âmbito dos serviços de saúde particulares, tendo os seres humanos como fonte altamente lucrativa para a indústria biomédica, e no âmbito dos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo as pessoas pobres como objetos destituídos do direito à humanização. São exemplos que ilustram as mulheres como grandes vítimas desse fenômeno, os altos índices de esterilização por laqueadura em mulheres jovens brasileiras, feitas por médicos com interesses políticos, e as elevadas taxas de cesarianas entre mulheres economicamente privilegiadas. Esta realidade é, além de mercantilista, altamente excludente, contrastando com os princípios do SUS.

Concluindo essa crítica, concordamos com a seguinte citação:

A medicina moderna tem atuado como um agente de controle social, especialmente sobre a vida das mulheres, além de tornar-se dependente de setores industriais, como a indústria farmacêutica. Dessa forma, o corpo feminino é visto como uma máquina que precisa ser controlada através da tecnologia biomédica, já que a fisiologia feminina, como representante da natureza, deve ser controlada pela ciência humana masculina (HELMAN, 2003, p.154).

Se estudarmos os livros biomédicos sobre saúde da mulher, são comuns as denominações masculinas de características ou alterações do corpo feminino – observadas por médicos do sexo masculino, principalmente do final do século XIX ao meado do século XX, todas associadas a nomes de médicos homens: sinais de Jacquemier para a vulva violácea, de Chadwick para a cianose cervical, de

Hegar para o amolecimento da cérvix, de Haller para a vasodilatação nas mamas, de Hunter para a hiperpigmentação na aréola, de Halban para o crescimento da lanugem na linha capilar junto à testa, tubérculo de Montgomery para as glândulas areolares, manobras de Leopold-Zweifel para a palpação obstétrica, etc. O cúmulo ocorreu na ginecologia, onde alguns órgãos do corpo feminino foram denominados com nomes de homens que estudaram o funcionamento destes, como a denominação de glândulas de Bartholini para as glândulas vulvovaginais de lubrificação, e de trompas de Falópio ou Eustáquio para as trompas/tubas uterinas.

Fiel a estes termos científicos, a enfermagem, que caminha com a medicina na assistência à saúde da mulher, vem reproduzindo em seus estudos e em sua formação profissional o paradigma da medicalização, felizmente em menor teor, já que se trata de uma profissão predominantemente feminina e, por isso, mais emocional, mais cuidadora do que curativa e mais voltada para a saúde coletiva e da família. Uma referência disso é a importante obra de Ziegel e Cranley (1985), que influenciou a enfermagem obstétrica desde a década de 70.

Atualmente têm surgido na enfermagem novas obras com capítulos diferenciados, mostrando um rompimento com o padrão pré-estabelecido ao abordarem temáticas como humanização do parto e incentivo ao parto natural – uma alternativa à intensa prática da cesariana desnecessária no Brasil. São ainda mais felizes as obras de enfermagem que abordam a importância da promoção da saúde, ressaltando os aspectos fisiológicos e naturais do ciclo reprodutivo feminino, ao invés dos patológicos, sendo exemplos destas o livro organizado por Sônia M<sup>a</sup> O. Barros (2002) sobre enfermagem obstétrica e ginecológica, e o livro de Lowdermilk, Perry e Bobak (2002) de enfermagem materna, que nos reportam à esperança de que uma profissão não médica como a enfermagem, com a função milenar de ‘mulheres que cuidam de mulheres’, possa colaborar intensamente no processo de humanização, desmedicalização e apoderamento do corpo feminino nas práticas de saúde, apontando para a medicina os caminhos para a consolidação de uma assistência mais humana e democrática.

Isso representa um passo muito pequeno, uma vez que em sua prática, as enfermeiras ainda são submissas ao sistema dominado pelo modelo da influência médica, e como mulheres, ainda reproduzem o patriarcado. Podemos citar como exemplo disso o fato de que a grande maioria das enfermeiras, quando grávidas, escolhe um médico para realizar seu pré-natal, ao invés de uma colega enfermeira, e

prefere dar à luz por meio de uma cesariana feita por um médico, ao invés de um parto vaginal assistido por uma enfermeira parteira/obstetra.

No geral, os profissionais de saúde seguem uma linha tendenciosa ao autoritarismo em suas relações com seus clientes/pacientes, como esclarecem em suas críticas os seguintes autores:

Na maior parte do tempo, a prática dos profissionais de saúde não tem sido a de fortalecimento; ao contrário, ela tem consistido em ministrar, para indivíduos, coletividades, grupos de pacientes, população em geral, prescrições comportamentais, em geral enunciadas no imperativo: não fume; não transe sem camisinha; use cinto de segurança; não abandone o tratamento; escove os dentes; faça exame preventivo de câncer; etc. Por que e em que medida as coisas se passam deste modo? (...) Porque o profissional de saúde acredita possuir, sob a forma de monopólio, o único conhecimento verdadeiro e legítimo sobre os temas que envolvem a saúde e a doença, e acredita estar socialmente investido de autoridade sanitária (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004, p.61).

Como já exposto, nossa ciência, especialmente a biomédica, e nossa cultura como um todo, ainda produzem um saber que mantém tanto o autoritarismo, quanto as desigualdades de gênero, onde a mulher está em desvantagem, concebida como um ser subordinado ao homem (SILVA, 1998). Com um legado histórico de dominação, exclusão e demais injustiças sociais, enfrentamos o longo período da “caça às bruxas”, principalmente do século XV ao XVII, no qual 75 a 90% dos processos por acusação de bruxaria na Europa foram contra mulheres (dependendo do país), em sua maioria parteiras e curandeiras, que exerciam funções de enfermagem, medicina popular e farmácia, principalmente na área gineco-obstétrica (DEL PRIORI, 2001; GIFFIN e COSTA, 1999; TOSI, 1998). Se em sua autonomia a mulher era considerada incapaz, um ser inacabado, fadada aos domínios do homem, em sua sexualidade a mulher era considerada a personificação da obscuridade e do pecado sexual, até poucas décadas atrás incentivada por sua cultura a abster-se do prazer sexual. Noções repassadas para mulheres, de geração a geração, firmando-as apenas como reprodutoras, incutiram-lhes a ideia central de que seus órgãos sexuais serviam apenas para a procriação, negando a libido.

Reminiscências dessa cultura ainda influenciam a sexualidade das mulheres até hoje, sendo talvez, a falta de informação sobre sua sexualidade o maior vilão para a plena vida sexual feminina. Conhecimentos como: localização e função do clitóris, orgasmo, tipos de sexo e tantos outros, ainda são desconhecidos para muitas mulheres, influenciando na satisfação sexual, podendo atingir condições tão patológicas que se faz necessária uma intervenção profissional. Muitas vezes essa

condição atinge os limites do patológico à luz da psiquiatria. Como fazer, porém, essa intervenção sem reproduzir o modelo medicalocêntrico? Como adentrar no universo mais íntimo da sexualidade de uma mulher para ajudá-la, considerando-a um ser autônomo, livre e sujeito de seu próprio corpo e sua própria mente? Como lidar com as questões sexuais do gênero feminino respeitando sua naturalidade sem o predomínio do patológico e da condução para área de saúde mental? São questões que precisamos indagar, compreendendo as peculiaridades do gênero feminino.

É necessário, porém, reconhecer o grande passo dado na psiquiatria e nos serviços de saúde mental, no Brasil e no mundo, em direção à revolução humanista denominada “Reforma Psiquiátrica”, que modificou e qualificou a assistência psiquiátrica e de saúde mental. Obtida pelas reivindicações de profissionais de saúde e de familiares dos doentes mentais, a Reforma Psiquiátrica tornou a assistência mental mais humanizada e transformou o cenário da institucionalização/hospitalização do doente mental em serviços permeados de liberdade e inclusão social, como os hospitais-dias, as internações psiquiátricas em hospitais clínicos e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Vários movimentos ocorridos em diversos países lutavam por uma reforma na assistência psiquiátrica, sendo exemplos disso a ‘desinstitucionalização’ e a ‘antipsiquiatria’ na Itália, a ‘psiquiatria de setor’ na França, as ‘comunidades terapêuticas’ na Inglaterra e a ‘psiquiatria preventiva’ nos EUA, surgidos no período pós-guerra, influenciando o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir da década de 70, com propostas de reformulação da assistência psiquiátrica e com a disseminação de uma nova cultura antimanicomial, o que irrompeu nas políticas de saúde e culminou com a Lei nº 10.216, aprovada em 2001, que reformulou a assistência de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001). Num país que passava a conviver com a democracia, era necessário que o principal símbolo científico de controle da ordem social – a psiquiatria – fosse reformulado e igualmente democratizado. Isso significava romper com o modelo medicalizador imperante nesse ramo da medicina.

Tendo explanado sobre a temática das desigualdades históricas sofridas pelas mulheres no campo biomédico, tanto na área gineco-obstétrica quanto na área psiquiátrica, reconhecemos que se tratou de uma tarefa difícil, pois a forte presença da visão biomédica predominantemente medicalizadora é peculiar ao processo de saúde-doença que permeia a vida das mulheres. Por se tratar da única via capaz de retratar as condições e necessidades das mulheres na sua dinâmica de adoecimento,

acreditamos que podemos, assim, justificar este viés, uma vez que é a partir da identificação de doenças e alterações próprias do corpo e do ser feminino – sob a luz da medicina tradicional positivista – que esperamos encontrar as alternativas adequadas para o rompimento com esse modelo medicalizador.

## 4. DECISÕES E FERRAMENTAS METODOLÓGICAS

---



### 4.1 ESTRATÉGIAS DE INSTRUMENTAÇÃO DA PESQUISA

**NATUREZA DA PESQUISA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A escolha dessa abordagem justifica-se pela busca da compreensão de um fenômeno em seu cenário natural, a partir dos significados dados pelos próprios sujeitos pesquisados, e não em ambientes artificiais ou experimentais.

Como defendem LoBiondo-Wood e Haber (2001), a pesquisa qualitativa abarca a totalidade do ser humano, sendo particularmente adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde. Pope e Mays (2006) citam que a pesquisa qualitativa faz perguntas fundamentais (o que é? como é? como varia em circunstâncias diferentes? por quê?), e investiga a natureza dos fenômenos sociais. Já

Polit, Beck e Hungler (2004) acrescentam que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística, por traduzir a preocupação com os indivíduos e seu ambiente, em toda a sua complexidade, tal qual nossa busca por uma abordagem holística para a saúde das mulheres; enquanto Flick (2004, p. 20) lembra que alguns dos aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem “nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento, bem como nas perspectivas e na diversidade de seus participantes”. Finalmente, concordando com Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa é aquela que não produz resultados através de procedimentos estatísticos; é aquela que se refere sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos e sentimentos.

O tipo de pesquisa escolhida foi a exploratória, pelo objetivo de proporcionarmos uma visão aproximativa acerca de determinada condição, na qual desenvolvemos, esclarecemos e modificamos conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, como citado por Gil (1999). Polit *et al.* (2004) corroboram com a afirmação de que a pesquisa exploratória investiga a natureza complexa do fenômeno ou dos sujeitos pesquisados.

**PARTICIPANTES DA PESQUISA:** A população-alvo foi composta por mulheres com sofrimento mental ou com alguma necessidade de cuidados ou assistência de saúde mental, atendidas em serviços de saúde mental ou de saúde da mulher, em qualquer período do ciclo reprodutivo.

É importante citar que familiares, acompanhantes ou responsáveis legais que assumiam responsabilidades importantes na promoção da saúde das mulheres pesquisadas, também foram inseridos no estudo, como informantes complementares ou co-participantes. Isso aumentou a complexidade das informações colhidas, abrangendo as pessoas significativas na vida das mulheres, principalmente pessoas de seu contexto familiar, tendo entrado na pesquisa: mães, sogra e marido das mulheres. Isso facultou o envolvimento da família como uma *unidade do cuidado* – termo comumente usado na prática da Enfermagem (ELSEN *et al.*, 1994; ELSSEN *et al.*, 1998). Além disso, algumas dessas mulheres, por se encontrarem em crise psicótica, não tinham condições de responder adequadamente às questões da pesquisa, tendo sido necessário contar com a participação de seus acompanhantes.

No geral, quarenta e três (43) mulheres que apresentavam o perfil proposto para a pesquisa, foram pré-selecionadas, pertencentes a ambas as instituições escolhidas. Após a pré-seleção, somente treze (13) mulheres foram escolhidas. Dentre estas encontramos:

- 09 mulheres com algum tipo de sofrimento causado por uma doença mental, assistidas no serviço de saúde mental selecionado

- 04 mulheres com alguma alteração psíquica/emocional, assistidas no serviço de saúde da mulher

De acordo com o rigor científico, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, para avaliação e aprovação. As regulamentações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com humanos foram cumpridas, principalmente pelo diferencial deste estudo, que abordou uma população vulnerável, composta por mulheres com alterações mentais. A vulnerabilidade é descrita pelo CNS (1996) como um estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Diante disso, fez-se imprescindível garantirmos a proteção dessa população, da seguinte forma:

- oferecendo uma abordagem humanizada, na qual foi respeitada a dignidade das mulheres pesquisadas
- respeitando a autonomia das mulheres pesquisadas
- defendendo-as diante de sua vulnerabilidade
- contando com seu consentimento livre e esclarecido, e de seu representante legal, quando necessário
- seguindo rigorosamente os princípios bioéticos da beneficência e não maleficência, bem como as diretrizes da Resolução 196/96 (ver em anexo o Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa/UFC)

**CENÁRIOS DA PESQUISA:** Para compreendermos os cenários de nosso estudo, foi necessário adentrar no contexto das mulheres pesquisadas, fazendo jus à complexidade do objeto de estudo. Portanto, como afirma Flick, *op. cit.*, os campos de estudo da pesquisa qualitativa não podem ser situações artificiais reproduzidas em laboratório, mas sim devem ser cenários reais de sua vida.

Pope e Mays, *op. cit.*, reforçam a importância do campo, especialmente quanto à observação na pesquisa qualitativa, bem como a tarefa primordial da escolha e do acesso à instituição na qual se realizará a pesquisa, cujo critério de inclusão foi intencional, pois a idéia aqui não foi generalizar uma população ou uma instituição de saúde, mas sim selecioná-la para documentar seu 'mundo', sua realidade observada. No caso de nossa pesquisa, utilizamos mais de um cenário ou local, sendo o que abaixo se descreve:

1. SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: Escolhemos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): o CAPS Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC). Tal escolha deu-se pelo critério de conveniência, pois esta instituição agrega um grande número de mulheres em seus cadastros, está caracterizada como um serviço comprometido com a educação e a pesquisa, além de pertencer à instituição da pesquisadora. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da UFC foi fundado há dez anos com o objetivo de realizar não somente serviços assistenciais na área de saúde mental, mas também para dar suporte às ações de educação e pesquisa vinculadas à UFC. Em seus arquivos encontram-se mais de 8.800 usuários registrados, e este oferece atendimento multidisciplinar para uma média de 100 pessoas por dia.

O CAPS é um modelo de instituição ainda novo no Brasil, tendo sido implantado o primeiro no final da década de 80, em Santos (SP), sob a influência das mudanças movidas pela Reforma Psiquiátrica e como tentativa de criar um modelo novo e alternativo para a assistência hospitalar, priorizando o resgate da autonomia do doente mental e sua inserção social, contrariando a institucionalização psiquiátrica. É um serviço intermediário entre o hospital e o ambulatório de saúde mental, destinado ao atendimento de doentes mentais crônicos, psicóticos, na maioria das vezes egressos de hospital psiquiátrico, e que necessitam de uma assistência extra-hospitalar intensiva.

Neste tipo de serviço a assistência ao paciente visa a reinserção social, reabilitação e reintegração à família, trabalho, escola, igreja e outros segmentos da comunidade, destacando-se o trabalho da equipe multiprofissional, na busca de realizar um trabalho interdisciplinar (TONINI *et al.*, 2002). Busca-se também uma assistência caracterizada por um tipo de atenção diária, onde o usuário do serviço de saúde tenha a possibilidade de encontrar assistência sem necessitar estar internado. A forma de atendimento procura ser específica, personalizada, respeitando a história de vida, a

dinâmica familiar e as redes sociais, enfatizando a busca da cidadania, autonomia e liberdade (ALVES *et al.*, 2009).

Vários movimentos sociais influenciaram a passagem de uma assistência hospitalocêntrica e desumana para o novo paradigma na saúde mental representado pelos CAPS, contando com leis e regulamentações para a assistência à saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios ou áreas (bairros, distritos, zona metropolitana) com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços, como o CAPS da UFC, têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Já os CAPS II são serviços de médio porte, dando cobertura ao dobro da população do CAPS I, enquanto que os CAPS III são os serviços de maior porte da rede de CAPS, mas estes só estão presentes, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras (municípios com mais de 500.000 habitantes), sendo serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas e todos os dias da semana, inclusive em feriados, realizando internações curtas, de algumas horas até sete dias. Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, e os CAPSad no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

## 2. SERVIÇO DE SAÚDE DA MULHER (DE GINECO-OBSTETRÍCIA):

Escolhemos um serviço de saúde da mulher, em atenção básica ou primária: o Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), também pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), o qual possui em seu anexo uma casa de parto (Centro de Parto Normal) onde são realizados serviços de pré-natal e prevenção do câncer de colo uterino. Igualmente, sua escolha deu-se pelo critério de conveniência, pois essa instituição também agrega um grande número de mulheres em seus cadastros, e trata-se de um serviço voltado para a educação, a pesquisa e a extensão universitária, além de pertencer à instituição que sedia a pesquisa (UFC).

O CEDEFAM é um serviço assistencial extensionista, mantido pela Pró-Reitoria de Extensão da UFC há mais de duas décadas, que faz parceria com a Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE). Seu funcionamento assemelha-se ao de uma unidade básica de saúde, e nele acadêmicos, pesquisadores e professores realizam serviços assistenciais, extensionistas e de pesquisa voltados para uma população carente que reside nas adjacências do Campus do Pici da UFC. O CEDEFAM possui mais de 4.800 famílias cadastradas, que já receberam algum tipo de atendimento para a promoção da saúde no âmbito comunitário.

O serviço de Enfermagem possui uma casa de parto anexa ao CEDEFAM, na qual são realizados atendimentos específicos à saúde da mulher, como pré-natal de baixo risco e consulta para a detecção precoce do câncer ginecológico, com a coleta citopatológica (papanicolau). A casa de parto do CEDEFAM possui mais de 1.500 mulheres cadastradas, dentre estas, mais de 500 gestantes que realizaram pré-natal, ao longo de quatro anos de funcionamento. Além de realizar uma média de 50 a 60 consultas de pré-natal por mês, também realiza entre 30 a 100 exames papanicolau/mês, todos executados por professoras e acadêmicos de Enfermagem. Uma particularidade do CEDEFAM que lhe dá destaque é a implementação do processo de cuidado de Enfermagem com a utilização da taxonomia da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).

Além desses cenários, no decorrer da coleta de dados incluímos também o ambiente familiar/comunitário como cenário da pesquisa, uma vez que a família, como unidade pertencente à rede social de apoio da mulher pesquisada, constitui-se num espaço relevante de vivência. Stanhope e Lancaster (1999) comentam que a família é a unidade de conduta mais significativa da sociedade, por isso é de extrema importância incluí-la nos esforços de promoção da saúde – especialmente famílias vulneráveis – e conhecer as reações familiares diante do processo de saúde-doença.

## 4.2 ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO DA PESQUISA

**PERÍODO DA COLETA DE INFORMAÇÕES/DADOS:** Esta pesquisa, delimitada como transversal, teve como período de coleta os meses de setembro de 2007 a março de 2008, ou seja, vinte e quatro semanas. A busca-ativa e a pré-seleção das participantes foram feitas uma vez por semana, nos serviços de atenção à saúde mental e à saúde da mulher selecionados. A captação dentro o público-alvo ocorreu com frequência irregular, pois havia dias nos quais não encontrávamos nenhuma mulher a ser selecionada.

Segundo Jekel *et al.* (2005) uma pesquisa transversal caracteriza-se pelo estudo de uma população em um único período durante seu tempo de duração, sem que haja fatores de risco ou intervenções que venham comprometer os resultados coletados. Por isso, captamos a realidade da mulher pesquisada no momento atual da coleta.

O tempo de duração das abordagens com cada mulher foi variável, numa média de 45min/cada.

**TIPO DE AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:** Nossa amostragem foi intencional ou proposital. Como descrito por Polit *et al.*, *op. cit.*, trata-se de uma estratégia de seleção baseada no conhecimento da pesquisadora sobre a população a ser pesquisada, selecionando, assim, os casos a serem incluídos na amostra, propositalmente, por representarem esta população, sendo denominada pelas autoras como amostragem teórica.

Flick, *op. cit.*, esclarece que as amostragens das pesquisas qualitativas definidas antecipadamente (*a priori*), baseiam-se em critérios abstratos, desenvolvidos antes do material ter sido coletado e analisado. Já a inclusão de critérios graduais como na amostragem teórica, é feita também durante o próprio processo de coleta e interpretação dos dados. Neste caso, a questão principal é: “qual grupo ou qual sujeito será o próximo na coleta de dados, e com que finalidade teórica este será incluído?”.

Mesmo com essa peculiaridade, foram definidos critérios de pré-seleção delimitando algumas características das participantes e também um número aproximado de indivíduos, sem esquecermos os critérios de saturação e de relevância

das informações, ou seja, quando não havia mais informações inéditas. Foram estes os seguintes critérios:

1. mulheres com algum tipo de sofrimento mental (quadros psicóticos e maniformes, episódios depressivos, síndromes deficitárias, síndromes ansiosas, etc.), assistidas num serviço de saúde mental da cidade de Fortaleza, Ceará, com diagnóstico nosológico e psiquiátrico definido e registrado em seu prontuário;
2. mulheres com alguma alteração psíquica/mental, explícita ou implícita, capaz de causar uma demanda por cuidados em saúde mental, assistidas num serviço de saúde da mulher da cidade de Fortaleza, Ceará. Essa alteração deveria ser identificada no prontuário pelos diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA, ou por queixas verbais das mulheres, confirmadas nos registros de evolução pelos profissionais de Enfermagem

Foi feita a delimitação de um estrato referente ao ciclo reprodutivo feminino, sendo também um critério de seleção: mulheres em qualquer fase do ciclo vital reprodutivo, do início (adolescência) ao final (climatério), delimitado pela faixa etária dos 12 aos 52 anos.

O processo de seleção e captação das participantes (informantes) ocorreu da seguinte forma:

1. pré-seleção das mulheres que se adequavam aos critérios já descritos, por meio da análise de prontuários e das indicações dos profissionais, nas instituições nas quais se realizou a coleta de dados;
2. busca-ativa das mulheres pré-selecionadas, durante o atendimento, ou por meio de telefonemas e visitas domiciliares;
3. esclarecimentos sobre os procedimentos e a natureza metodológica da pesquisa, e, após, convite para a participação voluntária das mulheres e, quando foi necessário, dos familiares co-participantes, em casos de mulheres com algum tipo de acometimento do juízo crítico (síndromes deficitárias, desagregação, quadros maniformes, síndromes delirantes-alucinatórias).

Os fatores que determinaram a exclusão das mulheres da pesquisa incluíram mudança ou não localização de endereço, pouca cooperação, hostilidade,

respostas insuficientes, e interrupções da entrevista para participarem das atividades dos serviços de saúde.

**INSTRUMENTOS PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES:** Utilizamos neste estudo a triangulação metodológica, que segundo Flick, *op. cit.*, é feita com a combinação de diferentes métodos, categorias, ambientes, locais, para a obtenção de informações. Pope e Mays, *op. cit.*, corroboram afirmando que a pesquisa qualitativa frequentemente emprega diversos métodos ou adota uma abordagem de ‘métodos múltiplos’, na qual a triangulação envolve a comparação dos resultados entre dois ou mais métodos de coleta ou fontes de dados, assegurando a abrangência e a análise mais reflexiva do conjunto de achados.

Os diferentes métodos utilizados foram compostos pelos seguintes instrumentos:

- 1) observação direta semi-estruturada
- 2) questionário com perguntas abertas e semi-estruturadas, aplicado por meio de entrevista direta
- 3) diário de campo para anotações da pesquisadora no transcorrer da coleta de dados
- 4) genograma para a melhor identificação das mulheres pesquisadas e suas famílias

Vejamos cada um desses instrumentos e a argumentação para sua utilização:

#### 1) OBSERVAÇÃO DIRETA SEMI-ESTRUTURADA:

Utilizada para a coleta de informações como as características de vida e as condições de saúde-doença das pesquisadas, tanto na área de saúde mental como de gineco-obstétrica. O modelo de observação escolhido foi o semi-estruturado, também chamado de semi-sistemático, direcionado e previamente elaborado para atender às peculiaridades das mulheres pesquisadas.

A decisão de quando finalizar as observações ocorreu com a saturação das informações, ou seja, quando não foram mais apresentados dados relevantes ou novidades ao processo de coleta e as informações pareciam repetitivas.

## 2) QUESTIONÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS E SEMI-ESTRUTURADAS, APLICADO POR MEIO DE ENTREVISTA:

A entrevista foi utilizada como um recurso de interação entre pesquisadora e entrevistadas, formulada com perguntas de intencionalidade pré-estabelecida que compusessem o questionário de coleta de dados. Pope e Mays, *op. cit.*, comentam que a entrevista na pesquisa qualitativa objetiva ir além da superfície do assunto que está sendo discutido, ajudando a explorar o que as pessoas dizem e a revelar novas ideias que não foram previstas no início da pesquisa. Dessa forma, as perguntas nas entrevistas qualitativas precisam ser abertas, sensíveis e claras para o entrevistado.

No entanto, concordamos com Dalgarrondo (2000) quando afirma que os indivíduos mais organizados mentalmente, com inteligência normal, escolaridade razoável e fora de um estado psicótico, devem ser entrevistados de forma mais aberta, enquanto os indivíduos desorganizados, com nível intelectual baixo, em um estado psicótico ou ‘travados’ por um alto nível de ansiedade, devem ser entrevistados de forma mais estruturada, com perguntas mais simples e dirigidas, fáceis de serem compreendidas e respondidas. Devemos lembrar, ainda, que a entrevista é um instrumento por demais valioso no contexto da saúde mental, sendo um meio de produção de vínculo, confiança e, muitas vezes até, alívio do sofrimento psíquico.

A entrevista abordou assuntos referentes às questões norteadoras e aos itens abaixo relacionados, contemplados no questionário:

- sócio-cultural: idade, escolaridade, raça, profissão, ocupação, renda, estado civil, condições familiares etc.
- mental/psiquiátrico: diagnóstico nosológico e de Enfermagem, tratamento psiquiátrico, condições atuais de saúde-doença mental, comunicação, sociabilidade, humor, níveis de consciência, orientação etc.
- ginecológico e obstétrico: fase do ciclo reprodutivo, menarca, início da vida sexual, número de parceiros, gestações, abortos, paridade, métodos contraceptivos, sexualidade etc.

- aspectos globais dos serviços de saúde utilizados: natureza do serviço (de saúde mental ou da mulher), tipo de atendimento, profissionais que atendem, percepções da clientela etc.

A forma de registro das entrevistas foi a escrita, ao invés de gravada, por opção pessoal da pesquisadora. Nos registros manuscritos foram feitas transcrições das falas, obedecendo critérios básicos da transcrição, como: intervalos/pausas, finais de frase, ênfase de uma palavra falada, linguagem própria dos informantes, suspiros, risos, choro, dentre outros.

### 3) DIÁRIO DE CAMPO PARA ANOTAÇÕES

É imprescindível captar os acontecimentos e as intervenções no cotidiano pesquisado, devendo-se para isso adotar um método de registro num diário de campo, em forma de anotações sobre as vivências da fase de coleta de dados. Assim, foram anotadas as observações e os eventos como: relatos, perguntas, intervenções, mudanças de atitude, *insights* etc., condensados em uma única palavra ou citação, ou em relatos completos de vários parágrafos, referentes à pesquisadora (suas impressões, interpretações e análises) e às participantes.

### 4) GENOGRAMA

Para uma melhor compreensão sobre a dinâmica familiar das mulheres pesquisadas, foi utilizado o genograma na coleta de dados, sendo este um importante instrumento para avaliação da estrutura familiar. Comumente usado nos estudos de enfermagem comunitária, o genograma é útil para fornecer o perfil familiar por meio de um diagrama. Como esclarecido por Wright e Leahey (2002), um genograma é construído utilizando-se gráficos genéticos e genealógicos, como uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna, na qual os eventos familiares são identificados em símbolos (vide anexo).

### 4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS

Os dados produzidos com os achados e as revelações compuseram o texto original do capítulo dos resultados, tendo como fundamento a identificação de categorias e suas codificações. Essas codificações foram úteis, como ressalta Flick, *op. cit.*, p. 189, “para expressar dados e fenômenos na forma de conceitos; assim, os dados são desemaranhados e as expressões surgidas são classificadas por suas unidades de significação (palavras ou frases)”.

Concordando com Polit *et al.*, *op. cit.*, a análise nas pesquisas qualitativas é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. Ela não prossegue de forma linear e é mais complexa e difícil que a análise quantitativa. Um de seus desafios finais é a redução dos dados coletados, que além de inúmeros, precisam ser lidos, relidos, organizados e interpretados. Baseando-nos nessas afirmativas, optamos pela forma analítica de categorização e codificação. Neste caso, os códigos ou categorias eram as unidades analíticas, ou seja, as partes mais relevantes e significativas do conteúdo geral, compondo o menor elemento possível ou a parte mínima do texto a ser enquadrada numa categoria, e que é capaz de dar um sentido relevante para as questões da pesquisa.

Em seguida, foi feita a formulação de outros conceitos e abstrações referentes às questões norteadoras da pesquisa, originando categorias ou conceitos superiores, compostos por conceitos-chaves, frases, palavras, tópicos, narrativas etc. Finalmente, foi feito o agrupamento das categorias por semelhança/analogia ou por divergência. Foi feita, ainda, a triangulação, ou seja, o cruzamento ou a interrelação dos achados resultantes das observações, das entrevistas e das impressões da pesquisadora, divididos nos dois grupos distintos: o das mulheres pesquisadas nos serviços de saúde mental e o das mulheres pesquisadas nos serviços de saúde da mulher.

Relatos importantes, chamados de relatos-chave, tiveram suas transcrições pontuadas na íntegra e apresentadas ao longo do capítulo de resultados. Já os dados sócio-econômicos que caracterizam as pesquisadas foram descritos detalhadamente.

Para a saturação e o fim da fase de coleta, utilizamos como evidência as categorias ou codificações repetidas que já não apresentavam dados novos.

## 5. DISCUSSÃO DOS ACHADOS

---



### CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente apresentaremos a caracterização das mulheres pesquisadas, visualizando seu perfil. Esses achados dizem respeito às condições sócio-econômicas, ao estado mental e às características gineco-obstétricas.

Com relação à **faixa etária**, delimitada pelo ciclo vital reprodutivo, as idades limítrofes foram: 22 anos, da mulher mais nova, e 47 anos da mais velha. Cinco mulheres estão entre 22 a 28 anos; quatro mulheres estão entre 30 e 39 anos; e três têm 46 e 47 anos.

Quanto à **cor**, três mulheres são negras, cinco são mestiças e cinco são brancas.

Com relação à **condição financeira**, a maioria das mulheres pesquisadas, nove, não possuem renda pessoal, sobrevivendo da renda familiar, que variou da seguinte forma: uma mulher, no início da coleta de dados desta pesquisa, não apresentava renda familiar definida, pela condição de desemprego do marido, sendo sua família sustentada com a ajuda de R\$ 150 a 200,00 dada pela sogra, que é aposentada e ganha R\$ 420,00 por mês. Ao final da coleta, uma intervenção da

pesquisadora resultou no benefício de uma aposentadoria por incapacidade/invalidez do INSS, fornecendo-lhe então uma renda fixa e definitiva de um salário mínimo. Três mulheres apresentaram renda familiar de R\$ 350 a 450,00; cinco de R\$ 500 a 650,00 e três de R\$ 1.000 a 1.600,00. Quatro dessas famílias contam com auxílio do programa assistencial do Governo Federal, o Bolsa-Família. Uma mulher, a que apresenta retardo mental moderado (associado a uma doença mental: esquizofrenia), recebe benefício do INSS por incapacidade/invalidez, no valor de um salário mínimo. Uma outra mulher recebe uma renda mais elevada (R\$1.600,00, que ela divide com o filho) oriunda da aposentadoria do marido falecido, e esta é a única com nível de escolaridade superior.

Quanto à **escolaridade**, a maioria das mulheres apresentou baixo nível escolar, uma vez que oito mulheres têm o 1º grau (ensino fundamental) incompleto. Destas, três têm somente três anos de estudo, e são semi-alfabetizadas, conseguindo apenas ler limitadamente, sem condições de escrever. É importante informar que duas dessas mulheres semi-alfabetizadas têm retardo mental leve; uma das mulheres é analfabeta, sendo que esta sofre de retardo mental moderado. Três completaram o 2º grau (ensino médio) e somente uma possui nível superior, sendo esta pedagoga. Dentre as mulheres com nível de escolaridade mais alto, duas são as que apresentam a renda familiar mais elevada; a outra apresenta uma renda de R\$ 650,00 – que podemos considerar de maior valor, quando comparado com a renda da maioria das pesquisadas.

Quanto à **profissão/ocupação**, a maioria das mulheres não possui profissão nem ocupação definidas, apenas uma mulher encontra-se com um emprego definido – o de empregada doméstica –, porém informalmente, pois não possui carteira assinada e recebe menos que um salário mínimo. Uma delas já trabalhou como empregada doméstica e recepcionista, outra como empregada doméstica e babá, outra como cabeleireira, e a com nível superior, formada em Pedagogia, exerceu a profissão há muitos anos, realizando, no momento, ações informais e não remuneradas como líder comunitária de uma associação de bairro. Dentre as doze mulheres que não trabalham regularmente, cinco assumem sozinhas e de maneira eficaz as tarefas domésticas em seu seio familiar. Quatro não apresentam, no momento, condições psíquicas para assumir ocupações definidas, devido à doença mental e/ou ao retardo mental. Uma delas, com retardo mental moderado e esquizofrenia, tem se prostituído, e a renda de suas atividades sexuais é recebida e utilizada por uma cafetina.

Quanto à **situação conjugal**, a maioria das mulheres manteve ou mantém relacionamentos do tipo: união consensual, sendo que várias delas já vivenciaram uma ou mais de uma união consensual. Uma delas é viúva duas vezes, e seu histórico de relacionamentos é curioso: anos após a morte de seu marido devido a um câncer, ela viveu uma união consensual com um rapaz mais novo que se comportava como um gigolô e a violentava fisicamente, tendo ela o assassinado com um tiro. Anos mais tarde, após sair da prisão e do hospital psiquiátrico, ela passou a viver em união consensual com um homem mais velho. Uma das mulheres pesquisadas encontra-se separada de um casamento civil, e outra, que no momento é solteira, está separada de uma união consensual. É peculiar que essas duas mulheres separadas foram abandonadas pelos companheiros quando estavam grávidas, ainda no primeiro trimestre de gestação. Quatro são solteiras e nunca se envolveram em relacionamentos fixos, e três são casadas civilmente.

Com relação às **condições gineco-obstétricas**, as mulheres apresentavam as seguintes características: cinco estavam grávidas durante as entrevistas; e três estavam adentrando no climatério, na fase de pré-menopausa. O número de gestações foi elevado, pois quatro mulheres engravidaram 3 vezes, três engravidaram 4 vezes, uma engravidou 5 vezes e uma encontra-se na sexta gestação. Somente uma é nuligesta, duas primigestas e uma secungesta. A paridade das mulheres pesquisadas também é elevada, com grande número de filhos vivos, uma vez que apenas uma delas sofreu com a morte de uma criança recém-nascida, e três tiveram um abortamento, cada uma delas. Metade das mulheres, excluindo a mulher que nunca engravidou (nuligesta), no total de seis, vivenciou sua primeira gravidez ainda na fase da adolescência – entre 15 e 19 anos –, enquanto que a outra metade vivenciou na fase adulta jovem, dos 20 aos 26 anos.

No geral, a adesão ao planejamento familiar foi baixa e irregular, a conjugar com o elevado número de gestações e paridade das pesquisadas. Isso implica em diversas possibilidades causais, como: comportamento provavelmente hipersexual das mulheres, influenciado ou não pela doença mental; ausência de participação dos parceiros do sexo masculino no controle da concepção; ausência de iniciativa, apoio ou suporte familiar para garantir a supervisão do planejamento familiar dessas mulheres; e, ainda, nenhuma participação dos profissionais de saúde neste ramo de assistência. Como encontrado em nossa pesquisa, várias das mulheres com transtorno mental em idade fértil não recebem nenhum tipo de suporte terapêutico relacionado com sua sexualidade e procriação. Um resultado marcante da

pesquisa foi identificarmos que a mulher mais comprometida mentalmente – com deficiência mental moderada e esquizofrenia, além de estar sem adesão ao tratamento, sem apoio familiar e prostituindo-se –, é exatamente a que apresenta a maior taxa de natalidade; ou seja, a que engravidou um maior número de vezes: seis gestações, cinco filhos vivos (destes, três criados por sua mãe e dois destinados à adoção) e atualmente grávida. Identificamos ainda que essa mulher não realiza pré-natal, apesar de pertencer a uma área com a existência de agentes comunitárias de saúde e equipe do Programa de Saúde da Família, e de ser atendida pela equipe do CAPS.

No que se refere a **situações de violência** vivenciadas pelas mulheres, identificamos que várias delas já sofreram ou sofrem atualmente alguma forma de violência doméstica, caracterizada como interpessoal e intrafamiliar, incluindo violência física e psicológica. Dentre as treze mulheres pesquisadas, cinco, no total, apresentam histórico de violência doméstica; destas, duas sofreram violência quando crianças e adolescentes, causada pelos pais e cuidadores; e uma apresentou um caso muito peculiar de violência física e psicológica praticada pelo ex-companheiro, que ela findou assassinando, durante um grave surto psicótico desencadeado por uma medicação antidepressiva que causou uma ‘virada’ para a fase maníaca. Duas mulheres, no entanto, vivenciam atualmente situações de violência doméstica, causada por seus companheiros. Uma delas sofre violência do tipo psicológica e outra, grávida durante a pesquisa, sofre violência física.

Levantamos também, na história de vida e nos relatos das mulheres, dos acompanhantes e dos profissionais de saúde que as atendem, indicadores atuais de violência simbólica (invisível ou insensível), ou qualquer condição desfavorável que pudesse causar sofrimento psíquico nas mulheres pesquisadas, gerar situação de violência concreta ou favorecer a violência. Encontramos três casos de alcoolismo do companheiro, um caso de alcoolismo da própria mulher, dois casos de prostituição (uma passada e outra presente), quatro casos de precárias condições econômicas, quatro casos de abandono por parte do parceiro mediante o advento de uma gestação indesejada ou não planejada; um caso de rapto da filha pelo próprio pai, tirando-a bruscamente do convívio materno e causando alienação parental, e um caso de falecimento de membro-chave na família (o pai).

Os **profissionais que atenderam as mulheres** foram os seguintes: assistente social, enfermeira, médico psiquiatra, psicóloga e terapeuta ocupacional, no CAPS. Já no CEDEFAM, o atendimento foi realizado exclusivamente por

enfermeira docente e enfermeira obstetra assistencial, em conjunto com acadêmicos de Enfermagem.

Com relação aos **diagnósticos nosológicos** dessas mulheres, quatro sofrem de depressão; em duas delas a depressão está associada com transtorno de ansiedade (síndrome do pânico). Três mulheres têm distúrbio bipolar; duas não possuem diagnóstico nosológico, embora apresentem sintomas de depressão; duas sofrem com esquizofrenia paranóide; e duas possuem o diagnóstico de psicose não especificada. Duas mulheres com distúrbio bipolar apresentam retardo mental leve e uma com esquizofrenia apresenta retardo moderado. As fontes de identificação dos diagnósticos nosológicos foram os prontuários do CAPS/UFC, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID), dados pelo médico psiquiatra.

Quanto aos **diagnósticos de Enfermagem**, dados pelas professoras e por acadêmicos de Enfermagem às mulheres selecionadas no serviço de saúde da mulher, os mais frequentes foram: ansiedade; déficit de autocuidado para higiene íntima e para vestir-se/arrumar-se; baixa auto-estima crônica e baixa auto-estima situacional; campo de energia (vital) perturbado; comportamento de saúde propenso a risco (antes denominado ‘adaptação prejudicada’); comunicação verbal prejudicada; confusão aguda; conhecimento deficiente; controle familiar ineficaz do regime terapêutico; desesperança; risco da dignidade humana comprometida; enfrentamento comunitário ineficaz; enfrentamento familiar comprometido e enfrentamento familiar incapacitado; angústia espiritual; sobrecarga de estresse; processos familiares disfuncionais: alcoolismo; processos familiares interrompidos; sentimento de impotência; insônia; interação social prejudicada; isolamento social; manutenção do lar prejudicada; sofrimento moral; conflito no desempenho do papel de mãe/pai; desempenho de papel ineficaz; tensão do papel de cuidador; paternidade e maternidade prejudicadas; processos do pensamento perturbados; pesar; manutenção ineficaz da saúde; padrões de sexualidade ineficazes; risco de solidão; risco de suicídio; tristeza crônica.

A fonte de identificação dos diagnósticos de Enfermagem foram os prontuários da casa de parto do CEDEFAM/UFC, e a taxonomia de referência foi a da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assotiation*). Vale ressaltar que os diagnósticos de Enfermagem, diferentemente dos diagnósticos nosológicos, não estão focalizados na doença, mas sim nas reações humanas. Decidimos utilizá-los como indicadores de sofrimento psíquico nas mulheres que realizaram pré-natal. Para o levantamento desses dados, rastreamos os prontuários de grávidas da casa de parto

dos últimos quatro anos, utilizando a triangulação metodológica – uma técnica metodológica que reforça a credibilidade da pesquisa –, valorizando a abordagem quantitativa para a análise epidemiológica das grávidas com alterações mentais ou qualquer indicativo de sofrimento mental. O mesmo não pôde ser feito com os prontuários do CAPS, pois neles não há registros de alterações ou necessidades gineco-obstétricas.

Nosso levantamento epidemiológico nos revelou achados que nos surpreenderam. Nele foram analisados 295 prontuários de mulheres que realizaram pré-natal na casa de parto de 2004 a 2008. Estavam disponíveis nos arquivos 328 prontuários, e destes, foram excluídos 33 por apresentarem informações insuficientes.

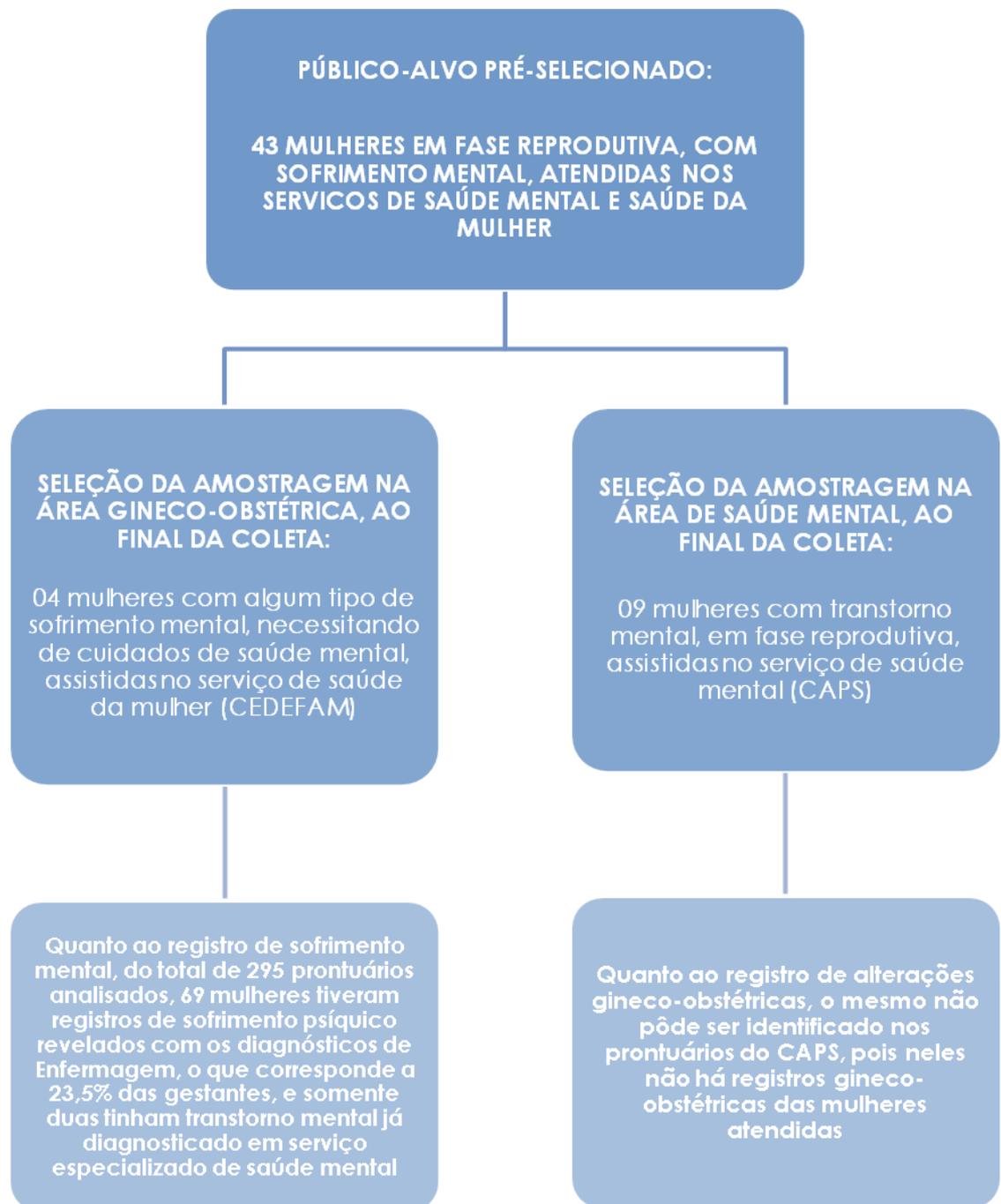
Dentre os 295 prontuários analisados, 69 apresentaram registros de sofrimento psíquico revelados nos diagnósticos de Enfermagem, o que corresponde a 23,5% das gestantes. Esse número nos pareceu bastante alto, pois não esperávamos que uma quantidade tão elevada de mulheres necessitasse de cuidados em saúde mental causados por algum tipo de sofrimento psíquico. Essas necessidades encontram-se reveladas nos diagnósticos de Enfermagem anteriormente descritos. Entre as 23,5% das gestantes com sofrimento psíquico, apenas duas têm transtorno mental já diagnosticado em serviço especializado de saúde mental.

Apresentaremos a seguir organogramas dos achados que resumem importantes questões de nossa pesquisa. O primeiro organograma demonstra a distribuição das participantes segundo o processo de seleção, tendo sido necessário dividir a população-alvo em duas categorias de amostragem. O segundo traz o recurso de triangulação, feita entre os achados das mulheres pesquisadas na área de saúde mental e na área de saúde da mulher. Neste organograma são demonstradas duas interpretações do conjunto de dados, confirmando várias questões apontadas inicialmente nesta tese, de que:

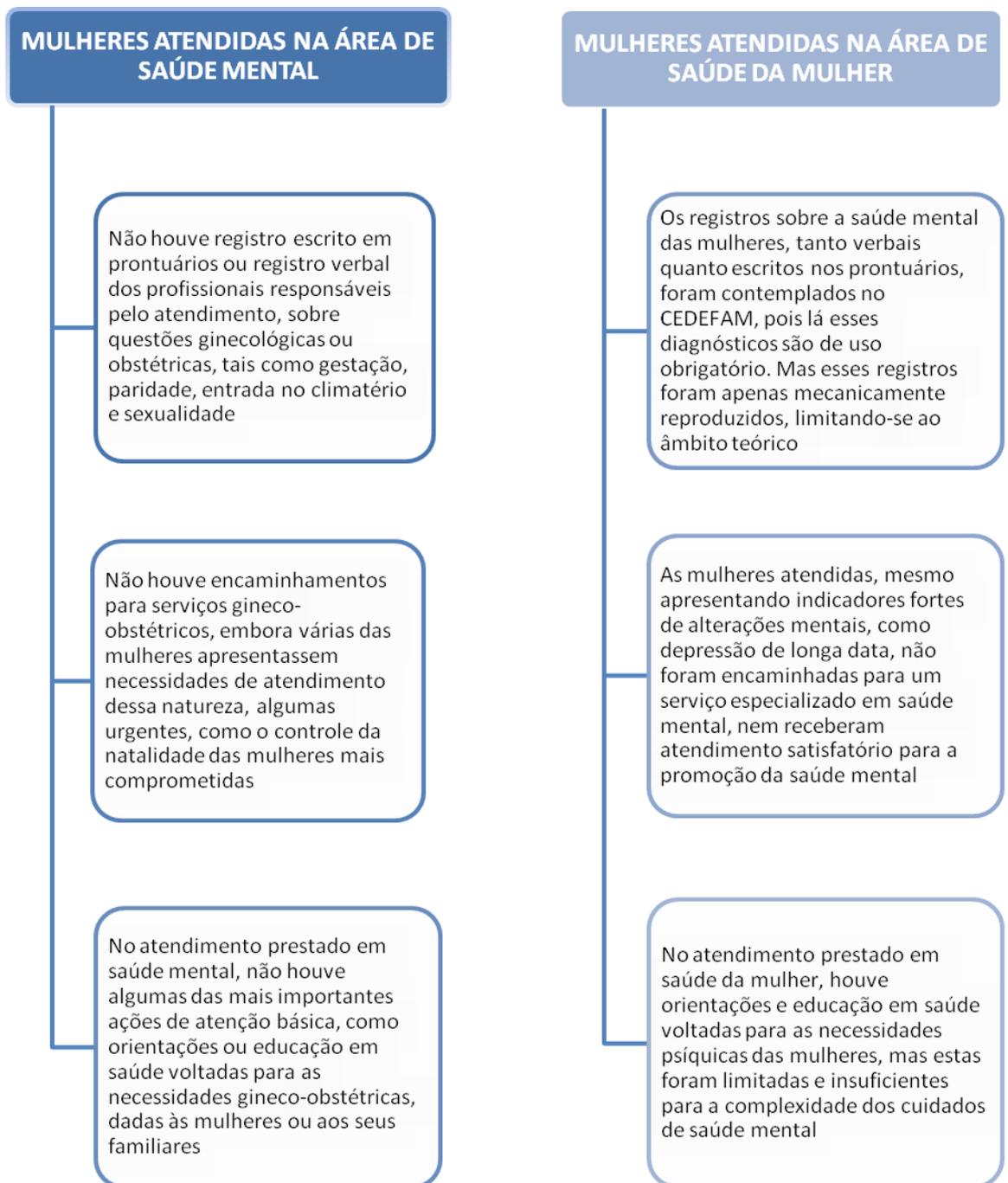
1. a medicalização existente nos serviços de saúde, bem enraizada na práxis dos profissionais, promove um atendimento dicotomizado e fragmentado, incapaz de abranger as necessidades holísticas e integrais do ser feminino;
2. não existe intercambialidade entre os dois serviços, que, sendo de naturezas diferentes, trabalham isoladamente;
3. no existir de uma mulher com transtorno mental, não são contempladas as questões de gênero, nem por ela própria, nem por

seus familiares, nem pelos profissionais de saúde que a atendem; bem como na prática assistencial dos serviços específicos de saúde da mulher, não são contempladas as necessidades de promoção de sua saúde mental.

**ORGANOGRAMA 1 – DISTRIBUIÇÃO E DIVISÃO DAS MULHERES PESQUISADAS, SEGUNDO ÁREAS DE SELEÇÃO**



## ORGANOGRAMA 2 – TRIANGULAÇÃO DOS ACHADOS NAS DIFERENTES ÁREAS DE SAÚDE



Após o que apresentamos nos organogramas, percebemos que o atendimento no serviço de saúde mental é restrito à natureza mental, excluindo as influências próprias do viver feminino. A visão da saúde mental dos profissionais está restrita ao transtorno mental e ao seu tratamento prioritariamente no âmbito psiquiátrico, apesar de envolver uma equipe multiprofissional. Não existe uma abordagem holística que envolva os aspectos gineco-obstétricos.

Esses aspectos, por sua vez, fortemente relacionados com as condições de vida de cada mulher, influenciam a dinâmica de sua saúde mental e de sua família, interagindo com o processo de saúde-doença, incessantemente. São exemplos disso a hipersexualidade e a negligência familiar da mulher com esquizofrenia e deficiência mental, que influenciam sua prostituição e seu alcoolismo, além da não adesão ao tratamento psiquiátrico. Na maioria das vezes, esses aspectos não estão diretamente ligados à doença mental, mas podem ser chamados aqui de ‘aspectos indiretos de sofrimento mental’, que alimentam os transtornos mentais e dificultam a recuperação de suas vítimas.

No que se refere ao atendimento no serviço de saúde da mulher, ficou evidente que a prioridade é exclusivamente o corpo físico da mulher, segundo sua natureza gineco-obstétrica, ou seja, no caso das gestantes, o único foco de atenção profissional é a gravidez. Os cuidados de saúde mental oferecidos pelas profissionais (professoras e acadêmicas de enfermagem) não foram significativos e aplicáveis o suficiente para abranger as necessidades psíquicas das mulheres, mesmo tendo sido identificados por meio dos diagnósticos de enfermagem. Encontramos casos de mulheres que foram consultadas mensalmente, em número superior a seis consultas por gestação, e para as quais foi identificada alguma forma de sofrimento mental, havendo vários registros de plano de cuidados feitos pelos alunos. Porém, constatamos que durante o pré-natal, não estava incluído na assistência nenhum cuidado efetivo. Isso comprova que tais registros fazem parte do protocolo teórico da consulta de enfermagem no CEDEFAM, visando a aprendizagem teórica dos acadêmicos, mas os cuidados à saúde mental ainda não foram realmente incorporados na dinâmica do serviço, sendo aplicados eventualmente por iniciativas individuais de alguns estudantes, porém não fazendo parte de uma rotina institucional.

A seguir, apresentaremos o resumo das informações relevantes – resultado do processo de coleta, seguidas da análise qualitativa. Inicialmente,

apresentaremos as características definidoras das mulheres pesquisadas no CAPS, e depois no CEDEFAM. Ao final de cada descrição individualizada das pesquisadas, encontra-se seu genograma explicativo (vide legenda anexa de genograma).

### PESQUISADA 01 – M.E.M.A.

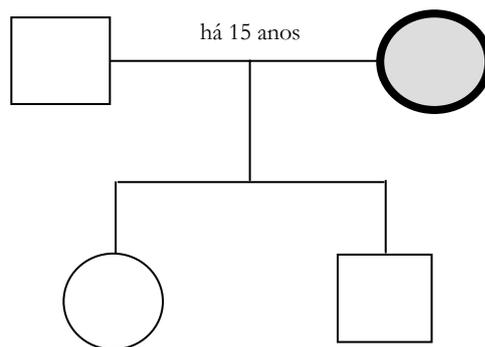
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 39 anos, cor branca, casada há 15 anos, contando com a participação do marido na entrevista, que tem 46 anos e trabalha como servente. Grau de escolaridade de ambos é o ensino fundamental incompleto (ela concluiu a 2ª). Não possui profissão; sua ocupação são as tarefas do lar. A renda familiar é R\$ 500,00 e ela não possui renda pessoal. A família recebe benefício de programa social (Bolsa-Família: R\$ 90,00). O casal possui 2 filhos: uma menina e um menino. Durante a entrevista, ele se mostrou atencioso e preocupado com a saúde da esposa. Ele é seu cuidador. Ambos relatam que a doença da esposa os deixou mais unidos.

**CONDIÇÃO MENTAL:** utiliza o serviço de saúde mental (CAPS/UFC) há 2 meses. Diz que não conhece seu diagnóstico. Em seu prontuário, seu diagnóstico nosológico ainda está indefinido, apontado como psicose não especificada. Afirma que neste serviço de saúde mental não recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher (gineco-obstetrícia). Nega vícios. Medicamentos utilizados: benzodiazepínico e clorpromazina. Histórico da doença mental: sua primeira crise intensa ocorreu há poucos meses, com quadro de alucinações visuais, insônia severa, agressividade, depressão grave, o que resultou num internamento psiquiátrico. Relata que sempre se sentiu triste, mas conseguia controlar e levar uma vida normal. Relata que teve uma infância triste, que era uma criança deprimida. Há casos de doença mental na família (sobrinha), mas não soube identificar qual a doença. Na infância pode ter sofrido violência doméstica dos pais. Seus relatos são indicativos que sim. Exame mental: no momento apresenta-se estável, com boa adesão ao tratamento, com humor um pouco deprimido, introspectiva. Pensamento vago, responde pouco e por monossílabos. Orientada, parece tímida. Fala pouco, após insistência. Aparência/higiene: ótima. Complicações: não detectadas no momento da entrevista. Durante a crise, abandonou as funções do lar e maternas. Tudo foi assumido pelo marido. Atualmente esta condição se normalizou. Outros recursos terapêuticos utilizados: fitoterapia popular. Usa comumente chás para se acalmar (cidreira e erva-doce).

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 12 anos. Início da atividade sexual aos 24 anos. Nº de parceiros: 01, somente o marido. Gesta: 03; para: 02; A: 01; filhos vivos: 02. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 26 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcionais por vários anos, em uso regular; laqueadura tubária há 4 anos, após o nascimento do último filho. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: alto e regular. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: apesar da responsabilidade ter sido assumida por ela, ele relata que sempre se preocupou com isso também. Vida sexual ativa atualmente. Informa que a doença mental causou queda do desejo sexual entre eles,

principalmente da libido dela, mas aos poucos estão recuperando o apetite. O marido confirma. Outras peculiaridades da vida sexual não foram identificadas. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade) também não foram identificados. Durante a forte crise, ela fugiu do lar por um dia, mas não relatou comportamento de hipersexualidade durante a crise; ao contrário, a crise diminuiu sua libido.

#### GENOGRAMA – PESQUISADA 01



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** como podemos observar, a dinâmica familiar da mulher pesquisada parece estável, baseada num único relacionamento que já dura 15 anos, sendo este homem seu único parceiro sexual. A paridade desta mulher também foi regulada por um planejamento familiar adequado, uma vez que o casal só possui 2 filhos, com um intervalo interpartal de 9 anos. Trata-se aqui de uma família nuclear simples, com pai e mãe e filhos.

#### PESQUISADA 02 – C.S.O.

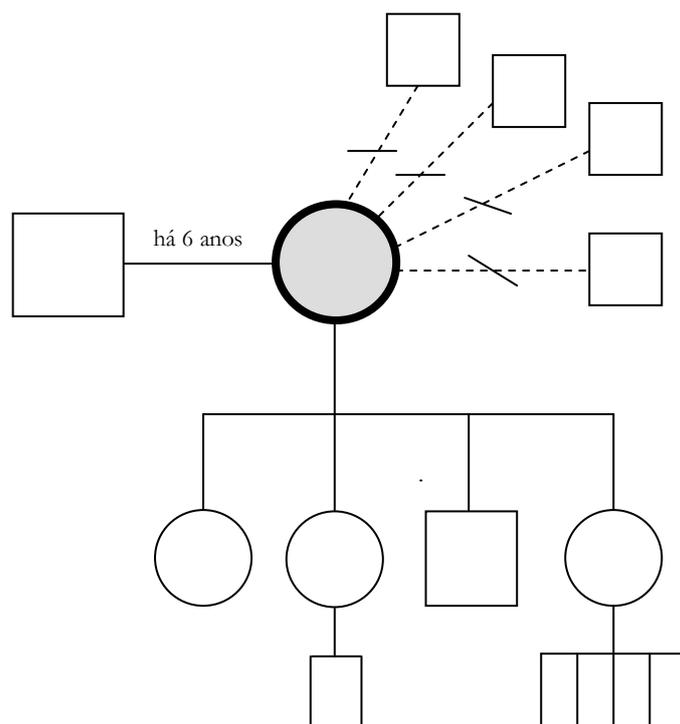
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 47 anos, cor parda, escolaridade: 6ª série incompleta  
Situação conjugal: 1 divórcio, 3 uniões consensuais e 1 casamento atual há 6 anos. Já trabalhou como babá, babysiter, costureira e comerciarista. Atualmente não tem ocupação além das funções do lar. Não possui renda pessoal e a familiar é R\$ 1.000,00. Quanto às condições familiares, a mulher vive com o atual marido, de 60 anos, e a filha mais nova, de 22 anos. O marido é mestre de obras e ela, por vezes, o ajuda nos serviços de construção como auxiliar de pedreiro. Relata que o marido a trata bem quando ela está calma. Mas quando ela se nega a tomar a medicação e ‘fica nervosa’, eles brigam muito. Com relação aos filhos, nunca assumiu muito as funções maternas. Sua mãe foi a principal responsável pela criação dos filhos. Quando entrava em crise, fica violenta com eles. Depois arrependia-se.

Atualmente os filhos a tratam bem, mas não são muito próximos, não há vínculos fortes entre eles. A filha mais nova, que mora com ela, é a única com a qual formou um vínculo mais forte.

**CONDIÇÃO MENTAL:** o tempo de utilização deste serviço é de 3 anos. Ela não sabe qual o diagnóstico. O diagnóstico nosológico é psicose não especificada. Refere que no serviço de saúde mental não recebeu nenhum atendimento voltado para questões de saúde da mulher (gineco-obstetrícia). Apresenta antecedentes mórbidos, dos quais: agressões e ameaça de morte a terceiros, fugas do lar, já tendo sido presa 3 vezes. Relata alcoolismo anterior, e que está em abstinência há 6 anos. É fumante (3 a 10 cigarros/dia). Medicamentos utilizados: haloperidol, prometazina e clorpromazina. Histórico da doença mental: sua primeira manifestação ocorreu após o nascimento da primeira filha, há mais de 25 anos atrás. Foi internada em hospital psiquiátrico uma vez, na década de 80. Há 6 meses parou a medicação e entrou em crise por uma semana, descuidou-se da higiene, tornou-se agressiva. O pai e o avô também tinham alterações mentais. Na infância sofreu violência doméstica dos pais, do tipo: agressão física. Exame mental: com algum sinal de ansiedade durante a entrevista; cooperativa, aberta, simpática, orientada. Comumente chora muito, mas não sabe explicar porquê sente vontade de chorar. A aparência/higiene é um tanto descuidada, demasiadamente simples. Relata que era muito vaidosa antes de adoecer. Complicações: com frequência suspende voluntariamente o uso do medicamento. Diz que resolve parar por conta própria, porque o remédio a deixa sonolenta. Nesses episódios, torna-se agitada e agressiva, comprometendo muito seu relacionamento conjugal. Não utiliza outros recursos terapêuticos.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 14 anos; início da atividade sexual aos 17 ou 15 anos (não recorda). Nº de parceiros: inúmeros; não consegue precisar. Gesta: 05; para: 04; A: 01; filhos vivos: 4; netos: 07. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 19 anos. Encontra-se em perimenopausa. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcionais por 5 anos, em uso irregular; laqueadura tubária no nascimento da filha mais nova. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: irregular; grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica. Provavelmente os parceiros anteriores não tinham adesão. A vida sexual é ativa, mas irregular, pois o companheiro é cardiopata e tem impotência sexual. Ela se masturba às vezes, quando sente vontade de fazer sexo. No passado teve comportamento de risco sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade), mas atualmente não apresenta risco. Peculiaridades da vida sexual: já se prostituiu várias vezes, estando ou não em crise psiquiátrica. Justificou que foi por necessidade, por pobreza. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: durante as crises, ela fugia do lar por longo tempo, mantendo-se na prostituição, com comportamento hipersexual. É possível que a doença mental tenha agravado e mantido-a na prostituição, mas não relata sua história com detalhes suficientes para que a condição seja mais bem investigada.

## GENOGRAMA – MULHER 02



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** observamos que o genograma retrata que na história de vida desta mulher houve vários relacionamentos passageiros e instáveis, resultando em várias paridades, uma de cada companheiro.

### PESQUISADA 03 – A.J.D.S.G.

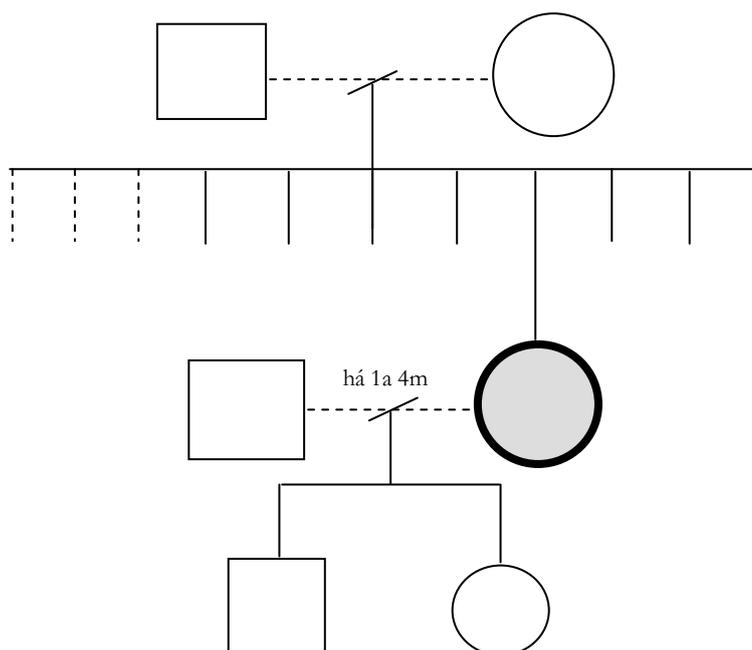
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 28 anos, cor parda, separada há 3 meses; conta com a co-participação da mãe durante a entrevista. Escolaridade: 3ª série completa. É semi-analfabeta; consegue ler um pouco, mas não escreve. A mãe é analfabeta. Profissão/ocupação: cabeleireira, mas no momento não está em atividade. A renda familiar é R\$ 500,00 e não possui nenhuma renda pessoal. Vive com a avó e os dois filhos, após ter sofrido traumática separação, há mais de 1 ano. Sua mãe mora em casa vizinha, com uma filha com síndrome de down e um filho esquizofrênico; ela é a cuidadora da família, assumindo os cuidados com a idosa e a filha (mulher pesquisada). A mãe também passou por uma separação recente, pois o marido (pai da mulher pesquisada), saiu de casa há 3 meses, após 35 anos de convivência e um casamento de 27 anos. Ele é pedreiro, tem 55 anos e também sofre de problemas mentais, os quais a mãe (co-participante) não soube identificar, mas disse que ele ‘toma remédio controlado do CAPS’. A mulher pesquisada vivia um casamento durante 14 anos, com muitos conflitos devido à infidelidade do marido. Quando ela estava com 2 meses de gestação da segunda filha, o marido envolveu-se com outra mulher e, durante uma briga

conjugal, expulsou-a de sua casa e rompeu definitivamente a relação. Atualmente a mulher e seus filhos são dependentes da avó e da mãe. Recebe com frequência irregular como ajuda financeira do ex-marido cerca de R\$80,00/mês. Ele não assume mais as funções paternas, nem mesmo visita os filhos. O ex-casal tem um menino de 8 anos e uma menina de 9 meses. Toda a dinâmica familiar possui uma atmosfera de conflito agora que a mulher está em crise. Ela é agressiva com a mãe e com os filhos, e isso, segundo a mãe, mantém a família tensa. Atualmente podemos afirmar que esta família encontra-se vivenciando uma crise.

**CONDIÇÃO MENTAL:** o tempo de utilização do serviço de saúde mental é de 1 ano, de maneira irregular. A mulher pesquisada e a mãe desconhecem o diagnóstico, mas a mãe diz que a filha é 'doida' e 'perturbada do juízo'. O diagnóstico nosológico é distúrbio bipolar e retardo mental leve. Neste serviço de saúde mental nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher (gineco-obstetrícia). Não possui vícios. Seu medicamento é a clorpromazina. Histórico da doença mental: a mãe informa que a pesquisada sempre foi estranha, diferente do normal, desde a infância. Nasceu com dificuldade, cianótica, com hipóxia e demorou a chorar. Na escola, sempre teve déficit de aprendizagem. Há vários casos de alterações mentais na família: pai (com diagnóstico desconhecido pela informante), irmã mais nova (com síndrome de down) e irmão mais novo (com esquizofrenia). Exame mental alterado, com sinais de ansiedade durante a entrevista; logorréica, tensa, relatando alucinações auditivas e visuais, com delírios persecutórios, respostas incoerentes, pensamento com afrouxamento e fuga de idéias. Parece desesperada e deprimida com a condição atual de sua vida. Refere que a separação traumática do marido e o desequilíbrio financeiro são as causas da sua doença. A aparência/higiene estão comprometidas, pois ela parece descuidada, com roupas rasgadas e velhas. A pobreza compromete sua aparência, mas a doença mental a impede de se arrumar e recentemente ela própria raspou toda a cabeça até ficar careca, devido a delírios e alucinações táteis na cabeça. 'Havia bichos andando pela minha cabeça, mexendo lá dentro; eu tive que raspar'. Constantemente briga com os membros da família e os ameaça de agressões, inclusive a filha mais nova, que ainda é um bebê. Apresenta-se cooperativa e orientada. Cumpre com dificuldade as funções do lar; as maternas estão comprometidas. Já tentou bater em outros membros da família, principalmente na mãe. Antes do uso da medicação, há um mês atrás, não aceitava sair de casa nem queria falar com ninguém. Atualmente está mais sociável e comunicativa. Complicações: no momento encontra-se em crise e recusa-se a tomar a medicação; queixa-se que não deve comer porque as refeições podem estar envenenadas com o remédio. Mesmo assim, a mãe tem conseguido dar a medicação numa vitaminada, diariamente. Outros recursos terapêuticos utilizados: orações. Diz que lê a Bíblia buscando melhorar seu estado emocional.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 13 anos; início da atividade sexual aos 17 anos. Nº de parceiros: 01, somente o ex-marido. Gesta: 3; para: 2; A: 1; filhos vivos: 2. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 20 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcionais por vários anos, em uso regular. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: alto; grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica. Provavelmente o ex-marido tinha adesão. Vida sexual ativa atualmente: não. Peculiaridades da vida sexual: nenhuma identificada. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade): não. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: não.

## GENOGRAMA – MULHER 03



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma inicia-se pela condição familiar da co-participante da mulher pesquisada (sua mãe), que se encontra separada do marido após um casamento de 27 anos, e que é uma grande múltipara, com 11 gestações e 8 filhos vivos; destes, 3 apresentam alterações mentais. Quanto à condição da mulher pesquisada, observamos no genograma que ela – como sua mãe – também se encontra separada, vivendo agora sob os cuidados da mãe, com seus 2 filhos.

## PESQUISADA 04 – G.A.A.B.

**IDENTIFICAÇÃO:** 34 anos de idade, analfabeta, cor negra, solteira, não possui ocupação, tendo como informante (co-participante) sua mãe, que é apenas alfabetizada. A renda familiar é R\$ 550,00 e a pesquisada possui renda pessoal oriunda de um benefício do INSS por invalidez devido à sua doença mental. Fazendo um resumo de suas condições familiares, podemos dizer que esta é uma família em crise. A mulher vive com a mãe, o irmão, a irmã, filhos (3) e sobrinhos (2 filhas de sua irmã e 3 filhos de outros irmãos que passam o dia na casa da avó). A principal fonte de renda da família advém de seu benefício do INSS, e a família também recebe ajuda financeira de programas assistenciais do governo, no valor de R\$ 90,00. A mãe ganha cerca de R\$ 80,00 por mês vendendo café e bolo numa banca, no centro da cidade. A irmã assume as atividades domésticas, cuidando das crianças da família. Dos cinco filhos já paridos pela mulher, 2 foram adotados e 3 são criados pela avó, sem

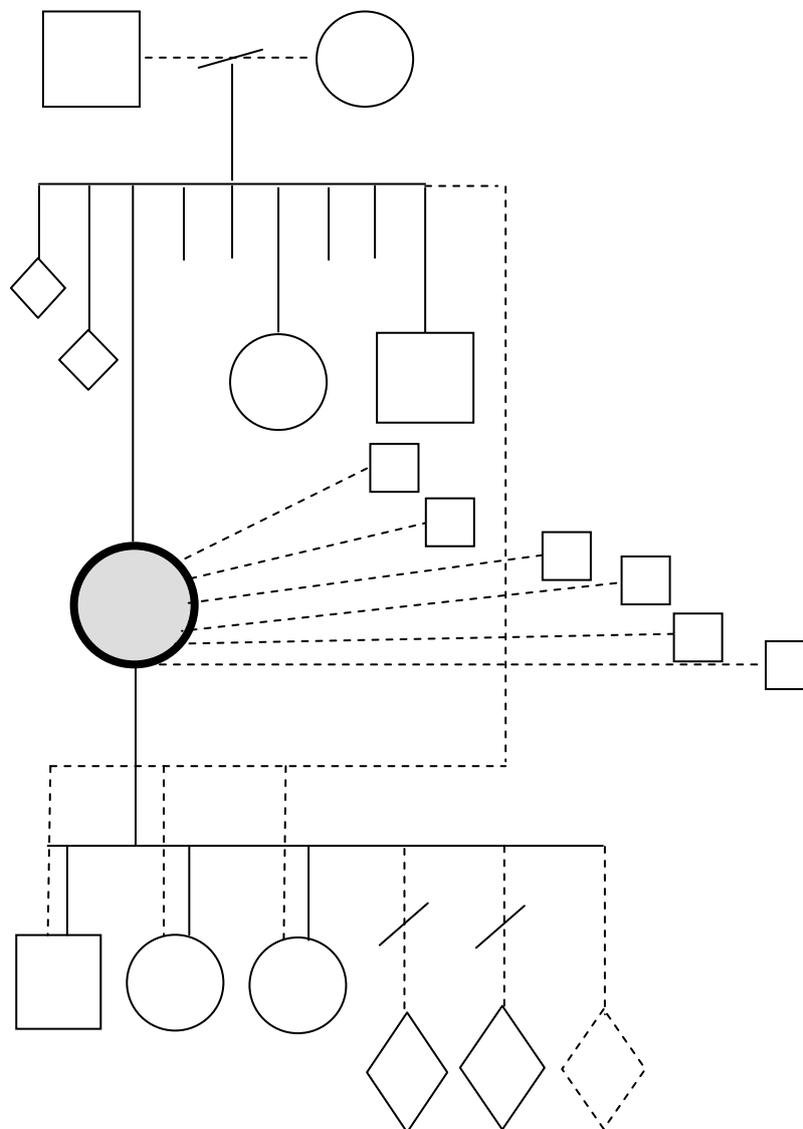
vínculo com a ela (a mãe). A mãe é viúva há 4 anos. Seu marido morreu de um infarto; ele já era cardiopata há vários anos. Era um trabalhador sem qualificações, que fazia serviços diversos em fazendas. Recebia uma renda do INSS que foi cancelada após sua morte. O casamento durou quase 3 décadas. A mulher pesquisada frequentemente se prostitui. Quando tentam mantê-la em casa para evitar as saídas e a prostituição, ela quebra objetos, portas, janelas, ameaça bater nas crianças, então a família desiste e a deixa sair. Ela, então, desaparece por semanas. Muitas vezes voltou para casa grávida. Há algum tempo tem frequentado uma casa de prostituição – chefiada por uma cafetina. Já houve uma intervenção legal no caso, acionada pelo serviço social do CAPS e pelo Conselho Tutelar. A mãe e a irmã são suas cuidadoras na família, mas relatam que estão desgastadas e têm medo da mulher. É possível que elas não realizem eficazmente esta tarefa. A mulher diz que é maltratada pela mãe e pela irmã, que detesta ficar em casa. Atualmente tem passado vários dias na casa de prostituição com a cafetina, que, provavelmente, está se tornando agora sua cuidadora.

**CONDIÇÃO MENTAL:** todas as respostas foram dadas pela mãe, pois o estado mental da mulher pesquisada está bastante comprometido. Há 3 anos ela utiliza este serviço, por motivo que a mãe (co-participante) refere como loucura e agressividade. O diagnóstico nosológico é esquizofrenia e retardo mental moderado. Há suspeita de psicopatia. Neste serviço de saúde mental nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher (gineco-obstetrícia). Ela tem vícios: alcoolismo moderado e tabagismo (20 cigarros/dia). A mãe também é alcoólatra. Os medicamentos utilizados são haloperidol, prometazina e clorpromazina. Histórico da doença mental: a primeira manifestação de doença mental ocorreu logo na infância. Segundo a mãe, a mulher era uma criança inquieta, nervosa, amedrontada, que não conseguia aprender nada na escola. Na adolescência piorou muito, demonstrando uma personalidade difícil e anti-social. Logo começou a fugir de casa e perambular pelas ruas. Não aceita intervenção nem comando de familiares. Não aceita tratamento nem medicações. Após décadas de manifestações de doença mental, embora já tenha sido levada a serviços médicos, inclusive o CAPS algumas vezes, somente agora conseguiram interná-la, no hospital de Messejana. A mãe relata que mulher piora muito quando engravida, ficando mais violenta e desobediente. Tentou praticar infanticídio duas vezes. Já tentou matar o filho de uma vizinha e comumente bate nos sobrinhos. Às vezes mutila-se quando grávida, espancando sua própria barriga; fala em suicídio, e já tentou uma vez com uma faca, quando grávida. É epilética, com o início dos sintomas ainda aos 5 anos. Já agrediu e ameaçou de morte pessoas vizinhas. Exame mental: mulher com doença mental grave em curso, sem controle, sem regime terapêutico, com agressividade acentuada, hostil, pouco cooperativa, não responde aos questionamentos, com fugas de idéia, conversa desconexa. A aparência/higiene é adequada, porém percebe-se que suas vestimentas são demasiadamente vulgares: shorte muito curto, que parece ser apropriado para uma pessoa bem menor que ela. Blusa muito curta, com o abdômen à mostra. Mãe não relata caso anterior na família, mas diz que a filha mais nova da mulher pesquisada demonstra o mesmo comportamento da mãe quando esta tinha a sua idade. Mulher em crise psicótica, delirante, diz que as pessoas querem matá-la, que vai quebrar tudo e matar quem se aproximar dela. Falando demasiadamente e só, com agitação psicomotora, logorréica, irritada, agressiva, pensamento incoerente, confuso, chamando palavrões. Complicações: não aceita o uso do medicamento. Na vida familiar é muito agressiva quando a família tenta mantê-la em casa. Tenta quebrar portas e janelas; tentou matar os filhos; agrediu outras crianças (dos vizinhos e sobrinhos). Prostitui-se, é alcoólatra. Mantém-se perambulando pela rua, foge constantemente do lar. Outros recursos terapêuticos utilizados: nenhum

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca: mãe não lembra; início da atividade sexual: mãe não sabe. Nº de parceiros: mãe não tem como saber; provavelmente inúmeros. Gesta: 6; para: 5; A: 0; filhos vivos: 5, cada um de um genitor diferente. Dois foram destinados à

adoção e 3 vivem sob a tutela da avó. Gravidez atual: sim, entre 20-24 semanas de gestação. Primeira gestação aos 22 anos. Não realizou nenhuma consulta de pré-natal até o momento. Métodos contraceptivos utilizados: praticamente nenhum, mas há anos atrás a família conseguiu que ela aceitasse colocar um DIU, que foi expulso espontaneamente após 4 anos de uso. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: praticamente nenhum; grau de adesão de seus parceiros ao planejamento familiar: praticamente nenhum. Vida sexual ativa atualmente: sim. Peculiaridades da vida sexual: prostitui-se. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade): sim, tem comportamento de risco sexual para todos os agravos. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: mulher tem hiper-sexualidade, foge do lar e tem sério comprometimento do juízo crítico.

GENOGRAMA – MULHER 04



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma mostra a complexidade das condições familiares e gineco-obstétricas desta mulher. Temos aqui uma multípara, com 06 gestações em intervalos interpartais curtos (a maioria de cerca de 12 meses), cada uma delas de parceiros diferentes e desconhecidos. Lembremos que esta mulher, com sua doença e sua deficiência mental, apresenta comportamento constante de hipersexualidade, e não tem acompanhamento nem regime terapêutico eficientes. Há vários anos ela pratica a prostituição e não tem supervisão familiar, fugindo de casa e abrigando-se num prostíbulo. Suas limitações mentais a impedem de realizar um controle da concepção. Falamos aqui de controle, pois planejamento familiar é um termo inadequado para as condições gineco-obstétricas desta mulher.

#### **PESQUISADA 05 – R.N.C.**

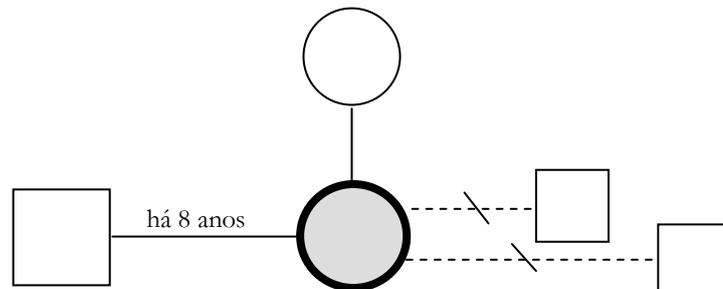
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 46 anos, escolaridade: 2º. grau completo, cor: branca, situação conjugal: duas uniões consensuais anteriores e a atual há 8 anos. Profissão/ocupação: foi secretária por vários anos, atualmente está desempregada. Renda familiar: R\$ 1.350,00. não possui renda pessoal. Mulher pesquisada vive com o companheiro e a mãe; não têm filhos, embora ele tenha 3 filhos de outro relacionamento. Ele é caminhoneiro e permanece muitos dias fora de casa. A mãe é uma idosa de 87 anos, muito dependente dela. Têm uma vida economicamente tranqüila. Define seu relacionamento com o companheiro como bom e estável, e apesar dele ser muito generoso com ela, sente-se solitária e muito dependente.

**CONDIÇÃO MENTAL:** o tempo de utilização deste serviço é de 3 anos, sendo o motivo referido pela mulher: depressão com tentativa de suicídio. O diagnóstico nosológico é depressão e síndrome do pânico. Neste serviço não recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher. Sem vícios. Os medicamentos utilizados são: clonazepam, amitriptilina, propranolol (é hipertensa); noretisterona + estradiol (faz reposição hormonal sob supervisão médica). Histórico da doença mental: relata episódios de tristeza há vários anos, desde a adolescência, mas sem alterar sua qualidade de vida. Há cerca de 4 anos o quadro tornou-se intenso, associado ao medo de sair de casa e de falar com as pessoas. Há 3 anos tentou suicídio e foi internada. Exame mental: logorréica, um pouco ansiosa, com aparência/higiene com um certo exagero nos acessórios e na maquiagem. Ao falar, seus gestos são exagerados e teatrais. Orientada, cooperativa, sem maiores alterações psíquicas perceptíveis. Outros recursos terapêuticos utilizados: fitoterapia (toma chá verde regularmente).

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 11 anos; início da atividade sexual aos 13 anos; nº de parceiros: 3. Gesta: 0. Métodos contraceptivos utilizados: DIU e anticoncepcionais orais. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: alto e regular, havendo possibilidade de algum comprometimento na fertilidade. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: regular. Vida sexual ativa atualmente. Peculiaridades na

vida sexual: encontra-se no início do climatério. Sem riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade). Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: diz que ficou mais ‘agoniada’ com a menopausa, mais nervosa e menos interessada em sexo.

#### GENOGRAMA – MULHER 05



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** temos aqui uma mulher nuligesta, com uma dinâmica familiar sem filhos, mesmo já tendo vivido 3 relacionamentos importantes e fixos. Trata-se de uma condição familiar simples, uma família nuclear, vale ressaltar, com a inclusão de sua mãe idosa, da qual ela cuida.

#### PESQUISADA 06 – A.K.M.P.

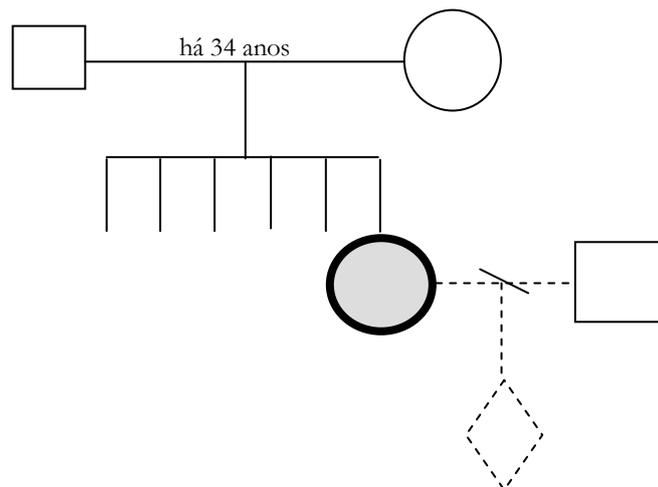
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 26 anos, branca, solteira, sem profissão/ocupação. Escolaridade: 2º. ano do 1º. grau. A mãe é a informante (co-participante). Ela tem 1º grau completo. Renda familiar: R\$ 350,00. Mulher não possui renda pessoal. Resumo das condições familiares: vive com a mãe e o pai. Ela é a caçula e todos os outros filhos são casados. O pai é aposentado e fornece a renda da família. A mãe relata que eles ficaram muito tristes quando souberam que a filha estava grávida, porque foi uma notícia inesperada. Eles achavam que a filha não tinha relacionamentos, por causa de sua doença mental.

**CONDIÇÃO MENTAL:** o tempo de utilização deste serviço é de 6 anos, por um motivo referido pela mãe como loucura. A mulher desconhece sobre sua doença mental. O diagnóstico nosológico é distúrbio bipolar. Neste serviço de saúde mental nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher. Não apresenta vícios. Medicamentos utilizados: clorpromazina. Histórico da doença mental: mãe relata que quando pequena, a mulher pesquisada vivenciou diversas vezes situações de violência doméstica, nas quais seu pai espancava sua mãe. Ao ver os episódios, ela chorava, corria e pulava, descontrolando-se. Sua primeira crise ocorreu aos 13 anos, tendo sido internada 4 vezes em hospitais psiquiátricos. Já tentou suicídio há 5 anos, quando estava muito deprimida. Numa das crises ela fugiu de casa e ficou vagando pelas ruas. Foi encontrada somente 3 dias depois. No

exame mental parece levemente desorientada, responde pouco às questões, irritada, impaciente, com leve agitação psicomotora, pouco cooperativa. Aparência/higiene: normal. Complicações: não. Outros recursos terapêuticos utilizados: nenhum.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca: a mãe não lembra; início da atividade sexual: 19 anos; n° de parceiros: a mãe não sabe. Gesta: 1, Para: 0, A: 0; gravidez atual: sim, entre 6 a 7 meses de gestação. Realiza pré-natal num posto de saúde com enfermeira. No serviço de saúde onde realiza pré-natal nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde mental, nem de planejamento familiar. Primeira gestação aos 26 anos. Métodos contraceptivos utilizados: camisinha. Grau de adesão ao planejamento familiar: nenhum. O uso da camisinha dependia do parceiro, de forma irregular. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: baixo e irregular. Vida sexual ativa atualmente: não. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade): sim. Peculiaridades da vida sexual: nenhuma. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: a doença mental é um agravante para sua vida sexual, causando comportamento de risco sexual, como contaminação por DST e gravidez não planejada.

#### GENOGRAMA – MULHER 06



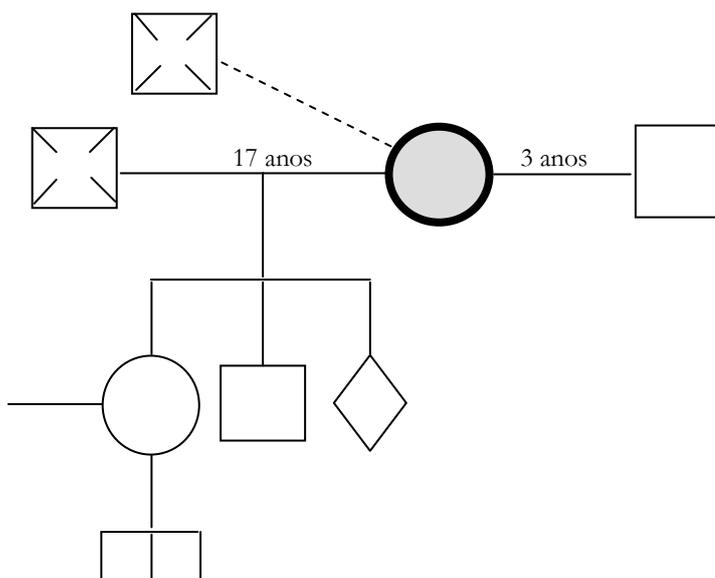
**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma mostra uma mulher grávida pela primeira vez, membro de uma família nuclear, composta por pais e filhos. Ela é a filha mais nova da família, e além de morar com os pais, é dependente deles. A gravidez é indesejada, consequência de um relacionamento furtivo, que terminou com o advento da gestação.

**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 47 anos, cor branca, com nível superior (é pedagoga). Situação conjugal: viúva; uma união consensual anterior e uma atual há 3 anos. Profissão/ocupação: atualmente exerce atividades como líder comunitária de uma associação do bairro. Renda familiar: R\$1.600,00, oriundo da pensão do marido falecido. Não possui renda pessoal. Divide a pensão do marido com o filho mais novo e se mantém com R\$800,00. Resumo das condições familiares: mulher passou por um casamento de 17 anos, tendo ficado viúva com a morte do marido por câncer. Após vários anos, assumiu uma união consensual com um homem mais novo, que, segundo ela, comportava-se como um gigolô, ‘vivendo às suas custas’. Ele a espancava e humilhava, ameaçando-a e à seu filho de morte. Durante a vivência desse relacionamento, ela apresentou a doença psiquiátrica, e numa das crises maníacas, assassinou o companheiro com um tiro na cabeça, enquanto ele dormia. Permaneceu presa por 2 anos e 6 meses, e depois foi internada num hospital psiquiátrico por vários meses. Atualmente vive outra união consensual com um homem de 57 anos, mecânico de automóvel. Relata que o relacionamento está em crise, porque ele tem bebido muito e torna-se violento quando embriagado. Ela está pensando em se separar. Queixa-se que sua vida ‘acabou’ após ter cometido o crime, que seus filhos se afastaram, e que toda sua família tem medo dela. Vive sozinha com o companheiro, numa casa própria.

**CONDIÇÃO MENTAL:** utilização este serviço há 7 anos. Relata que o motivo de utilização é: depressão, psicose e homicídio. O diagnóstico nosológico é: distúrbio bipolar. Neste serviço de saúde mental, nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher. Não possui vícios. Utiliza os seguintes medicamentos: diazepam, fluoxetina, lítio; valproato/ácido valproico (é epilética); propranolol, nifedipina, captopril, hidroclorotiazida (é hipertensa). Histórico da doença mental: há cerca de 10 anos começou a sentir episódios de tristeza severa, que surgiram durante o relacionamento com o homem mais jovem, sustentado por ela e que a violentava fisicamente. Iniciou então o tratamento no CAPS, com diagnóstico de depressão, fazendo uso de paroxetina. Relata que a medicação a deixou agitada e violenta, e que durante esse período planejou o assassinato do companheiro, após uma briga na qual ele ameaçou matá-la e à seu filho. Após anos de violência, ela o matou com um tiro. Atualmente refere sentir-se bastante triste e arrependida pelo que fez. Já tentou suicídio várias vezes. Exame mental: chorosa, triste, sem demais alterações detectadas durante a entrevista. Complicações: não. Outros recursos terapêuticos utilizados: procurou apoio espiritual em igreja evangélica, mas desistiu.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 15 anos; início da atividade sexual aos 21 anos; nº de parceiros: 5. Gesta: 3, Para: 3; A: 0; filhos vivos: 2; nascidos vivos: 3; óbito neonatal: 1. Primeira gestação aos 19 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcionais orais e laqueadura tubária. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: alto e regular; grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica. Vida sexual ativa atualmente. Não há riscos relacionados ao comportamento sexual. Peculiaridades da vida sexual: nenhuma. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: encontra-se no início do climatério, na peri-menopausa. Sente-se mais nervosa com a chegada do climatério.

## GENOGRAMA – MULHER 07



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** temos aqui uma condição bastante peculiar, pois trata-se de uma mulher que ficou viúva de seu marido, depois passou pela morte do segundo companheiro, tendo sido ela própria a assassina. Vive atualmente seu terceiro relacionamento, que já dura 3 anos. Quanto à paridade, esta mulher só teve filhos do primeiro casamento, quando jovem. Dentre os 2 filhos vivos, somente a mais velha é casada e tem filhos.

### PESQUISADA 08 – F.A.F.S.

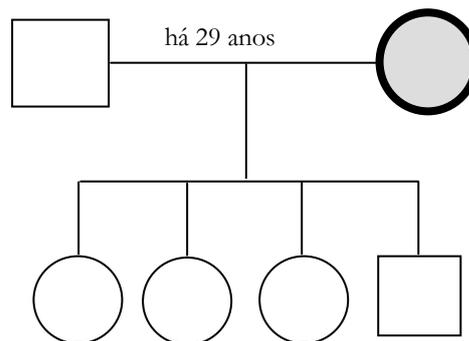
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 44 anos, cor: parda, casada, do lar, escolaridade: 1º. grau incompleto (4ª série incompleta). Renda familiar: R\$ 800,00. Não possui renda pessoal. Mulher pesquisada vive com família nuclear, com o marido, 3 filhas e 1 filho, todos solteiros. O marido não possui emprego fixo, mas faz 'bico' como cambista de jogo do bicho. Antes ele era faturista de uma empresa, e está desempregado há 4 anos. Todos os filhos possuem empregos e juntos sustentam a família. Ela sempre exerceu funções domésticas, e diz que nunca trabalhou porque o marido não deixava. Define o companheiro como um homem agressivo, dominador, ciumento e alcoólatra. Relata que os filhos a apoiam e vivem em conflito com o pai. Ela já pensou em separação várias vezes, mas diz que é difícil se separar do marido, porque é muito dependente dele.

**CONDIÇÃO MENTAL:** tempo de utilização deste serviço: 3 anos. Motivo referido pela mulher: depressão; nervosismo. Diagnóstico nosológico: depressão, ansiedade, síndrome do pânico. Neste serviço de saúde mental, nunca recebeu atendimento voltado para questões de

saúde da mulher. Não possui vícios. Medicamentos: benzodiazepínico, fluoxetina. Histórico da doença mental: há vários anos, os quais não sabe precisar (aproximadamente 20-25 anos), apresenta episódios de tristeza severa, que evoluiu para depressão grave, com síndrome do pânico. Relata que sempre sentia depressão pós-parto, mas o último puerpério foi mais grave, pois ela tinha idéias de infanticídio. 'Eu queria matar meu filho; ficava pensando em matar ele com uma faca'. Relata histórico de violência doméstica desde a infância, e depois por parte do marido, que é agressivo com ela. Exame mental: chorosa, triste, sem outras alterações detectadas. Aparência/higiene: normal. Complicações: não. Outros recursos terapêuticos utilizados: nenhum

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 14 anos; início da atividade sexual aos 15 anos; n° de parceiros: 1. Gesta: 4, Para: 4, A: 0 , filhos vivos: 4. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 16 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcional oral e laqueadura tubária. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: foi irregular e no momento não se aplica. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica. Vida sexual ativa atualmente: sim, mas irregular. Riscos relacionados ao comportamento sexual: não. Peculiaridades da vida sexual: mulher informa que não sente prazer sexual com o marido. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: não.

#### GENOGRAMA – MULHER 08



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma mostra uma família nuclear, composta pelos pais e os 4 filhos. As características gineco-obstétricas desta mulher mostram um planejamento familiar com falhas, o que resultou em 4 gestações; porém, com intervalo interpartal adequado.

## MULHERES PESQUISADAS NO CEDEFAM/UFC

### PESQUISADA 09 – M.F.M.

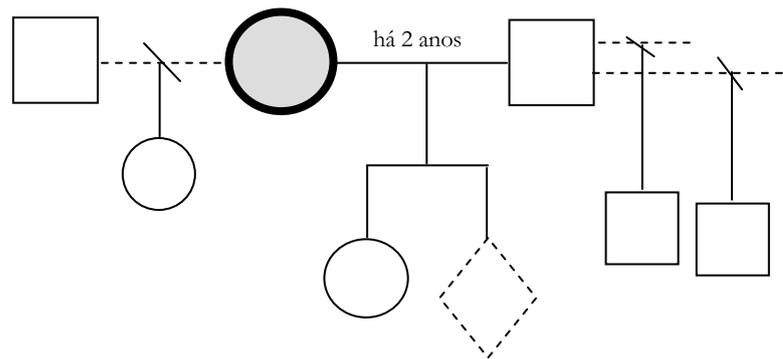
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 30 anos, cor: parda, escolaridade: 8ª série incompleta, situação conjugal: 1 união consensual anterior e 1 a atual, há 2 anos. Profissão/ocupação: do lar; já foi empregada doméstica. Renda familiar: R\$ 420,00. Não possui renda pessoal. Vive com o marido, de 37 anos, e com o filho de 1 ano, numa pequena casa com 1 cômodo, construída no terreno da casa da sogra. O marido é operário de uma fábrica de jeans e possui o 1º. grau incompleto. Relata que brigam muito, porque ele é alcoólatra, e quando embriagado torna-se ciumento e agressivo, chegando a bater nela. Ela definiu a personalidade do marido como um tirano, dominador, que já a ameaçou de morte várias vezes e não permite que tenha uma vida social adequada. Seu lazer é assistir tv e visitar a filha e a mãe. Estas visitas, porém, são controladas pelo marido, e às vezes realizadas às escondidas. Ela possui uma filha do relacionamento anterior, com 9 anos de idade, que vive com sua mãe, a qual ele não aceita na casa. Ela diz que sente muito a falta da filha e, embora ache ruim estar longe dela, sabe que é melhor para a criança não ter contato com o ambiente violento causado pelo companheiro. O relacionamento piorou muito depois de sua segunda gravidez, que é indesejada. Este evento não planejado provocou uma crise entre eles e tem sido encarado pelos membros da família (ela, o companheiro e a sogra) como um fardo.

**CONDIÇÃO MENTAL:** de acordo com a avaliação de Enfermagem sobre as condições psíquicas da gestante, ela demonstra sinais de depressão. Vivencia uma crise situacional com o advento da gestação indesejada e com a condição atual do relacionamento com o parceiro. Neste serviço de saúde da mulher (obstétrica) já recebeu atendimento voltado para questões de saúde mental, identificado como escuta terapêutica. ‘As alunas de Enfermagem me ouvem e conversam comigo sobre minha vida’. Em seu prontuário há registros que identificam sintomas de depressão e um plano de cuidados para aumento da auto-estima e gerenciamento de conflitos familiares. Não foi feito nenhum encaminhamento para um serviço de saúde mental. Vícios: não possui. Histórico de doença mental: não há histórico, porém vivencia situação de violência contra a mulher, convivendo com companheiro violento. Relata que ele a chama com palavrões (vadia, prostituta, rapariga, etc.) e às vezes lhe bate, mas os episódios de violência física cessaram depois da gestação. Já tentou denunciar na polícia, mas ele ameaçou matá-la. Exame mental: humor deprimido, sinais de desesperança e queda na auto-estima. Outros aspectos mentais estão preservados.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 12 anos; início da atividade sexual aos 19 anos; nº de parceiros: muitos; não sabe precisar quantos. Gesta: 3, Para: 2, A: 0, filhos vivos: 2. Gravidez atual: sim, com 8 meses (32 semanas). Realiza o pré-natal no CEDEFAM há 6 meses. Primeira gestação aos 21 anos. Métodos contraceptivos utilizados: condon (camisinha). Diz que pretende colocar um DIU após o parto. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: irregular e baixo com o parceiro atual; foi mais regular e alto com os parceiros anteriores. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: baixo e irregular, pois ele ‘não gosta de usar camisinha’. Vida sexual ativa: sim, mas irregular após a gestação. Diz que perdeu a libido. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade): não. Peculiaridades da vida sexual: o companheiro é infiel. Informa que é difícil fazer sexo com ele, porque ela não quer, não sente vontade. Diz que eles se davam muito bem na cama, que ele foi o único que a fez sentir prazer, mas agora não sente vontade de fazer sexo com ele. Condições mentais que afetam a

vida gineco-obstétrica: é possível que a depressão, associada à gestação, estejam comprometendo sua vida sexual, mas não há dados suficientes para definir essa questão. A mulher pesquisada não citou de imediato a violência do marido como um dado importante na baixa da libido. Somente após questionamentos da pesquisadora, ela admitiu que o comportamento do companheiro estaria diminuindo seu desejo por ele.

#### GENOGRAMA – MULHER 09



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma mostra que a mulher pesquisada vivenciou um relacionamento consensual no passado, tendo como fruto uma filha de 9 anos. Atualmente a mulher vive outro relacionamento, há 2 anos, com um homem que já vivenciou outros 2 relacionamentos, resultando em um filho cada um deles. O casal demonstra falhas na prática do planejamento familiar, vivenciando agora uma nova gestação, não planejada e indesejada, com um intervalo interpartal curtíssimo de apenas 4 meses, ou 120 dias.

#### PESQUISADA 10 – J.B.

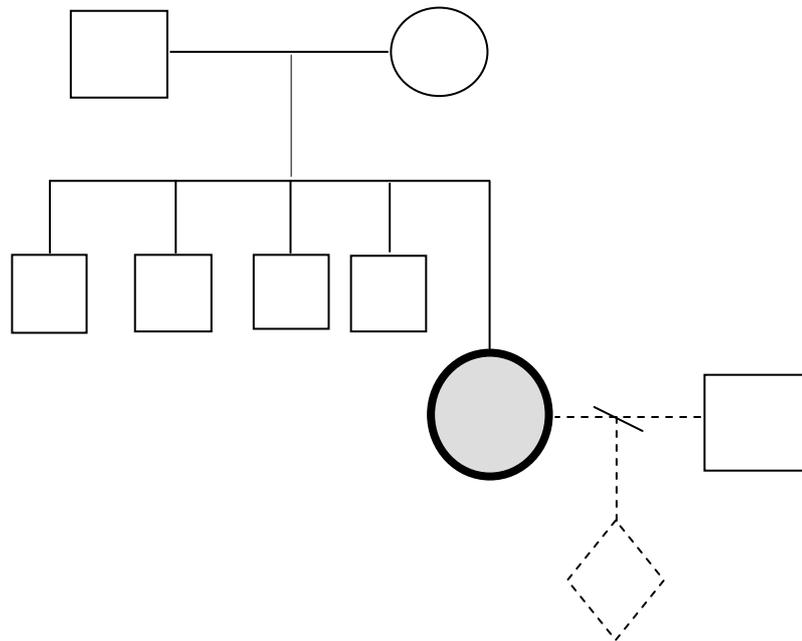
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 23 anos, cor: parda, solteira, escolaridade: 2º. grau completo, sem profissão/ocupação. Renda familiar: R\$ 500,00. Sem renda pessoal. Resumo das condições familiares: mulher vive com mãe, pai e irmãos. Ela é a caçula e única filha mulher. A renda familiar advém da aposentadoria do pai, que foi pedreiro. Alguns irmãos mais velhos fazem ‘bicos’ e complementam a renda. Relata que engravidou ‘sem querer’, numa aventura, durante uma única relação sexual com o parceiro de um relacionamento incerto. Não quis entrar em detalhes sobre o assunto; diz que não usou um método adequado. O parceiro rompeu os laços quando soube da gravidez e diz que não acredita que o filho seja dele. Ela diz que isso a deixou péssima e traumatizada. Antes da gravidez

trabalhava como doméstica, e quando a patroa soube que estava grávida, a demitiu. Afirma que a gestação foi a pior coisa que aconteceu em sua vida, tendo desejado abortar, mas a família a apoiou e evitou que ela o fizesse.

**CONDIÇÃO MENTAL:** segundo a avaliação de Enfermagem sobre as condições psíquicas da gestante, foi identificado pela enfermeira que ela se encontra triste e tem tendência à depressão. Neste serviço de saúde da mulher não recebeu atendimento voltado para questões de saúde mental, apesar da profissional que a atendeu reconhecer que ela pode estar deprimida. Vícios: nenhum. Histórico de doença mental: não há. Exame mental: humor levemente deprimido. Não apresenta outras alterações, embora haja sinais de depressão situacional.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 15 anos; início da atividade sexual aos 15 anos; nº de parceiros: inúmeros, mais que 10. Gesta: 1, Para: 0, A: 0. Gravidez atual: sim, com 8 meses de gestação. Realiza pré-natal no CEDEFAM há 7 meses. Primeira gestação aos 23 anos. Métodos contraceptivos utilizados: camisinha. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: irregular e baixo; grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não há dados suficientes sobre isso. Mulher evita falar sobre o assunto. Vida sexual ativa: não. Riscos relacionados ao comportamento sexual: não se aplica. Peculiaridades da vida sexual: não é possível avaliar. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: não identificadas.

GENOGRAMA – MULHER 10



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** este genograma é muito semelhante à condição da mulher pesquisada 06, pois igualmente mostra uma mulher grávida pela primeira vez, membro de uma família nuclear, composta por pais e filhos. Ela também é a filha mais nova, que mora com os pais e é dependente deles.

A gravidez é indesejada, fruto de uma relação furtiva, e o parceiro também terminou o relacionamento após saber que a mulher estava grávida.

### PESQUISADA 11 – F.A.P.S.

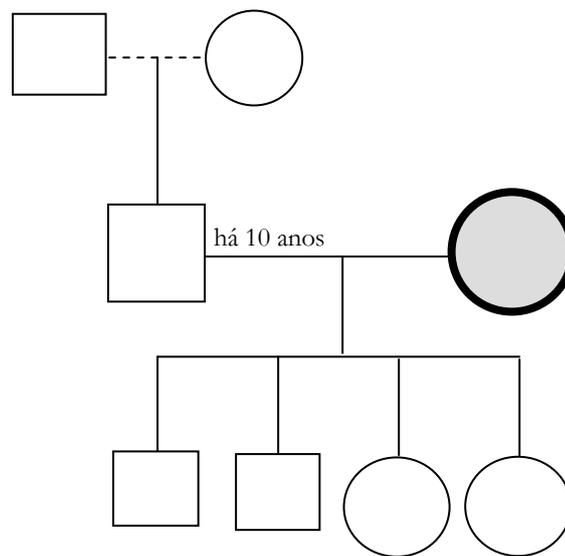
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 27 anos, cor parda, escolaridade: 6ª. série do 1º. grau. Situação conjugal: união consensual há 10 anos. Sem profissão/ocupação. Renda familiar incerta, sem renda pessoal. A sogra é a informante (co-participante), com 70 anos, 1º. grau completo, viúva. Resumo das condições familiares: mulher vive com o companheiro e os 4 filhos. A renda familiar advém da aposentadoria da sogra (R\$420,00), que fornece ajuda financeira para a família, em valor incerto a cada mês, variando de R\$ 150 a 200,00. O companheiro encontra-se desempregado há vários meses e não tem profissão definida. Sempre trabalha fazendo ‘bicos’, principalmente como vendedor. A mulher diz que a falta de dinheiro é o que agrava sua condição mental, pois ‘isso é que a deixa louca’.

**CONDIÇÃO MENTAL:** segundo a avaliação de Enfermagem sobre as condições psíquicas da gestante, foi identificado que a mulher encontra-se em franca crise psiquiátrica, além de estar com impregnação extrapiramidal por excesso de medicação, tendo sido, por isso, solicitado à responsável que a levasse para uma consulta no CAPS/UFC. Devido à suspeita de gestação e a proximidade de sua residência à casa de parto, a sogra a trouxe para uma consulta de pré-natal. Uma semana após, foi descartada a suspeita de gravidez. Tempo de utilização deste serviço: não se aplica ao CEDEFAM. No CAPS/UFC está em tratamento há 5 anos. Motivo referido pela mulher para a busca por tratamento: não sabe qual a sua doença. Durante a entrevista, diz que queria muito saber e entender. A sogra diz que é loucura. O diagnóstico nosológico é esquizofrenia paranóide. Neste serviço de saúde da mulher nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde mental. No serviço de saúde mental nunca recebeu atendimento voltado para questões de saúde da mulher. Não possui vícios. Medicamentos utilizados: clonazepam e carbamazepina. Histórico da doença mental: mulher apresenta doença mental de longa data. Sogra informa que aos 17 anos ela apresentou os primeiros sintomas. Na família há vários membros com doença mental. A condição mental piora consideravelmente durante as gestações e o puerpério. Em algumas crises ela foge de casa, mas em poucas horas a família sempre a encontrava. Mesmo em crise, consegue cumprir as tarefas domésticas, porém não cuida de sua higiene pessoal. A sogra e o companheiro têm assumido a responsabilidade pelas crianças. Exame mental: humor deprimido, chorosa, ansiosa, dizendo que quer morrer, pouco comunicativa, tonta, com desequilíbrio psicomotor, desorientada, impregnada por excesso de medicação que ela própria ingeriu. Aparência/higiene: suja, descuidada, cabelos em desalinho. Apresenta idéias de suicídio e já tentou matar-se várias vezes. Em fases de agressividade, ameaça matar o companheiro. Complicações: mulher não adere ao regime terapêutico e tem pouco suporte familiar. Passa dias sem fazer uso da medicação e, de uma só vez, ingere todo o medicamento em atraso. Queixa-se que o extremo estado de pobreza da família e o fato de não possuir renda afetam sua saúde mental. Outros recursos terapêuticos utilizados: nenhum

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca: não sabe informar; não lembra; início da atividade sexual: talvez aos 15 anos; nº de parceiros: 2. Gesta: 4, Para: 4, A: 0, filhos vivos: 4. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 18 anos. Métodos contraceptivos utilizados: coito interrompido. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: baixo e irregular,

praticamente nenhum; grau de adesão do homem ao planejamento familiar: irregular. Não há dados suficientes para definir melhor. Vida sexual ativa: sim. Riscos relacionados ao comportamento sexual (DST, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade): risco de gravidez não planejada, devido ao método contraceptivo falho. Peculiaridades da vida sexual: nenhuma identificada. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: mulher é grande multípara, apesar de jovem, e o casal não adere regularmente ao planejamento familiar. Além disso, seu estado mental piora bastante durante o ciclo gravídico-puerperal. Em todas as gestações, a mulher apresentou episódios de pré-eclâmpsia. Na última gravidez sofreu eclâmpsia e ficou com seqüelas, apresentando convulsões posteriormente.

#### GENOGRAMA – MULHER 11



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** trata-se de uma família nuclear, composta pela mulher pesquisada, seu companheiro e filhos; porém, a participação da sogra – que mora sozinha numa casa próxima – é bastante significativa, uma vez que ela tem sido a principal cuidadora da mulher doente. Observamos aqui o reflexo da paridade desta mulher, com 4 gestações durante um relacionamento de 10 anos, com um intervalo interpartal curto (12 meses) entre os 2 primeiros filhos.

#### PESQUISADA 12 – C.M.A.P.

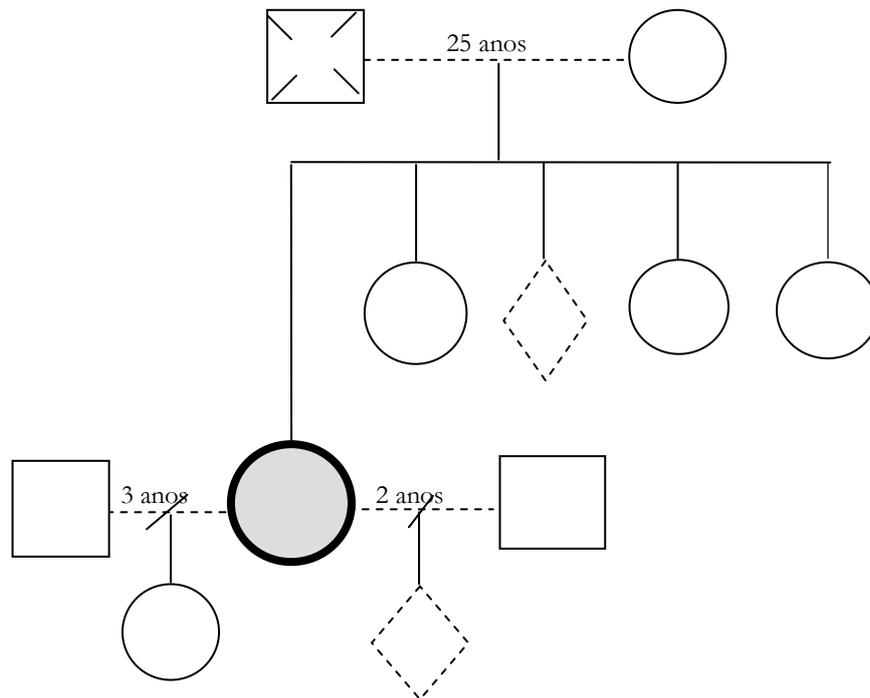
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 22 anos, cor parda, escolaridade: 2º. grau completo. Situação conjugal: uma união consensual por 3 anos e outra por 2 anos. Atualmente encontra-se solteira. Profissão/ocupação: nenhuma. Já exerceu funções de recepcionista e

empregada doméstica. Renda familiar: R\$ 650,00. Sem renda pessoal. Vive com família nuclear composta por mãe e 3 irmãos. O pai morreu há 4 meses de cardiopatia e hipertensão. Ele era metalúrgico. Todas trabalham, mas em empregos informais, com renda menor que um salário mínimo. A mãe é bordadeira, uma irmã é empregada doméstica, outra babá e outra auxiliar de cozinha. Ela trabalhava como empregada doméstica pela manhã e à tarde e à noite como recepcionista, num pequeno escritório em seu bairro, para o mesmo patrão. Quando soube da gestação, decidiu sair do trabalho, porque sentia-se sobrecarregada e explorada. Seu salário não chegava ao mínimo, mesmo trabalhando 3 expedientes. Tem uma filha de 5 anos de sua primeira união consensual, que foi afastada dela pelo ex-companheiro. A criança tem sido criada pela avó paterna. Ela está tentando recuperar a guarda da filha judicialmente. A segunda união consensual foi desfeita há poucos meses, após ter engravidado. Relata que o segundo companheiro mudou de comportamento quando soube que ela estava grávida, rompendo o relacionamento e sugerindo que abortasse. Possui fortes vínculos familiares e apoio da família diante da gravidez.

**CONDIÇÃO MENTAL:** a avaliação de Enfermagem sobre as condições psíquicas da gestante demonstra sinais de depressão e angústia. Neste serviço de saúde da mulher (obstétrica) já recebeu atendimento voltado para questões de saúde mental, porém de maneira irregular. Em seu prontuário há registros de identificação de sintomas de depressão e um plano de cuidados para isso, focado na escuta terapêutica. Não possui vícios. Histórico de doença mental: provável depressão situacional há meses, causada pelos vários eventos em sua vida. Exame mental: humor deprimido, choro fácil ao falar de sua história de vida. Relatou idéia anterior de suicídio e isolamento social. Há complicações emocionais e sociais, pois mulher vivencia uma crise causada pela morte recente do pai, pela separação da filha e pelo abandono do 2º. ex-companheiro após o evento de uma gravidez indesejada.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 13 anos; início da atividade sexual aos 15 anos; n° de parceiros: 3. Gesta: 2, Para: 1, A: 0, filhos vivos: 1. Gravidez atual: sim, com 6 meses de gestação. Realiza pré-natal no CEDEFAM há 5 meses. Primeira gestação aos 17 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcional oral. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: alto, mas nos últimos meses do último relacionamento, foi irregular. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica, mas provavelmente os parceiros não tinham um alto grau de adesão. Vida sexual ativa: não. Riscos relacionados ao comportamento sexual: não. Peculiaridades da vida sexual: não. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: não.

## GENOGRAMA – MULHER 12



**COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA:** temos aqui uma mulher que vive numa família nuclear, com a mãe e irmãs, tendo sofrido a perda do pai por falecimento há apenas 4 meses. A mulher pesquisada vivenciou um relacionamento anterior por 3 anos, do qual há uma filha de 5 anos; e recentemente separou-se de um companheiro com o qual viveu 2 anos, logo ao perceber que estava novamente grávida. Analisando a paridade desta mulher, percebemos que ela engravidou pela primeira vez aos 17 anos, ou seja, ainda adolescente.

### PESQUISADA 13 – M.L.T.

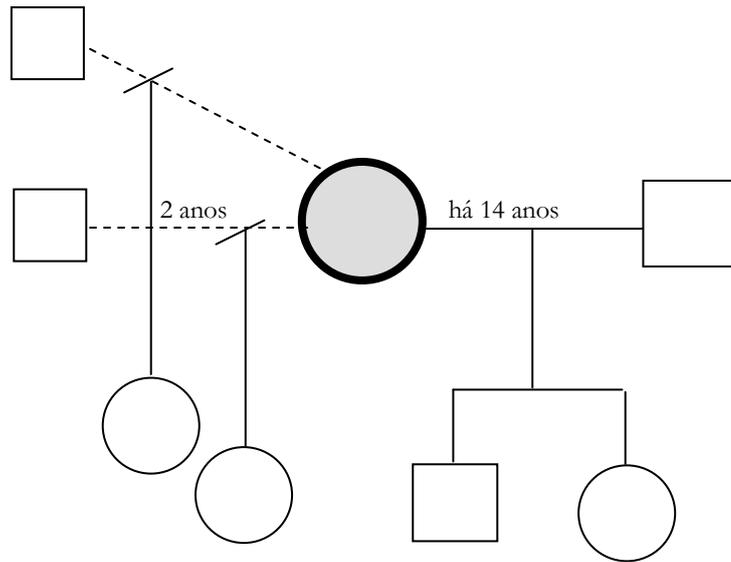
**IDENTIFICAÇÃO:** mulher com 36 anos, cor negra, escolaridade: 1º. grau incompleto (4ª série incompleta). Situação conjugal: uma união consensual por 2 anos. Atualmente encontra-se com uma segunda união consensual. Profissão/ocupação: empregada doméstica. Renda familiar: R\$ 500,00. Renda pessoal: 350,00. Resumo das condições familiares: mulher vive com família nuclear composta por 4 filhos e o companheiro. Este não possui emprego nem profissão; é alcoólatra de longa data e dependente da renda da mulher. A filha mais velha estuda à noite e de dia tem um trabalho informal numa confecção, com renda média mensal de R\$ 80,00. Esta filha já apresentou alterações em sua saúde mental, mas a mulher não sabe

quais, tendo sido atendida no CAPS por psiquiatra e psicólogo. O filho de 12 anos tem déficit de aprendizagem e até o momento não foi alfabetizado. A família recebe benefício do governo de R\$ 90,00 (Bolsa-Família). A filha mais velha é fruto de um namoro de 2 anos, que começou quando a mulher tinha 13 anos, tendo engravidado aos 15. O parceiro tinha 16 anos. A família da mulher decidiu dar a criança para adoção, mas após o parto a mulher decidiu ficar com a filha. A história de gravidez indesejada na adolescência foi uma repetição do que aconteceu com sua mãe, que também engravidou jovem e a deixou para que a avó paterna a criasse. Cerca de 2 anos depois da primeira gestação, a mulher iniciou uma união consensual com outro homem, que durou 2 anos e resultou em outra filha, mas a relação se desfez e o companheiro afastou-se de seu convívio, por ter assassinado um vizinho. Quando isso ocorreu, a filha tinha apenas alguns meses. Finalmente, ela iniciou uma 2ª união consensual, que dura 14 anos, tendo mais 2 filhos desse relacionamento atual, que é instável e conflituoso, devido ao alcoolismo incapacitante do companheiro.

**CONDIÇÃO MENTAL:** a pesquisada procurou o serviço da casa de parto do CEDEFAM para realizar o exame papanicolau durante o dia de atendimento pré-natal, tendo sido abordada pela pesquisadora para pré-seleção, por apresentar condições que afetam sua saúde mental. Vícios: fuma esporadicamente. Histórico de doença mental: mulher com provável depressão há vários anos, manifestada de forma cíclica desde a adolescência, tendo se agravado há alguns meses. Relata que tentou o suicídio aos 15 anos ingerindo veneno, quando sofreu intensa discriminação e pressão da família devido a uma gravidez indesejada. Estava com 5 meses de gestação e ficou internada num hospital clínico. Refere que periodicamente se sente triste, desejando morrer ou isolar-se. Sente-se sobrecarregada com sua vida e arrependida por ter tido tantos filhos. Diz que gostaria de viver só. No momento, diz que está profundamente triste e pensa novamente em suicídio. Exame mental: humor deprimido, choro fácil, idéia atual de suicídio. Complicações: vivencia uma crise familiar causada pelo alcoolismo do companheiro e pela precária situação financeira. Mulher é obesa e sofre por isso, tendo sido evidenciada queda em sua auto-estima devido a isso. Atualmente, seu índice de massa corporal (IMC) é 38.

**DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca aos 11 anos; início da atividade sexual aos 15 anos; nº de parceiros: 3. Gesta: 4, Para: 4, A: 0, filhos vivos: 4. Gravidez atual: não. Primeira gestação aos 15 anos. Métodos contraceptivos utilizados: anticoncepcional oral, camisinha, laqueadura tubária. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar: baixo e irregular no passado. Agora não se aplica. Grau de adesão do homem ao planejamento familiar: não se aplica. Vida sexual ativa: sim, com baixa frequência. Peculiaridades da vida sexual: não identificadas. Riscos relacionados ao comportamento sexual: não. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: não.

### GENOGRAMA – MULHER 13



COMENTÁRIOS SOBRE O GENOGRAMA: neste último genograma observamos a situação familiar de uma mulher com uma família nuclear, num relacionamento fixo que já dura 14 anos, do qual ela tem 2 filhos. No entanto, a paridade desta mulher foi alta, tendo ela engravidado pela primeira vez ainda adolescente. Seus intervalos interpartais são altos, indo de 6 a 3 anos. Ela vivenciou 2 relacionamentos anteriores instáveis e de curto período, cada um resultando numa filha.

## ITEM 1: A MULHER E SUA PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA/CUIDADO: uma aproximação na perspectiva de gênero, saúde mental e cuidar integral

Nesta etapa, discutiremos os resultados a partir das questões norteadoras formuladas na tese e apresentadas às pesquisadas durante o processo de coleta de dados.

Começamos a analisar as informações colhidas nesta tese com relação às questões norteadoras apresentadas no item 1. Temos aqui o cerne da pesquisa, no que diz respeito aos questionamentos apresentados às mulheres entrevistadas, quanto às suas percepções sobre o gênero feminino, ou seja, sobre o que é ser mulher, bem como sobre seu o adoecimento. Entretanto, não foi fácil extrair das mulheres e dos co-participantes envolvidos respostas que pudessem embasar análises e conclusões científicas para a tese, como próprio de uma pesquisa qualitativa. Foi necessário reformular as questões várias vezes, numa linguagem hábil para a compreensão dos informantes entrevistados. Noutras vezes, os obstáculos se referiam à linguagem excessivamente simples e quase estéril dos informantes; a não percepção das pesquisadas sobre as condições de violência nas quais estavam inseridas.

Optamos por apresentar as respostas fornecidas pelas pesquisadas, algumas vezes intercalamos suas falas com questões/comentários da pesquisadora, para, em seguida, fazermos a aproximação entre as categorias empíricas e teóricas.

Em vários dos casos aqui apresentados, nem as mulheres nem seus co-participantes souberam definir as questões apresentadas, como mostra o exemplo da pesquisada 01 e seu marido. Na primeira vez que foram questionados sobre o que é ser mulher, não souberam definir. Igualmente, não reconheceram diferenças entre os gêneros nem a existência de particularidades da doença mental em mulheres. Somente após simplificação das perguntas pela pesquisadora, ambos reconheceram que a mulher sofre mais que o homem, como mostram as falas, principalmente do marido, que depois relatou o caso de uma mulher conhecida que, quando acometida por uma doença mental, foi estuprada e engravidou. Vejamos o que mostram as falas do casal:

Mulher pesquisada 1: *Eu acho que a mulher sofre mais mesmo.*

Co-participante (marido): *Eu acho, às vezes, que a mulher nas crises, são pior. Se fosse homem, também tinha, mas a da mulher deve ser pior. Os filhos, a casa. Nos casos da parte sexual, é pior.*

Após a insistência da pesquisadora, a mulher pesquisada desabafa sobre a infância, deixando perceptível a possibilidade de violência doméstica causada pelos pais:

*Eu era uma criança muito triste. Eu nunca brinquei. Era triste. Me botavam (os pais) pra trabalhar o dia todo, desde de pequeninha. Eu não podia brincar. Eu quase não ia pra escola. Eu tinha dificuldade de aprender, eu não conseguia, eu nem ia pra escola. Era. Eu nunca me divertia. Nunca fui feliz. (P1)*

Com relação à pesquisada 2, igualmente esta não soube definir de início, mas somente após insistência e simplificação dos questionamentos. A princípio, suas palavras foram contraditórias. Após um diálogo aberto foi possível vislumbrar outra forma de percepção da mulher pesquisada, como podemos ler:

*Não tem nada a ver ter nascido mulher e a minha doença. Se eu fosse homem, não teria resguardo (puerpério), mas adoeceria de outra doença. Não acredito que a condição feminina, a sensibilidade..., não acreditam que influenciam na minha doença.(...) A doença prejudica a minha saúde como mulher. A pessoa fica dividida e perde tempo. (P2)*

Questionamento durante a coleta: Você quer dizer que a mulher poderia estar usando esse tempo com ela mesma, e tem que dedicar seu tempo com outras coisas, como tarefas e responsabilidades que os homens não têm, mas que nós mulheres temos?

*É isso, é isso. Dividida com filhos, coisas de mulher, casa, fica mais ocupada, preocupada, pode ficar mais louca. É, eu nunca tinha pensado nisso. Sabe que é mesmo? (P2)*

A pesquisada 2 dá seguimento às suas lucubrações. Revira os olhos e alterna o olhar, ora encarando a pesquisadora, ora fitando o final do corredor, numa demonstração física de profundo raciocínio. Ela reconhece que essa forma de ver sua própria condição feminina é nova para ela.

A seguir, são apresentados alguns relatos surgidos durante a entrevista, que vêm a ilustrar nossa análise:

Sobre seu relacionamento com a família:

*Eu não cuidava dos meus filhos porque estava sempre doente, ou estava trabalhando pra sustentar. Era minha mãe que ficava com eles. Não tenho muito apego com a família. Foi assim depois da doença, eu assumi pouco, eu sentia aquela coisa vazia. Agora é minha filha que cuida de mim. Não tenho nem amigos. (P2)*

Sobre a vida sexual e relações familiares:

*Acabou o meu interesse. Não tô nem aí. O velho não consegue mais, ele é doente. Eu fico chateada como mulher. Eu me acostumei. Eu era muito vaidosa antes de adoecer, agora nem ligo pra nada disso. Eu não tenho coragem de trair. É raro, mas eu sinto vontade. Eu me masturbo. Eu apanhava deles quase todo dia, mais da minha mãe; nem sabia porquê. (...) Eu fui uma criança que vivia com medo, triste. Eu não brincava, eu não ria, como as crianças fazem. Eu era muito triste. (P2)*

Temos aqui dois relatos de condições de violência vivida na infância, a qual pode ter influenciado o acometimento de alterações mentais no futuro, quando na vida adulta dessas mulheres. Não foi possível investigar o grau de resiliência dessas mulheres, mas acreditamos que há uma forte relação entre seus sofrimentos psíquicos vivenciados na infância e suas condições mentais na vida adulta.

Exatamente como as pesquisadas anteriores não souberam responder de maneira mais complexa às questões apresentadas, o mesmo repete-se com a mulher pesquisada 3 e com sua mãe, co-participante. Ambas não souberam definir as questões apresentadas durante a entrevista, e responderam com dificuldade, somente concordando com as questões quando melhor esclarecidas pela pesquisadora. Assim se expressam:

*Não sei o que é ser mulher. (P3)*

Durante a coleta a pesquisadora insiste e a mãe da pesquisada 3 (co-participante) respondeu:

*Ser mulher é ser muito sofredora, sofre de todo o jeito. Quando se é homem não se sofre nem a metade do que nós sofre. (...) Eu acho que o sofrimento de uma mulher... como o caso dela, a separação, a perda de tudo, enquanto ele tá lá, numa boa, com outra! Junto com o fato dela ser mulher, piorou tudo, agora ela tá aqui cuidando dos filhos e sem nada. (Mãe da P3)*

As palavras da mãe demonstram a percepção dela, também mulher, de que o existir feminino encontra-se mais permeado pelo sofrimento do que o existir masculino. Sua comparação entre os gêneros, apesar de reduzida ao fato de que o ex-marido está bem e a sua filha está doente, revela-nos o cumprimento de papéis muito bem estabelecido entre homem e mulher: ela, sobrecarregada e sozinha com a criação dos filhos; ele, livre e eximido das funções paternas. Outro item relevante é que mãe e filha reconhecem bem que a condição imposta pela separação e pelo

comportamento omissivo do marido determinou o processo de adoecimento mental da mulher, já antes susceptível e agora incapaz de suportar a carga emocional deixada pela separação e pelo abandono do cônjuge.

Acrescentemos alguns depoimentos da entrevista, que ilustram nossa análise:

*Meu cabelo era lindo, eu tinha salão de beleza. Cortei o cabelo porque uns bichos entraram cá, na minha cabeça; tavam pinicando, e eu cortei logo. Eu vejo muitos espíritos. No banheiro. Meia-noite eu tava dormindo e eu vi, abri a porta e saiu. Ontem a luz da cozinha acendeu sozinha. Eu rezo, oro. O 'adversário' tá querendo me pegar. (P3)*

Sobre o final do casamento e o trauma emocional que isso causou:

*Eu vivia bem, tinha minha casa. Ai ele (o marido) vendeu a minha casa. Ele raparigava demais. Agora eu vivo sem nada. Eu é preciso uma chinela pro meu filho, e não tenho como comprar. Eu vou me prostituir pra arranjar dinheiro? Ele sempre foi o homem da minha vida. Eu me dedicava mais a ele do que para meus filhos. (P3)*

Sobre a doença mental na família (relatos da mãe/co-participante):

*Tem hora que eu fico doidinha, porque eu também preciso lutar com meu filho que também é doente (esquizofrênico) e com a outra (a filha mais nova, que tem síndrome de down). (choro) (Mãe P3)*

Quanto à pesquisada 4, é importante frisar que todas as questões foram respondidas pela mãe (co-participante), uma vez que a mulher pesquisada não apresentava condições psíquicas de responder à entrevista. Temos aqui, segundo as respostas da mãe, outra condição de desconhecimento sobre as questões apresentadas, porém, ao final da entrevista, a mãe (co-participante) reconheceu várias das condições e pôde definir, embora limitadamente, como podemos evidenciar:

Houve nova insistência da pesquisadora, tentando tornar a pergunta mais fácil. Mãe responde, após insistência:

*Não sei dizer, sei lá. (pausa) A mulher é uma sofredora, né? Não sei. É difícil. Se ela fosse um filho homem, isso não estaria assim. Cinco filhos! É porque ela é mulher. É um sofrimento aqui em casa. Desde pequena teve problema, não ia pra escola, quando ia não conseguia estudar. Dava ataque. Na adolescência ficou horrível, só fazia o que ela queria. (...) Depois foi ficando amedrontada; sei lá como era! Ela piorava quando ficava grávida. Ela tirava a roupa e ficava nuazinha no meio da rua. Minhas portas eram todas quebradas com pedradas dela. A tv também. Ela implica com as crianças, diz que vai matar. Se a gente não deixa ela sair de casa, faz o maior absurdo. A gente deixa ela sair,*

*então. Ela não quer comer em casa porque diz que tem veneno. Passa dias fora, se prostituindo, drogas, bebida. Os filhos? Não tenho a menor idéia de quem são os pais. Ela tentou se matar com uma faca, queria furar a barriga para matar o filho e se matar depois. Ela tentou matar já a sobrinha, o filho do vizinho. Tava tentando bater em todo mundo, nas crianças. Chamamos a polícia, foi aí que ela foi internada. (Mãe de P4)*

Analisando a mulher pesquisada 5, encontramos uma natureza um tanto contraditória em suas respostas, embora possamos concluir que esta entrevistada não reconhece diferenças e desvantagens entre mulheres e homens. De início, a pesquisada não soube definir nenhuma das primeiras questões apresentadas, discordando de vários aspectos apresentados pela pesquisadora, como se evidencia no resumo abaixo de suas respostas:

*Ser mulher... não sei definir, porque é uma coisa assim, complexa. É muito bom ser mulher. É um sexo forte, poderoso, a gente carrega o mundo nas costas. Acho que tem coisas de mulher que podem piorar a condição dos nervos. Por exemplo, a menopausa mesmo. Até a menstruação. Você vê, quando a gente tem TPM!? (tensão pré-menstrual) Mas eu lido muito bem com a minha condição de mulher. Eu sou muito bem resolvida. Acho que seria pior pro homem. Não acho pior por ser mulher. É, é, eles não menstruam, não têm nunca TPM. Ah! (pausa) É melhor pro homem e pior pra gente, né? (risos) (P5)*

Observamos que nesta última resposta a mulher pesquisada admite alguma condição de vantagem para o homem, quanto à condição biológica-reprodutiva da mulher. No entanto, mesmo após insistência da pesquisadora, a mulher não conseguiu explicar essa questão, tendo sido suas respostas de significado insuficiente e vago.

Com relação à mulher pesquisada 6, temos respostas dadas por sua mãe (co-participante), pois ela não se encontrava em condições mentais de dar respostas coerentes. Neste caso como nos outros, a mãe não soube, inicialmente, dar respostas satisfatórias, provavelmente pelo nível intelectual da entrevistada. Somente após melhor esclarecimento da pesquisadora as respostas começaram a fluir, tendo como resultado algumas definições:

*Na mulher é pior a doença, porque a gente tem que tomar muito mais cuidado. O fato dela ser mulher afeta a vida dela com essa doença, porque se ela não fosse mulher, não estaria com esse bucho agora. Ora, a mulher é que carrega a barriga, né? Taí a responsabilidade. É uma cruz, e a gente carrega pro resto da vida. (...)Não, não, eles só fazem. Não vê esse aqui, no caso da minha filha? Ele nem diz que foi ele. Taí minha filha com o bucho. (Mãe de P6)*

Ilustrando seu depoimento, vejamos o que a mãe acrescenta sobre a gravidez inesperada da filha:

*Descobri que ela estava grávida porque ela provocava (vomitava) direito, aí eu descobri. Fiquei tão triste que me deu dor de cabeça direito. Quase que eu tinha depressão. Eu não era hipertensa, agora tô hipertensa, só de preocupação com ela. Ela tinha esse relacionamento, mas ninguém sabia direito. Só soubemos que eles tavam namorando quando descobrimos a gravidez. E ele negou. Ele não fez nada pra evitar uma gravidez, nem ela. As amigas dela é que pediam pra ela usar camisinha. Ele não quer nem ver ela. Rompeu com ela quando soube da gravidez. Tem hora que ela chora de tristeza. Ela gosta dele e ele não quer ela. Agora somos eu, ela e a criança que vem por aí. (...) Vou, tem que ser, né? Só Deus que sabe. Eu não vou deixar essa cristã aí, não vou abandonar, é meu neto. Só Deus sabe como vai ser pra criar. O dinheiro é pouco, e ela... (pausa e iminência de choro) Eu quero que ela faça ligadura pra nunca mais engravidar. Ela tem tempo que faz tudo direito, tem tempo que tá desorientada. Quem vai assumir é eu mesmo. (Mãe P6)*

Observamos aqui a sobrecarga emocional vivida por essa mãe, principal cuidadora da filha, que futuramente será a cuidadora também do neto. É possível que ela esteja passando, em menor escala, por uma condição de sofrimento psíquico, gerado pelo advento da gravidez indesejada de sua filha.

Pegoraro e Caldana (2008) discutem a condição mental da mulher cuidadora e a relação entre mulher e loucura na vida familiar. Assim, questionam quais os impactos que o sofrimento mental pode causar na dinâmica familiar, principalmente na presença de filhos pequenos, alertando para que esta família é um grupo que também necessita de intervenção profissional.

Passemos para o caso da mulher 07, semelhante ao da mulher pesquisada 05, pois ela também não reconheceu diferenças e desvantagens entre os gêneros. No entanto, apresentou respostas contraditórias, como podemos ler:

*Ser mulher é ser submissa. Eu me dediquei a vida inteira a me doar. Foram 10 anos dedicados ao meu marido, ele tetraplégico, com câncer, ainda tinham 2 filhos e a casa pra cuidar. Quando ele teve uma cura parcial, ele arranhou outra mulher. (P7)*

Observamos aqui que a categoria temática inicial de seu discurso é: ser mulher é ser submissa. Em seguida, a pesquisada complementa com seu próprio exemplo de vida, ressaltando o cuidado com o marido, com os filhos e com o lar, o que fundamenta adequadamente sua impressão da mulher como um ser submisso,

dando seu próprio exemplo. Em seguida, ela afirma que não há diferenças entre homens e mulheres e que, para ela, não é pior ser uma mulher, como se lê:

*Não tem diferença entre homem e mulher. Não é pior para mim, ser mulher.* (P7)

Durante a entrevista, foram destacadas as condições vivenciadas por ela, levando-a a refletir melhor sobre isto, ao que responde:

*É, é. Acho que a minha doença todinha foi causada porque é como se a minha vida não fosse minha. Eu me doei muito pelos outros.* (P7)

Podemos aqui deduzir que as contradições de suas respostas podem ser causadas por sua pouca percepção quanto ao seu ser feminino no mundo, já que ela, ao longo de suas respostas, demonstrou achar que sua vida é assim devido a condições peculiares que não têm relação alguma com a condição feminina ou seu ser mulher. Vale ressaltar que esta pesquisada vivenciou um de seus relacionamentos permeado por uma condição de violência física, acabando por assassinar seu companheiro durante uma crise maníaca de sua doença mental. Seu depoimento sobre vários acontecimentos de sua vida, como a própria doença mental, é esclarecedor:

*Quando comecei minha depressão mais séria, eu sentia uma dor na alma, não tinha força, meu corpo não reagia, eu só chorava. Eu vivia em crise com ele (companheiro assassinado). Ele me batia, ameaçava de morte, a mim e ao meu filho, que era menino nessa época. Eu não ia na polícia, não falava nada. Naquela época não tinha a Maria da Penha (lei). Ele dizia que eu era velha, feia, arranjava outras mulheres, e eu só chorava, não conseguia viver sem ele. Era louca por ele. (choro) Um dia ele deixou minha cara toda roxa de tanto me bater e disse que ia matar, e se meu filho se metesse, também matava ele. Eu guardei aquelas palavras... Com a Paroxetina, eu me sentia muito forte; eu fiquei violenta. Fiquei com pavor a ele. Eu achei que a minha única cura era me ver livre dele; só matando. Dei um tiro na cabeça dele. Não senti nada, fiquei feliz. Fui dormir como se nada tivesse acontecido e no dia seguinte eu lavei o sangue. Fui presa. Depois veio o peso na consciência e eu fiquei de novo deprimida. Não queria comer, me alimentavam por sonda. Eu tentei me matar várias vezes. (...) Acho que a menopausa tá me deixando mais agoniada. Mexe com a minha cabeça, dá vontade de correr doida, principalmente quando paro de menstruar. Tive também síndrome do pânico. Eu não conseguia trabalhar, não queria sair de casa com medo.* (P7)

Passamos, agora, para a análise das informações referentes à mulher pesquisada 8, que definiu e concordou com as primeiras questões apresentadas,

definindo predominantemente como a grande diferença e desvantagem entre o ser feminino e o masculino, a liberdade. Mais uma vez temos aqui uma comparação da opinião da entrevistada com sua própria condição de vida, a qual carece de liberdade devido à castração e à dominação determinada por seu marido. Vamos ao seu discurso:

*Ser mulher é ser uma trabalhadora, mas com lazer. Eu me acho muito mulher, porque eu trabalho muito na minha casa. Criei 4 filhos. Mas eu não tenho liberdade... Se eu fosse homem, teria minha liberdade. Liberdade de sair, me divertir, ir a festas, dançar, viver como eu quisesse. Pelo fato de eu ser mulher é que eu sofro tudo isso. (P8)*

No que se refere às perguntas feitas sobre gênero e adoecimento, e sobre a saúde mental das mulheres, suas respostas foram limitadas, deixando muitas lacunas que ela admitiu não saber responder, como se lê:

Questionamento durante a entrevista: As mulheres têm necessidades maiores ou diferentes dos homens com relação à sua saúde mental? As doenças mentais podem ser piores pras mulheres?

*Não sei responder. (P8)*

Houve insistência do questionamento: Se você fosse homem, passaria por essa vida sofrida que você passou?

*Não, de jeito nenhum, era bem diferente. (P8)*

Esta pesquisada nos deu um longo depoimento sobre sua vida, incluindo sua percepção sobre suas condições de violência doméstica sofrida ao longo da vida:

*Eu era uma criança que nunca fui bem cuidada. Fui criada assim a Deus dará. Quando eu tava mocinha, com 12 anos, me deram pra uma casa de família. Eu pensava que ia estudar, mas era pra trabalhar feito condenada, nunca estudei. Aí eu fui mandada pra várias casas de família, mas era tudo igual. Eu trabalhava que nem uma escrava, de 2ª a 2ª, desde as 5h da manhã. Eu comia os restos de comida, nunca podia brincar nem me divertir. (choro) Eu me casei pra me livrar dessa vida, ter minha casa, com 15 anos. Mas foi igual, né? Eu saí de uma prisão, entrei noutra. Nunca ele me deixou trabalhar (marido), nem sair, me divertir, ter minhas amigas. Eu não tinha nunca um lazer, era presa em casa. Não podia ter meu dinheiro. Ele controlava tudo. Eu sofri tanto! Ele dizia que eu não prestava, que eu tinha amantes. Ameaçava me bater. Vivia ameaçando, mas nunca me bateu mesmo, só uns empurrões. Ele é doente de ciúmes. É alcoólatra. Eu acho que essa minha doença, esse meu nervosismo é por causa dele (marido). Ele me maltratou muito; já sofri muito por causa dele, e ele me causou estresse e nervosismo. Tanto sofrimento*

*vai desgastando os nossos nervos. Tinha dia que eu sentia vontade de morrer. Eu pensava que só valia à pena viver pelos meus filhos. Minha vida era muito triste. Me dava uma agonia, eu presa em casa, vivendo naquela vidinha. Agora eu tô bem melhor, eu saio, faço minhas compras. Meus filhos é que me dão dinheiro. Mas até pra vir aqui pro CAPS, ele (marido) reclama, tem ciúme, quer que eu volte logo, não posso demorar. (P8)*

Nova pergunta: E o sexo?

*Era só porque ele queria, né? Só pra satisfazer as necessidades de homem. Tinha hora que me dava uma agonia, ele fedendo à bebida! Era assim: vai logo, pra acabar isso. Eu mesma nem queria. No começo da nossa vida, até que eu sentia alguma coisa. Depois foi me dando um abuso. Era só por obrigação. Eu não sinto nada; nem gosto. (P8)*

Temos aqui o relato de uma mulher que vive situação de violência doméstica, que optamos por englobar no tipo simbólica. Embora essa mulher tenha consciência de seu sofrimento psíquico causado pelo comportamento inadequado do companheiro, ela não consegue desfazer-se de condição de vítima. Bourdieu (2007) esclarece muito bem o desconhecimento e a resignação vivenciado pelas vítimas desse tipo de violência, referindo-se à violência simbólica, violência suave, insensível, invisível às vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente, do desconhecimento. Essa relação social oferece uma ocasião única de apreender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir).

Com relação à pesquisada 09, analisamos suas respostas de acordo com suas colocações mais relevantes:

*Mulher é tudo pra mim, porque eu vejo homens que só querem saber de curtir, não têm responsabilidade. Mulher não, pensa mais no futuro, mais cabeça-firme, pé no chão, quando quer, vai atrás e conquista seu objetivo. Homem só quer curtir. (P9)*

Vemos aqui respostas simples, aparentemente com pouca profundidade, mas que se encontram permeadas pela visão da pesquisada de acordo com sua história de vida, a qual não pode ser preterida nem por sua limitação intelectual ou verbal. Lembremos que esta mulher vivencia uma condição de violência doméstica. Ela lamenta principalmente que seu companheiro tolhe seu direito de lazer, inclusive de ver sua filha, que está na casa de sua mãe, e reforça em suas palavras que ele (o companheiro) faz o que quer, como por exemplo, divertir-se,

sair de casa para beber, aproveitar a companhia de amigos e, talvez, de outras mulheres. Além disso, ela relata que o companheiro detestou a notícia de sua gravidez, enquanto ela se vê obrigada a assumir toda a responsabilidade da gestação.

Quando questionada sobre condições peculiares da mulher relacionadas à doença mental, essa percepção da entrevistada parece ainda mais evidente. Percebemos, então, que a mulher pesquisada respondeu sobre os riscos de adoecimento psíquico baseada em sua realidade: a tristeza que sente desencadeada pela separação da filha primogênita e pela crise surgida com o advento da gestação não planejada/desejada. Percebemos, ainda, seu conformismo diante de sua condição de vida, estritamente feminina, o qual ela não consegue, de forma clara, identificar como próprio de sua natureza feminina:

*Isso é uma característica da mulher (maiores riscos de sofrimento mental), porque o homem também passa por isso, mas menos, porque ele não dá muita importância. Para a mulher é mais difícil, porque a mulher carrega, por exemplo, um filho, passa 9 meses, passa por tudo. O homem apenas produz e ajuda na alimentação e na educação. A pior parte fica pra gente.*

*Eu sempre fui dedicada à minha filha mais velha. Agora eu não estou podendo dar atenção a ela. Nem vejo ela direito. Eu sempre gostei de comprar minhas coisas, ser independente, e no momento estou privada de tudo. É, acho que é porque estou grávida de novo... pelo fato dele (companheiro) não aceitar, né? (P9)*

Nova pergunta: Você se sente culpada por isso, ou sente que a responsabilidade disso é só sua?

*Não, não! É dos dois. Se foram os dois que fizeram! (risos). Com homem é diferente. Eu viveria diferente, se fosse o homem. Eu nem estaria triste assim, com essa gravidez. Eu acho que estaria até bem. (P9)*

Outros depoimentos sobre a violência doméstica:

*Ele é alcoólatra e fica agressivo. Só me bate quando ele bebe. Quando não bebe, ele é ótimo. Ele é nojento. Tudo tem que ser do jeito dele! Toda vez que a gente briga, ele me manda embora. Uma vez me empurrou, botou pra fora de casa, tomou a nenen. Ele não deixa faltar nada em casa, mas não me dá dinheiro na minha mão. Ele não deixa. Depois do relacionamento com ele, eu me sinto triste, deprimida. Antes eu era alegre, me divertia, agora eu fico só, sinto falta da minha filha, das amigas. (P9)*

Sobre a gravidez atual:

*Quando descobri que estava grávida, fiquei triste, deprimida. Sinto com o olhar que as pessoas dão que me julgam porque eu tenho uma outra filha nova e já estou grávida de novo. Ele também não aceitou. (P9)*

Passemos agora para a apresentação das respostas dadas pela mulher pesquisada 10, a qual não soube definir algumas questões de início, tendo sido necessário abordá-la várias vezes insistentemente. Esta mulher, porém, demonstrou ao longo da entrevista consciência sobre as peculiaridades do ser feminino, definindo questões como mais responsabilidade para as mulheres do que para os homens, e maior carga de sofrimento vivenciado pelo gênero feminino, como podemos evidenciar em suas respostas abaixo apresentadas:

*Tem desvantagem em ser mulher. Homem não sofre tanto quanto a mulher sofre. Por exemplo, minha mãe foi muito mal-tratada pelo meu pai. Se eu fosse homem, não teria engravidado, não teria perdido meu emprego. Acho que a mulher tem mais sofrimento, né? A gente é mais, mais, sei lá, sensível. Tem mais responsabilidade, mais tarefas. Eu teria perdido o que eu perdi, se fosse homem, teria? Não! A gente (mulher) perde muita coisa: liberdade. (P10)*

Encontramos nas respostas desta mulher evidências de seu sofrimento psíquico causado por condições próprias de seu ser feminino, como por exemplo, sobre a gravidez e sua condição emocional:

*Quando descobri que tava grávida, pensei em tirar o bebê. Eu queria abortar. Fiquei triste por dois meses. Eu não queria fazer nada na minha vida. Viver?! Era horrível. Perdi muita coisa: liberdade de solteira, perdi o pai da criança, perdi meu emprego. Mas aí minha família me apoiou. Eles que não deixaram eu abortar. A gravidez no começo foi um período de muita tristeza. Agora com o apoio da família, melhorou. Mas, agora melhorou. Mas tem hora que bate aquela depressão. Eu me sinto vazia. (P10)*

Com relação à mulher pesquisada 11, temos aqui outro caso no qual as questões foram respondidas prioritariamente pela co-participante, sua sogra, pois a mulher não apresentava condições psíquicas para responder. Sua sogra, porém, respondeu às questões após insistência da pesquisadora, entrando por vezes em contradição.

*Tanto faz ser mulher ou homem. Olha, minha filha, eu não entendo nada dessas coisas que você tá falando. Como assim? Ah! A mulher, né, ela é mais frágil que o homem. A gente tem mil tarefas, coisas de mulher que só a gente pode fazer: cuidar dos filhos, da casa, parir.*

*A gente mulher se preocupa com tudo. O homem, não. Vive a vida boa deles. (Mãe da P11)*

Novo questionamento: Se ela não engravidasse, ela seria então doente dos nervos, já que a gravidez e o resguardo pioram a condição dos nervos dela?

*Ab, não, seria não. Essa pobre fica muito piorada quando pega bucho. Cada gestação é um desespero. E o resguardo?! Fica insuportável. (Sogra P11)*

Evidenciamos aqui, como na mulher pesquisada anterior (10), uma condição muito peculiar do ser feminino: a maternidade. Em sua resposta a co-participante (sogra) ressalta, ainda que com uma linguagem simples, a relação natural entre o adoecimento da mulher e sua condição feminina de reprodutora, ou seja, diante de suas gestações.

Analisando o caso da mulher pesquisada 12, podemos contar com respostas mais complexas e bem definidas, uma vez que seu grau de escolaridade é mais alto que o da maioria das entrevistadas. Da mesma forma que a maioria das entrevistadas, esta mulher relaciona sua visão do ser feminino de acordo com suas próprias experiências de vida. Lembremo-nos que esta mulher vivencia uma crise devido ao falecimento do pai, à separação da filha, que foi levada pelo ex-companheiro, e ao abandono do companheiro atual, após o advento de uma gravidez indesejada. É interessante citar que, de início, mesmo diante de seus problemas, sua definição do que é ser mulher não é negativa ou não apresenta desvantagem com relação ao homem, como podemos ler abaixo:

*Ser mulher é ser determinada. não precisa esperar por homem. Tem que ser corajosa, enfrentar o mundo com unhas e dentes. (P12)*

Após aprofundar-se em seu raciocínio, ela reconhece que há diferenças e desvantagens entre os dois gêneros, e que as mulheres têm mais responsabilidades em seu viver diário, ressaltando aspectos sociais, como a facilidade dos homens para conseguirem emprego quando comparados com mulheres que estão grávidas; e aspectos biológicos, como a gestação e a maternidade, resumida aqui como ‘a criação dos filhos’. Suas respostas trazem, ainda, a consciência dos riscos de adoecimento para o ser feminino, associadas à maior carga de responsabilidade e maior sensibilidade da mulher., conforme apresentado:

*Por uma parte é uma desvantagem eu ser mulher e estar passando por esses problemas. O homem tem mais facilidade de conseguir emprego. Têm diferenças e têm desvantagens. Eu*

que sofri pra criar, eu que passei nove meses com ela (a filha). Agora eu que estou grávida. A mulher tem mais chance de ter problemas psicológicos. Parece que a gente carrega o mundo nas costas. e quando encontra desses homens irresponsáveis, como os que eu encontrei, piora tudo. A gente fica com toda a responsabilidade. Tem hora que a gente não agüenta; se for fraca, pode até afetar o juízo. Eu pelo menos só fiquei com depressão, e se eu tentasse me matar? E ainda tem o fato de que a mulher é mais sensível. A gente tem uma delicadeza só nossa; homem não tem isso. Mas ainda tem homem bom. O meu pai, por exemplo, era um homem indo e vindo. Sempre apoiou minha mãe em tudo. (choro). Eu considero que entrei em depressão porque eu sou fraca. Lá em casa nós somos muito alegres. É porque foi muita coisa acontecendo. Quando que você ouve falar de uma coisa dessas com um homem? Eles é que fazem isso com a gente! (P12)

Suas palavras sobre a tristeza (provável depressão) e os eventos indesejáveis de sua vida demonstram claramente seu sofrimento psíquico:

*Eu nunca seria capaz de me matar, eu amo a minha vida. Deus me livre, isso é pecado! Mas teve dias, no começo da gravidez, eu sem minha filha, sem meu pai, e com o desprezo que o outro me deu, quando ele me deixou, querendo que eu abortasse, sei lá... tinha dias que eu sentia vontade de morrer, de desistir de lutar, de tudo. Eu pensava nisso, mas minha família me deu muita força. Eu fiquei forte aos poucos, até suportar. No começo da gravidez eu tinha tanta vergonha, eu me sentia humilhada por ele (companheiro) e pelos vizinhos. Eu só queria ficar em casa deitada, saí do trabalho, tava muito cansada e o tempo passando. Depois eu reagi e as coisas foram melhorando. A gravidez pra mim me trouxe tristeza. Eu pensei que ia ter mais apoio (do companheiro). Isso me entristece muito. Tem dias que eu choro. Quando eu soube que estava grávida, ele nunca quis. Ele não aceitou. Disse que eu me virasse. [...] Ele me decepcionou muito. Me dói muito em saber que eu tenho uma parte dele e ele me dá um olhar de desprezo. Ele tinha outros relacionamentos, era infiel. Ele sugeriu que eu abortasse. Quando minha filha foi levada embora pelo meu ex (1º. ex-companheiro), eu entrei em desespero. Meu mundo desabou. Eu agora não posso nem ver ela direito, ele não deixa, me ameaça com ciúme do outro. Foi uma forma de vingança. Estava rodeada de amigos ajudando, mas dentro de mim me sentia sozinha. Você sabe o que é ficar longe de uma filha? É muito horrível. Aquele monstro tirou minha filha de mim. (choro). Fiquei triste com a morte do meu pai. Fiquei arrasada! (choro) Meu pai, meu pai era tudo. A gente se amava lá em casa. Ai, meu Deus, sentimos muito. Tem dia que me dá um aperto, eu sinto uma falta dele e da minha filha. Mas essa criança que vai chegar vai ser bem recebida, eu sinto ela como uma renovação, sabe? Meu pai foi embora; chega ela. É uma renovação. (P12)*

Apresentamos aqui outra pesquisada que vivenciou situação de violência, que afetou profundamente sua qualidade de vida e seu equilíbrio emocional. O sofrimento psíquico desta mulher foi identificado durante sua consulta de pré-natal, ou seja, durante um atendimento em serviço de saúde gineco-obstetra.

Um estudo que aborda a questão do atendimento a mulheres vítimas de violência em serviços de atenção primária é o de Schraiber *et al.* (2000), que defendem que acolher demandas e assistir mulheres que sofrem violência é parte dos direitos em saúde, embora a assistência não esteja estruturada e ocorra pouca detecção de casos. Com relação a essa pouca detecção, a pesquisa desses autores evidenciou que a demanda referida de violência por parte das usuárias de uma unidade básica de saúde é bem maior quando detectada por meio de entrevistas e atividades grupais, do que a confirmada nos registros de demandas espontâneas.

Finalizemos nossa apresentação do discurso produzido pelas pesquisadas com o rico caso da mulher pesquisada 13, que nos forneceu detalhes, reconhecendo diversas questões de gênero e definindo-as de acordo com sua realidade, como abaixo se lê:

*Tem diferença entre homem e mulher. Tem. A mulher é que tem mais coragem de trabalhar, de decidir as coisas. Os homens vão só levando a vida. As coisas acontecem pra eles e eles vão levando... Eu queria ter nascido homem, porque homem é mais... assim, não se preocupa, não tem obrigação como a mulher. A mulher tem obrigações de casa, de mãe. (P13)*

Encontramos aqui respostas pontuais que se relacionam com a história de vida desta mulher, sobrecarregada com a manutenção e a criação dos filhos, e desprovida do apoio de seus ex-companheiros e de seu atual companheiro (inválido pelo grave quadro de alcoolismo). Em um dado momento da entrevista ela desabafa que ‘queria ter nascido homem’.

Quando abordada sobre o adoecimento feminino, ela reconhece que a mulher tem mais facilidade de sofrer alterações mentais, justificando a sobrecarga de preocupações trazida pelas funções da maternidade. De acordo com sua realidade cotidiana, ela afirma que ‘os filhos deixam a mulher mais nervosa’. Cai por terra aqui o mito da maternidade como algo prazeroso e belo, e podemos então perceber seus aspectos negativos para a vida do ser feminino. Vejamos seu discurso:

*Mulher tem mais facilidade de ter problema mental, porque se preocupa mais com as coisas. Tem filhos e se preocupa muito com eles. Os filhos deixam a mulher mais nervosa. O marido também. (P13)*

Outro aspecto observado nas respostas desta pesquisada, é que ela deixa claro que – em seu ponto de vista – o que caracteriza a diferença entre os gêneros é a maior disposição e coragem para trabalhar das mulheres em relação aos homens, bem como a capacidade de decisão. No entanto, acreditamos que essas características necessariamente não dizem respeito aos gêneros, mas foram atribuídas pela pesquisada devido à sua história de vida, pois trata-se aqui de uma mulher que tem filhos de pais diferentes, criados sem a participação e a ajuda financeira destes pais.

De acordo com esta realidade, a mulher pesquisada sempre foi a única responsável pela educação e pelo sustento dos filhos (*Os homens vão só levando a vida. As coisas acontecem pra eles e eles vão levando... homem é mais... assim, não se preocupa, não tem obrigação como a mulher*). Temos, então, uma mulher que sempre trabalhou corajosamente para sustentar os filhos (*A mulher é que tem mais coragem de trabalhar. A mulher tem obrigações de casa, de mãe.*), e que tem uma responsabilidade familiar que se restringe unicamente a ela.

A mesma lógica se aplica quando analisamos sua resposta quanto à doença mental e ao gênero feminino, quando ela diz que a *“mulher tem mais facilidade de ter problema mental, porque se preocupa mais com as coisas”* do que o homem. Nesta afirmativa, refere-se novamente à sua história de vida, permeada por estados depressivos, desde o advento da primeira gestação, não planejada, com 15 anos de idade. Em seguida, ela complementa que *“os filhos deixam a mulher mais nervosa e o marido também”*, numa afirmativa que diz respeito às tensões e à sobrecarga de seu dia-a-dia, causadas pelas responsabilidades com os filhos e os atritos gerados pelo companheiro alcoólatra.

Enfim, podemos complementar a condição de adoecimento psíquico desta mulher, outros detalhes de seu depoimento sobre a tristeza (depressão) e os eventos indesejáveis de sua vida:

*Eu penso que têm muitas coisas que a solução é só a morte. Aí penso em me matar. (choro)  
Acho que se vivesse só seria melhor pra mim. Eu não queria ter tido nenhum filho. Os filhos tiram muito o meu juízo, brigam, fazem barulho. Tem hora que me dá uma agonia no juízo. Tem dia que me dá muita vontade de chorar. Quero ficar sozinha nos cantos. Quando eu fiquei grávida da 1ª filha, eu era uma menina. Eu era inocente demais, não sabia nada da vida. Mas a minha família me massacrou, parecia que eu era uma prostituta. Me afastaram do pai da criança, que era meu namorado. Eu não podia nem ver ele. Me obrigaram a dar a minha filha, mas na hora do parto, quando eu vi ela, eu decidi*

*ficar com ela. Ninguém tiraria ela de mim. Eu não tinha nada, nem uma fralda, nada! Arranjaram na hora as coisas; foi minha madrinha que conseguiu pra mim. (P13)*

Encontramos em sua fala o forte apelo emocional da maternidade – a mesma que ela aponta de forma negativa, devido à sobrecarga, mas que foi vivenciada de maneira decisiva e movida por um forte apelo, quando ela optou por assumir a filha, ao invés de doá-la:

*Meu pai (na verdade, é avô) era muito duro. Tudo tinha que ser do jeito dele, não dava liberdade pra ninguém. Aí eu cresci muito reprimida. Eu tinha tudo material, roupa, comida, mas não tinha uma vida de liberdade, de me divertir. Até em casa era tudo controlado, o que eu fazia, pra onde ia, com quem... e isso me machucou muito, eu não vivia feliz, não podia me divertir. Depois que cresci, tá tudo igual, mas agora não é meu pai tirando minha liberdade, é meus filhos, é as obrigações com a casa, o trabalho pra sustentar as bocas, até ele (o companheiro) é eu que sustento. Trabalho demais, de segunda à sábado na casa da patroa, e no domingo é as coisas de casa. Eu não paro. Acordo todo dia 5h da manhã e nem consigo dormir direito. (P13)*

Aqui podemos evidenciar a influência de uma condição patriarcal na vida dessa mulher, mesmo antes de iniciar seus relacionamentos amorosos. Temos aqui o relato de uma figura masculina e paterna (o avô), que a reprimia e a condicionava a uma vida de pouco lazer e liberdade. Ela reconhece que se mantém vivendo numa condição semelhante, ainda com sua liberdade tolhida; no entanto, agora são as responsabilidades trazidas pela maternidade e pela sobrecarga familiar que limitam sua liberdade e sua felicidade. Destacamos que esta pesquisada apresenta idéias de suicídio, inclusive já tendo tentado uma vez, quando adolescente diante de uma enorme pressão emocional causada por uma gravidez precoce e indesejada.

Reportamo-nos, a partir desse tema, ao trabalho de Andrade *et al.* (2006), quando afirmam que há grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais, nos quais a mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, embora as mortes por suicídio, em qualquer idade, sejam mais frequentes em homens, e as tentativas de suicídio pareçam ocorrer com maior frequência em mulheres. A única exceção ocorre na China, com maior frequência entre as mulheres.

## ITEM 2: RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DE GÊNERO E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL

Com relação a estas questões norteadoras, o casal entrevistado (mulher pesquisada 1 e seu companheiro) concordou com a tese proposta, afirmando que os serviços de saúde não dispõem de um atendimento voltado para a integralidade da mulher, mas não ofereceu respostas significativas, talvez pela limitação intelectual. Assim, não houve informações suficientes para embasar essas questões.

A mãe da mulher pesquisada 2 ressaltou a vantagem do atendimento em saúde da mulher e mental num mesmo serviço, mas também não teceu maiores considerações, talvez pelo mesmo motivo de limitação intelectual. Tanto o casal quanto esta co-participante usaram palavras similares, resumida na frase:

*Seria bom que os serviços fossem todos juntos. (P2)*

Em suas respostas, a mulher pesquisada 3 reconheceu a necessidade de mudanças nos serviços de saúde, exemplificando sua condição ginecológica com o início do climatério:

*Seria muito bom se aqui nesse CAPS tivesse um serviço para mulheres. Eu, por exemplo, tô querendo entrar na menopausa. E o que eu faço? Vai piorar minha doença dos nervos? Não sei, ninguém me diz. E você, sabe? (P3)*

Já a mãe da mulher pesquisada 4 avaliou a dicotomia do atendimento na saúde mental e da mulher, enfocando a problemática por ela vivenciada com a gravidez inesperada da filha. Em sua resposta, a co-participante deixa clara sua necessidade de um serviço que providenciasse suporte quanto ao controle da concepção para sua filha, como podemos identificar em suas principais palavras:

*Se no CAPS fosse resolvido isso da ligadura (de trompas) dela, a gente conseguiria fazer ela parar de ter filhos. Seria uma bênção. (P4)*

Questionamento: Durante esse tempo da doença da sua filha, que a senhora procurava tratamento para ela no CAPS, algum profissional se preocupou ou falou sobre o fato dela ficar engravidando sempre?

*Não.*

Questionamento: Quando ela engravida, ela faz pré-natal?

*Às vezes ela fez, mas foi difícil levar ela. Ela some!*

Questionamento: Lá no posto de saúde falaram sobre planejamento familiar ou ligadura de trompas com a senhora?

*Não.*

Questionamento: Era bom ter um serviço que englobasse tudo? A parte mental e a saúde da mulher?

*Era bom ter um serviço que englobasse tudo. (balanço de cabeça com postura afirmativa)*

Outro exemplo significativo são as palavras da mulher pesquisada 5, que vivencia, como a mulher anterior, uma importante etapa no seu ciclo reprodutivo.

*Deveria ter uma atenção especial para a mulher. O atendimento aqui não é muito humanizado. Olha, por exemplo, o que estou passando com a menopausa. Essa menopausa me deixa horrível! Ainda bem que eu tô tomando hormônios. Tinha dia que era uma agonia, só podia ser da menopausa. (P5)*

Questionamento: Quem te passou reposição hormonal foi o médico do CAPS?

*Não, eu fui me consultar com um ginecologista. Eu falei que fazia tratamento no CAPS e da agonia que sentia agora. Aí ele disse que era da menopausa e me passou hormônio. Eu melhorei, fiquei mais calma. (P5)*

Questionamento: O psiquiatra sabe disso? Você já falou sobre isso pra ele?

*Não.*

É interessante citarmos Costa e Gualda (2008), que realizaram um estudo etnográfico junto a um grupo de mulheres, para verificar o nível de conhecimento sobre a menopausa e compreender como ocorre a vivência deste estágio biológico próprio do sexo feminino. Das narrativas coletadas foi possível verificar que as mulheres condicionavam seu conhecimento e vivência dentro de determinados padrões culturais, como, sendo o mais forte deles o fato de que a menopausa significa deixar de ser mulher. Comparemos com o depoimento da mulher pesquisada, que afirma ter ‘ficado horrível’ com o advento da menopausa, em seguida, valorizando o tratamento farmacológico a base de hormônios como solução para o aumento de seu sofrimento psíquico.

Notemos, portanto, que apesar de vivenciarem importantes etapas de seu ciclo reprodutivo – esta: climatério; aquela: gestação – não há nenhuma inter-relação entre os atendimentos oferecidos nos serviços utilizados pelas mulheres. Em

suas palavras, a pesquisada 05 deixa claro que o médico psiquiatra desconhece suas peculiaridades femininas quanto às suas necessidades psíquicas associadas ao climatério. Igualmente, no exemplo anterior da pesquisada 04, não houve atenção dos profissionais do serviço de saúde mental quanto às peculiaridades de sua vida reprodutiva, nem dos profissionais do serviço de saúde da mulher, onde ela realizou esparsamente o pré-natal, quanto à sua condição mental. Em ambos os serviços, não houve a percepção de seus agentes de que os aspectos psíquicos e reprodutivos estão intrinsecamente relacionados e, nas condições particulares dessas mulheres, tais aspectos encontram-se profundamente dependentes um do outro.

As respostas da co-participante da mulher pesquisada 6, sua mãe, expressam o reconhecimento que a mãe faz sobre a necessidade de sua filha quanto a uma atenção integral no que se refere aos aspectos mentais e gineco-obstétricos:

*Seria bom se tivesse um serviço de mulher aqui no CAPS. Nunca ninguém se preocupou com essas coisas aqui. Nunca ninguém me ajudou e falou sobre isso. (referente ao controle da concepção). (P6)*

Questionamento: E onde ela faz pré-natal, algum profissional perguntou sobre o estado mental dela?

*Não, nunca perguntaram sobre o que ela faz aqui no CAPS.*

Já a percepção da mulher pesquisada 7 diz respeito, não a questões gineco-obstétricas, mas sim às de natureza emocional.

*Ficaria mais fácil se esse atendimento se juntasse (saúde mental com saúde da mulher). Eu sinto falta de um profissional para ouvir a gente. Às vezes eu chego aqui com problemas, quero conversar, quero um conselho. Não tem ninguém para conversar. (choro) Você agora tá me ouvindo, você tá me dando atenção. (P7)*

No que se refere à mulher pesquisada 8, esta não conseguiu responder nada relacionado às questões norteadoras do item proposto. Esta mulher apenas disse que concordava que as questões propostas eram verdadeiras, balançando a cabeça positivamente à medida que uma a uma iam sendo expostas; mas não teceu comentários sobre elas, justificando que seria bom um serviço de saúde mental com atendimento à saúde da mulher, porém sem adentrar em pormenores.

Lembremos que as mulheres até o momento citadas, foram entrevistadas num serviço de saúde mental. Agora analisemos as respostas das mulheres entrevistadas num serviço de saúde da mulher – a maioria delas grávidas.

Começamos com as afirmações da mulher pesquisada 9, que demonstram uma visão bastante medicalizada de seu pré-natal, queixando-se do excesso de perguntas feitas pelas estudantes de Enfermagem no CEDEFAM, alegando que muitas delas são desnecessárias. Aqui percebemos que a mulher não reconhece como importante ou necessário este tipo de abordagem num serviço de saúde da mulher, embora demonstre beneficiar-se com isso.

*Gosto do pré-natal daqui, mas fazem perguntas desnecessárias. (P9)*

Questionamento: Por exemplo, que tipo de pergunta desnecessária?

*Se eu fiz cocô, se não fiz. Pra mim o que importa é examinar o bebê.*

Em seguida, seus relatos referem-se à sua condição de vida e à vantagem de poder externar esta condição durante uma consulta no CEDEFAM:

*Aqui no CEDEFAM já me perguntaram sobre essas questões íntimas, sobre o que eu sinto, da mesma forma que você. Eu sempre falo o que eu sinto, o que eu passo. A minha vida é um livro aberto, com algumas páginas arrancadas... (P9)*

Questionamento: É lindo e ao mesmo tempo triste, isso que você disse! O que você quis dizer, exatamente, com isso?

*São as páginas do passado, quando eu saía, curtia, não pensava na vida, só pensava em curtidão. Agora minha vida mudou, tá muito diferente.*

Questionamento: Você não acha bom poder falar sobre isso, abertamente pra gente, se abrir assim... não te faz bem?

*Faz demais, eu gosto de desabafar. Como eu te disse, eu falo tudo sobre mim.*

Questionamento: E uma consulta assim não é melhor? Aqui no CEDEFAM você pode se abrir com as enfermeiras, as alunas. Você desabafa, alivia a tensão, compartilha. Se fosse num serviço diferente, você só iria falar de coisas físicas, do útero, do bebê no útero, tua pressão, teu peso, essas coisas...

*Era, era. (silêncio. Pesquisada não acrescentou mais comentários sobre o assunto)*

Reportamos aqui os estudos de Mattar *et al.* (2007), que investigando a frequência de risco para depressão pós-parto em puérperas de São Paulo, determinaram que um dos fatores associados está a violência doméstica, encontrado em 18% das mulheres, sendo que 38,3% de todas as entrevistadas referiram história de abusos. No caso desta mulher pesquisada, observamos que já durante a gravidez ela demonstra sinais de tristeza, causada principalmente por sua situação de violência doméstica – o que pode acentuar-se durante o puerpério. Considerando a necessidade desta mulher de uma melhor assistência obstétrica e em saúde mental

durante este período crítico para o humor materno, ressaltamos que seria altamente indicado um acompanhamento profissional durante todo o seu puerpério.

Já as afirmações da mulher pesquisada 10 demonstram uma consciência maior sobre os serviços de saúde, admitindo que a gravidez pode causar tristeza numa mulher, como em seu caso específico. Em suas palavras, ela reconhece que a figura do médico não é a única necessária num atendimento de pré-natal, ressaltando o atendimento psicológico. Em síntese, a pesquisada faz aqui uma forte referência à escuta terapêutica, como podemos confirmar:

*Era bom que nos serviços de pré-natal tivesse um serviço com apoio psicológico, um serviço assim como esse (CEDEFAM), mas com gente pra atender, ouvir os detalhes da vida da gente, um serviço psicológico. (P10)*

Questionamento: Podia ser um serviço de enfermeiras?

*Podia, podia, das enfermeiras do pré-natal mesmo, desde que ouvisse mais as queixas da gente, se a gente ficasse triste, ouvir. A gente fica, às vezes, triste com a gravidez. Não é fácil, e um pré-natal só com a parte do médico não é tudo.*

A mesma percepção pode ser evidenciada nas afirmações da co-participante (sogra) da mulher pesquisada 11, que ressalta o atendimento integral e detalha sobre a ausência de assistência ao planejamento familiar para a mulher doente mental:

*Se os serviços todos fossem juntos, assim como você está falando, era muito bom. Eu nunca achei que ela era atendida de forma integral, como você tá dizendo. Nem nunca fui! Uma coisa é lá no CAPS. Só cabeça, né? Outra coisa é nos serviços que ela fazia pré-natal. Era só isso da gravidez. Nunca falaram sobre ela parar de ter filho. Nunca ofereceram uma camisinha sequer. Eu queria muito que ela fizesse uma ligadura. (co-participante de P11)*

Questionamento: Nunca ninguém providenciou isso? Nem mesmo quando ela teve eclâmpsia?

*Não.*

Questionamento: Falaram sobre planejamento familiar?

*Não, não. Eu acompanho ela faz tempo, quase como uma mãe. Eu sei. Nunca falaram.*

Questionamento: Seu filho já falou nisso? Já se preocupou com isso?

*Não. Já lhe disse, ele é muito desligado, não liga pra responsabilidades.*

Um depoimento bastante significativo é o da mulher pesquisada 12, que enfatiza a dicotomia dos serviços de saúde:

*Seria bom que nos serviços de mulher tivesse apoio profissional pras nossas necessidades emocionais. A gente desabafar com pessoas de fora é melhor. Porque assim como é agora é tudo separado, cabeça pra lá, coração pra cá, a parte psicológica de outro. Fica difícil descobrir o que é a doença que a gente tem e tratar. É a gente sofre com isso. A gente perde tempo e deixa de ter um atendimento melhor, mais completo. Se quiser outro atendimento, tem que ir marcar em outro serviço. Aqui no CEDEFAM, onde eu faço pré-natal, se tivessem outros atendimentos, seria completo. Seria bom ter uma pessoa pra desabafar, ter remédio. Mas o meu problema só Deus pode resolver... (P12)*

Questionamento: Aqui no CEDEFAM, já falaram com você sobre essa tristeza, que pode ser depressão, que pode ser tratada?

*Já me perguntaram sobre minha vida, sobre essas coisas, já me deram alguns conselhos. Elas conversam muito comigo quando eu venho, elas pelo menos me ouvem. Se fosse num posto de saúde, nem me escutariam. Aqui é melhor, ouvem mais a gente. Mas quando você pergunta da tristeza... não, com relação a isso mesmo nunca falaram diretamente comigo. (P12)*

Finalmente, temos a resposta da mulher pesquisada 13, afirmando – de acordo com suas palavras – que os serviços de saúde não atendem às suas necessidades como ela desejaria, reportando-se à colocação inicial desta tese de que as mulheres têm necessidades diferentes e maiores que os homens.

*Seria melhor que tivesse um serviço junto, para atender a parte psicológica. Seria melhor. Agora é tudo dividido. (P13)*

Questionamento: Dividido, como? Explique melhor.

*Cabeça pra lá, corpo pra cá. Quando é do corpo, é cada parte pra um lugar diferente.*

Um aspecto interessante desta pesquisada é seu relato sobre seu último parto, acrescentado por ela a seu depoimento como forma de exemplificar os abusos que ela – por ser mulher – já sofreu num serviço de saúde. É interessante frisar que a própria mulher pesquisada adotou a iniciativa de ilustrar sua entrevista com este relato, confirmando sua real percepção quanto o problema apresentado nas questões norteadoras do item 2 e citando como exemplo o seu próprio caso. Vejamos algumas de suas palavras:

*Eu tinha feito períneo (perineoplastia – cirurgia reparadora do períneo) fazia poucos meses, e já tava grávida da Vitória (filha mais nova). Aí, quando eu tava no final da gestação, o médico que fez meu períneo disse que eu tinha que fazer era uma cesariana, porque não podia ter parto normal, não. Ele marcou pra uma data aí, que era numa sexta-feira, do plantão dele. Mas eu entrei em trabalho de parto antes, uns dias antes... isso era numa quarta-feira da semana. Quando eu cheguei na maternidade, era outro médico de plantão, o*

*dr. (o nome do profissional foi ocultado do relato), me mandou voltar; ele disse que eu não tava em trabalho de parto, que não era hora ainda dela nascer. (P13)*

Questionamento: E você achava que estava na hora?

*Claro, eu sabia, eu já tinha tido três!!! Mas só que eram umas dores diferentes, muito fortes, não era normal como os outros partos. Eu tinha feito a perineo; tinha feito a ligadura, tudo já grávida e nem sabia. E eu ainda fiquei doente com a operação. Fiquei podre por dentro. Minha barriga fedia e tinha uma ferida aberta. Passei meses pra ficar boa, e tudo isso grávida! Sei não, parece que essa menina tinha que vir de qualquer jeito. (é importante citar que esta mulher sofreu uma grave infecção hospitalar como consequência da cirurgia de laqueadura tubária, e que engravidou algumas semanas antes de realizar tal cirurgia, porém sem que ela e o médico percebessem).*

Questionamento: Então, como foi quando você chegou no hospital?

*Aí o médico dizendo que não tava na hora, não tava na hora, mas eu sentindo. Voltei pra casa, mas mais tarde eu não agüentei de dor e voltei pra maternidade. Dessa vez ele me internou, disse que tava em trabalho de parto. Mas aí eu fiquei de 12h da noite até 12h do dia, e nada. Eu me contorcia de dor, eu sentia a menina subir e descer dentro de mim, rodar, e nada, ela não saía. Eu tinha tanta dor que eu nem agüentava andar. Eu sofri, sofri.*

Questionamento: Os outros filhos foram assim pra nascer?

*Não, era tudo rápido. Dessa vez era que tava demorando demais. Aí eu disse pro médico que era pra ser cesariana, por causa do perineo, mas ele disse: 'senta aí e espera o dr. (fulano) até sexta-feira'. Ele foi tão ignorante, tão irônico. Quando foi 4h da tarde, uma mulherzinha que Deus botou no meu caminho (auxiliar de Enfermagem) foi chamar o médico. Ela disse que ou eu ou a criança ia morrer se ele não fizesse o parto agora. Ele tava no repouso, ele chegou, olhou pra mim com uma cara de raiva, ele disse: 'bisturi', e lascou um corte na minha vagina, a sangue frio. Eu senti tanta dor, não sei o que doía mais, a menina querendo sair ou o corte. Eu taquei um grito. Aí a menina saiu, de uma vez só, pulou, toda roxa. Depois ele me costurou e aí, ó, já era meu perineo... tudo que o outro tinha feito na operação de antes foi aberto e costurado. Meu Deus!*

Temos aqui um importante relato sobre a condição de violência sofrida por esta mulher, assim como tantas outras, durante a assistência ao trabalho de parto vaginal nas maternidades públicas brasileiras. Encontramos aqui uma real situação de violência simbólica, de abuso do poder médico e desrespeito aos direitos femininos institucionalizado nos serviços de saúde da mulher. Nesta conjuntura, consideramos

que o atendimento vivenciado pela mulher provocou-lhe sofrimento psíquico e, por que não dizer, um trauma.

Isto nos lembra as palavras de Bourdieu (2007), relatando sobre a violência sofrida pelas mulheres, entendendo que os relatos desta mulher pesquisada sobre sua experiência de parturição condizem com um depoimento vivo de uma situação de violência cometida por um profissional de saúde, no caso, o médico:

O que é mais ainda surpreendente, é que a ordem estabelecida com suas relações de dominação, seus direitos e suas imunidades, seus privilégios e suas injustiças, perpetue-se apesar de tudo tão facilmente, e que condições de existência das mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo como naturais. Sempre vi na dominação masculina e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência dessa submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas (BOURDIEU, 2007, p.7).

Um aspecto importante que não poderíamos deixar de observar nesta mulher pesquisada, é sua necessidade de realização pessoal e de auto-realização íntima. Entendemos aqui necessidades psicossociais segundo as definições de Watson (1985, 2000 e 2002) e de Saraiva (2003), segundo as quais a realização pessoal, geralmente associada à necessidade de agregação, é uma necessidade psicossocial referente à auto-afirmação para a ascensão, reconhecimento e equilíbrio dos papéis sociais desempenhados. A realização pessoal é uma necessidade relacionada com a vida profissional, estruturas de rede social de apoio, como família, escola, religião, etc. Nesta categoria de necessidades incluem numerosos aspectos surgidos no ciclo gravídico-puerperal, principalmente em mulheres que engravidaram indesejadamente e que vivenciam conflitos familiares, já quando envolve questões como a maternidade, a vida conjugal e os papéis que desempenhamos dentro de nossa família.

Quanto a necessidades interpessoais ou intrapessoais, identificamos que várias das mulheres pesquisadas sofrem devido à falha em sua auto-realização. Esta é uma necessidade humana de buscar o crescimento íntimo, a satisfação consigo mesmo, o reconhecimento de suas potencialidades e seus valores anímicos; ou seja, de auto-realizar-se. É um nível mais elevado de realização pessoal, porém não mais relacionada com o mundo externo, mas sim com o mundo íntimo, com o eu particular de cada ser humano. Trata-se de uma necessidade altamente complexa, dependente da percepção da realidade, dos estados subjetivos da consciência e do amadurecimento pessoal. Relacionando-a com as condições de saúde, Watson

comenta que quanto mais auto-realizada uma pessoa é, mais ela promoverá sua própria saúde (SARAIIVA, 2003).

Diante disso, temos aqui mulheres com deficiências na aquisição de sua realização pessoal e de sua auto-realização, por questões que estão associadas a diversos e complexos fatores, vários deles existentes desde sua infância e outros que permeiam seu cotidiano na vida afetiva com seus companheiros, na dinâmica das relações filiais, na maneira como elas convivem com a doença mental e, finalmente, a fatores relacionados a questões de gênero. É por que analisamos que esta falha na satisfação de duas necessidades humanas superiores tem relação também com o gênero feminino, ou seja, com seu existir como mulher? Principalmente porque os entraves encontrados a partir dos depoimentos das mulheres pesquisadas e dos co-participantes entrevistados, estão relacionados ou com condições de pobreza ou com situações de desigualdades vivenciadas pelas mulheres, relacionadas ao seu papel sexual e reprodutivo diante do adoecimento mental ou do sofrimento psíquico, como por exemplo, uma gravidez indesejada que as deixa triste, um companheiro que se vai após o advento dessa gravidez, um companheiro alcoólatra que a domina e castra sua liberdade, a sobrecarga de responsabilidades com os filhos, dentre outros eventos, que têm como raízes os caracteres basicamente femininos, como a procriação e a dependência psicológica.

Ao final destas análises e diante da enorme quantidade de informações tão ricas para a pesquisa qualitativa, gostaríamos de encerrar com a importante citação de Fonseca (1997), que resume, em belas palavras, a essência do que pudemos apreender por meio dos discursos das mulheres pesquisadas. A autora propõe uma teoria da determinação social do processo saúde-doença para a compreensão do processo saúde-doença da mulher, o que nos leva a visualizar várias possibilidades de intervenção, não somente com a finalidade de atender queixas ou agravos, mas sim, com o horizonte de transformação efetiva da qualidade de vida, e nela, as condições materiais do espaço social ocupado pela mulher.

Em comum acordo com a autora citada anteriormente, acrescentamos que, enquanto prática social da área da saúde, a Enfermagem historicamente tem priorizado cuidar do processo saúde-doença da população feminina. Resta-nos optar por contextualizar esse profissional numa proposta mais ampla, intervindo nas formas de vida da população, com vistas à transformação do processo saúde-doença, devendo ser tal proposta multidisciplinar, pois foge completamente às possibilidades de apenas um único campo de práticas levá-la a cabo. No entanto, a condição *sine qua*

*non* para isto é mais do que, simplesmente, mudar intenções, avançando-se para a mudança da nossa forma de ver o mundo, de ver-nos a nós mesmos enquanto mulheres e de vermos a Enfermagem enquanto prática social privilegiada para, no conjunto das práticas em saúde, colaborar na transformação da saúde da mulher brasileira (FONSECA, 1997).

### ITEM 3: UNIDADES ANALÍTICAS REFERENTES AO SER MULHER E A RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL

De acordo com os treze casos apresentados, encontramos as seguintes unidades analíticas, apresentadas em forma de códigos ou categorias primárias, a partir das respostas convergentes. As unidades analíticas encontradas que representaram divergências de opinião foram descartadas aqui, uma vez que as pesquisadas adotaram, após melhor esclarecimento sobre as questões norteadoras, respostas convergentes.

Na discussão desta categoria analítica apreendemos dos discursos das pesquisadas algumas subcategorias definidoras que foram agrupadas e resumidas através das locuções verbais SER, TER e NÃO TER, assim descritas:

- SER MULHER É SER: sexo forte; sensível; responsável; determinada; decidida; pé no chão; dependente; privada das coisas e relações; genitora; gestora
- SER MULHER É TER: privações; perdas; responsabilidade; ocupação; obrigações; submissão; sensibilidade; suscetibilidade à doença
- SER MULHER É NÃO TER: liberdade; vida própria; vontade; independência

Analisando os nossos dados para a construção da categoria relativa ao ser mulher e a adoecer mentalmente, foi possível fazermos uma aproximação na qual agrupamos nossos achados em fatores favoráveis e efeitos, conforme apresentado a seguir:

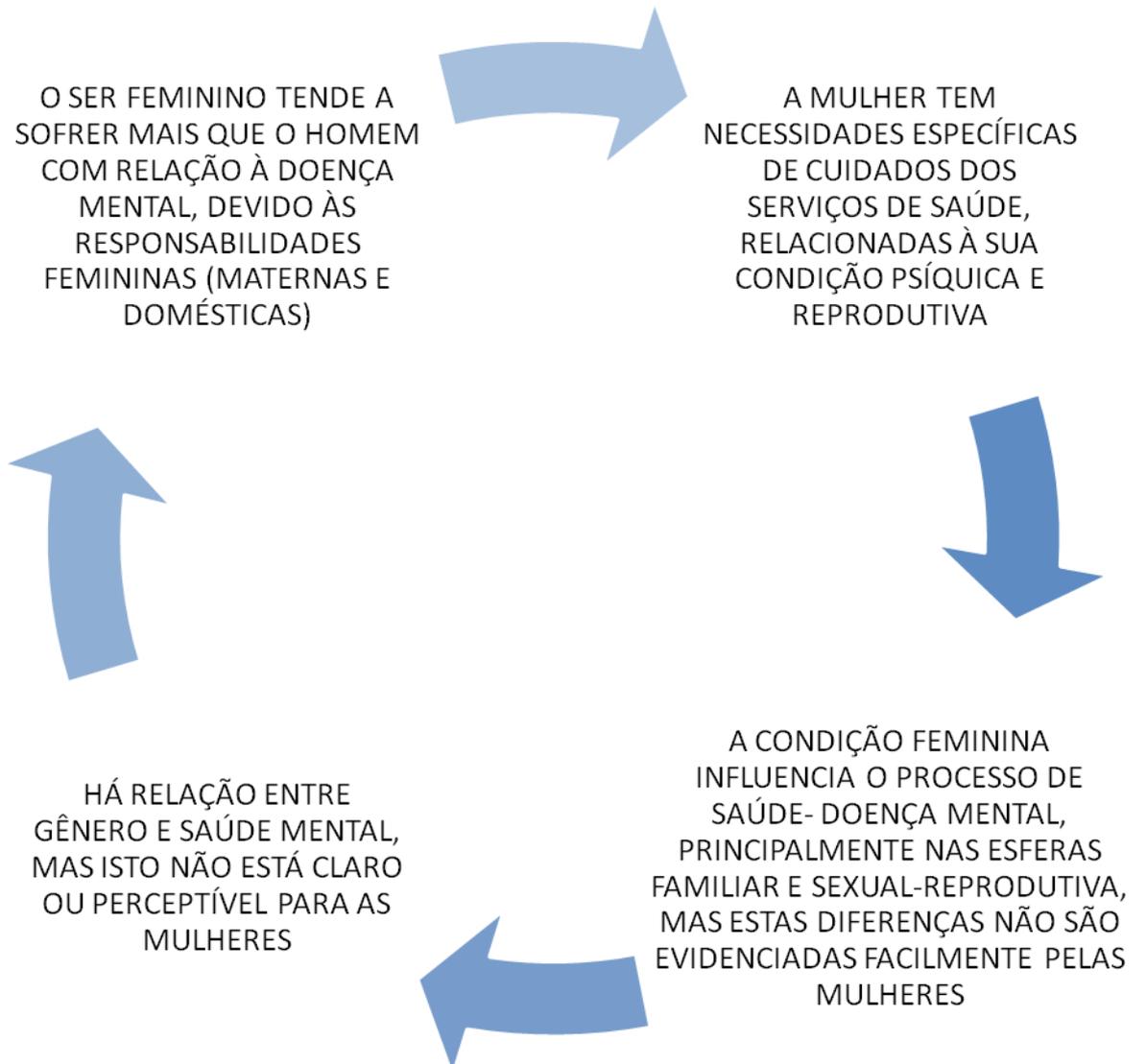
- **Fatores favoráveis ao adoecimento mental:** sofre mais; multiplicidade de papéis; separações e perdas; excesso de responsabilidades; gravidez; alterações do ciclo vital; relacionamentos violentos; maus tratos; dependência; isolamento social; maior fragilidade; condições reprodutivas; relações de gênero; maiores preocupações com a família;
- **Efeitos do adoecimento mental:** altera dinâmica familiar; maior exposição à violência; ausência de vaidade e de libido; maior exposição à violência, drogas, gravidez.

Na apreensão que fizemos sobre a categoria ser mulher versus atenção em saúde, realizamos a seguinte aproximação, definidas em termos de fatores identificados, sugestões e justificativas:

- **Fatores identificados:** atenção dicotomizada; não há controle ou preocupação do serviço; não há escuta; excesso de especialização; não há troca de informações entre o paciente e o profissional
- **Sugestões:** inclusão de ações de atenção integral; profissionais para escuta; ter remédios
- **Justificativas:** perda de tempo e qualidade da atenção

Após esta leitura e aproximação da realidade estudada procuramos fazer uma síntese através das apresentações a seguir, nas quais recortamos as categorias superiores descritas em palavras-chaves e/ou frases, como se segue, de acordo com as seguintes categorias superiores (palavras-chaves e/ou frases):

FIGURA 01



**FIGURA 02**

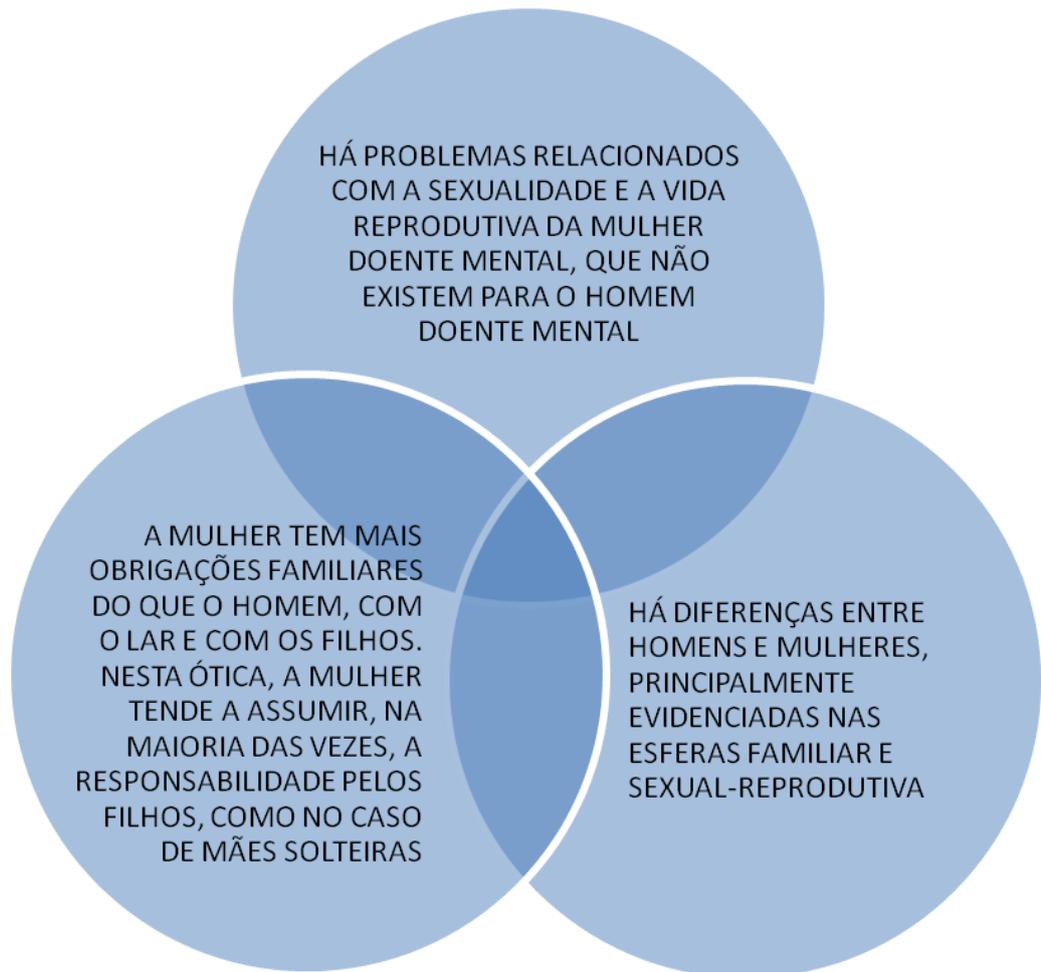
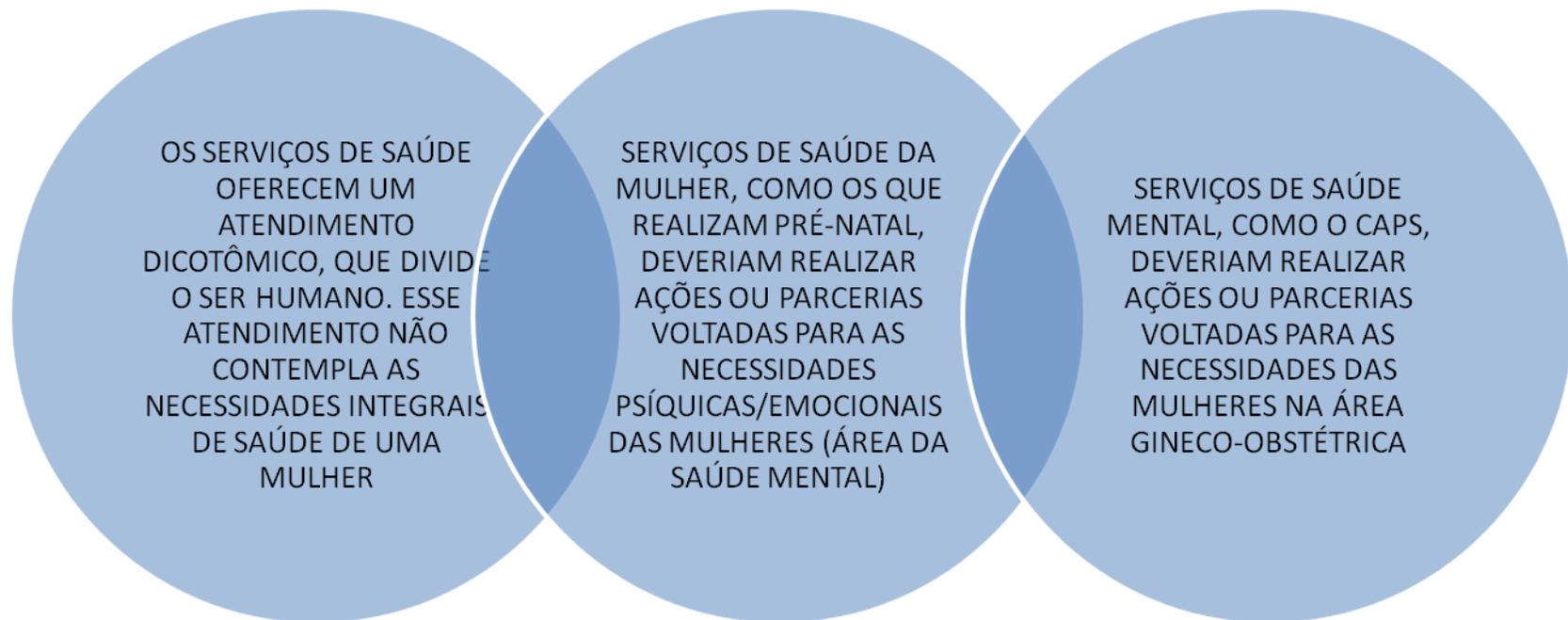


FIGURA 03



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---



Chegamos ao final deste estudo abordando um aspecto decisivo dentre nossos questionamentos: as mulheres de nossa pesquisa representam um ser feminino que carece de cuidados integrais, e que tende a vivenciar sofrimento psíquico causado por condições de gênero?

Em caso de respondermos positivamente, novamente questionamos: o apoderamento dessas mulheres quanto aos seus direitos humanos e suas peculiaridades de gênero, diante dos serviços de saúde, tornaria suas condições de vida melhores, amenizaria seu sofrimento psíquico?

Eis aonde nos propomos chegar, diante de nossa pesquisa. Podemos afirmar que há um ser feminino que adocece e que passa por situações de desigualdades e desvantagens em seu cotidiano e ao viver o processo de saúde-doença, tanto no âmbito mental quanto sexual-reprodutivo. Podemos afirmar, ainda, que infelizmente este ser feminino, na maioria das vezes, está tão silenciosa e resignadamente inserido nesse processo que, em seu viver cotidiano, não se percebe como vítima direta de um sistema muito bem estruturado de relações desiguais e

injustas, tão discorrido por Bourdieu naquilo que sabiamente chama de ‘violência simbólica, suave, insensível e invisível’ para suas próprias vítimas.

Essa não percepção das mulheres a respeito de sua própria condição de ser feminino num mundo patriarcal e dominado pelo poder masculino, poderia ser considerada um viés importante de nossa pesquisa; mas, mais que isso, ela se tornou um indicador de que a mulher vive seu adoecimento mental numa teia de rebuscadas relações de gênero e poder que ela mesma não percebe e não compreende muito bem, por isso, obviamente, não poderia identificar-se nessa teia e perceber-se intrínseca a ela. Tanto um problema social quanto capaz de afetar as condições de saúde, a violência está incluída na história das mulheres em todo o mundo, desde as épocas mais remotas. Assim sendo, ela fatalmente apareceria em nossos resultados. Nesse sentido, vemos que há uma incidência de situações de violência na infância dessas mulheres, repetindo-se posteriormente na vida afetiva com seus companheiros. Ou seja, essas mulheres tiveram seus direitos humanos infringidos duplamente.

Um ponto crucial seria, então, indagarmos qual o papel dos profissionais de saúde nessa teia e como têm funcionado os serviços prestados a essas mulheres que vivenciam o adoecimento mental ou, ainda não em nível de adoecimento, mas uma condição qualquer de sofrimento psíquico. Percebemos em nossa pesquisa que os profissionais e toda a estrutura operacional dos serviços de saúde têm executado um papel insuficiente com relação a este tema; um papel que na maioria das vezes reproduz mesmo as condições de poder que constroem tão eficientemente esta teia de relações de gênero. Houve tentativas para construir um modelo diferente, então representado pelas lutas feministas e sanitaristas, principalmente na década de 80, que resultaram na elaboração de novas políticas e programas de saúde para a mulher, como o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que superou o modelo anterior fundamentado exclusivamente em questões reprodutivas. Assim, o que era almejado por tantas feministas, como a integralidade e o holismo no atendimento à saúde da mulher, muito sutilmente começou a ser incorporado nas orientações para os profissionais de saúde, mas ainda não na sua práxis.

Isso corrobora a afirmativa de Castro e Clapis (2005) de que a assistência à mulher perdeu seu ponto básico que é o de ser voltada para ela própria, sendo essa uma pessoa completa, com princípios, cultura, vontades e medos. Diante disso, reafirmamos a sugestão de Villela e Oliveira (2007) de que devemos contribuir

para a compreensão e geração de novas possibilidades de contínua adequação das ofertas do SUS às necessidades das mulheres e homens concretos, e que o reconhecimento do gênero como um dos determinantes do processo saúde-doença sugere a adequação de ofertas em saúde baseadas na singularidade e na integralidade das mulheres.

Um aspecto importante para citar é que, apesar da intensa medicalização do corpo feminino – cada vez mais concreta à medida que a tecnologia avança nos serviços de saúde –, a mulher não tem garantias de qualidade do serviço prestado e sofre uma dicotomia que chega a ser cruel, principalmente no atendimento público (do Sistema Único de Saúde/SUS). Em nossa pesquisa, evidenciamos que o atendimento prestado nos serviços de saúde mental não tem qualquer relação com o atendimento dos serviços gineco-obstétricos, e vice-versa. Parece-nos, realmente, que os profissionais não estão interessados em atender um ser humano completo, que neste caso é uma mulher como todas as suas peculiaridades e, inclusive, sexuais-reprodutivas. Eles as atendem dicotomicamente, baseados na natureza do serviço: se de saúde mental, aspectos psíquicos; se de gineco-obstetrícia, aspectos reprodutivos, e ainda assim há falhas nesse atendimento dicotomizado e especializado. Reportemo-nos ao caso de uma de nossas mulheres pesquisadas, doente e deficiente mental, com hipersexualidade, que se prostitui e já engravidou inúmeras vezes.

Não foi necessária muita investigação para que enxergássemos essa característica de nossos serviços de saúde. Bastou a abordagem em dois serviços de saúde, um mental outro da mulher, e pareceu-nos claro que a dicotomia dos serviços é demasiadamente concreta e estruturada no fazer de seus profissionais. Devemos lembrar a particularidade do CEDEFAM, onde as enfermeiras utilizam diagnósticos de enfermagem os quais são instrumentos fáceis para identificarmos as necessidades psíquicas de uma pessoa atendida. No entanto, acreditamos que existe uma demanda semelhante em outros serviços de saúde da mulher, embora não seja identificada, provavelmente pela falta de recursos técnicos e metodológicos dos profissionais que realizam as consultas, como o não uso dos diagnósticos de enfermagem.

Com relação ao CEDEFAM, surpreendeu-nos a grande quantidade de mulheres grávidas que relataram algum nível de sofrimento psíquico, na maioria leve, porém capaz de afetar sua qualidade de vida. Isso nos prova que, além de existir uma demanda de mulheres atendidas num serviço gineco-obstétrico com necessidades de cuidados em saúde mental, o uso de diagnósticos de enfermagem é uma ferramenta

indispensável para a qualidade e a integralidade da assistência de enfermagem, abrindo um leque de identificação para as dimensões mais íntimas das mulheres, tanto sexuais-reprodutivas quanto psíquicas. Ainda com relação ao CEDEFAM, podemos concluir que neste serviço não são contemplados cuidados de enfermagem adequados para atender essas mulheres quanto às suas reais necessidades psíquicas e emocionais, uma vez que priorizam exclusivamente a atenção voltada para a área gineco-obstétrica.

Um agravante observado nas mulheres de nossa pesquisa, além dos fatores sociais e familiares marcantes, é o fato de a maioria delas não se sente auto-realizada. Em suas entrevistas evidenciamos que muitas delas encontram-se insatisfeitas com suas condições de vida. Algumas dessas mulheres demonstraram uma maior percepção sobre as relações de diferenças e desigualdade entre homens e mulheres, afirmando que se fossem homens sua vida seria melhor e associando o ser feminino ao sofrimento. Nestes casos, as causas de sofrimento psíquico estavam diretamente relacionadas com a condição feminina, principalmente na sobrecarga do papel de mãe em famílias nas quais o homem havia abandonado sua responsabilidade paterna.

Por outro lado, as mulheres que não perceberam diferenças e desigualdades entre os gêneros podem ser analisadas – sob a ótica feminista desta pesquisa – como vítimas de uma alienação sobre suas condições de vida? Ou esta é sua opinião, que democraticamente diverge dos enunciados e da opinião pessoal da pesquisadora? Vamos, portanto, buscando um olhar não neutro, mas sim mais próximo da realidade englobando seus vários aspectos e pontos de vista, especialmente o que converge e o diverge, o que se aproxima e o que se distancia nas opiniões das mulheres pesquisadas. Assim o fazemos porque buscamos, como defendido por Olesen (2006), uma pesquisa não somente sobre mulheres, mas para mulheres, como um trabalho feminista que visa influenciar ações políticas que transcendam e transformem as condições de vida e de saúde das mulheres. Lembremos aqui que o ‘ponto de vista’ numa pesquisa qualitativa é caracterizado por nós como uma conquista cognitiva, emocional e política, a partir da experiência localizada no plano social, histórico e prático.

Diante disso, quais as diferenças e as similaridades encontradas nas mulheres que concordaram e nas que discordaram das proposições desta pesquisa? No geral, não houve diferenças. Do universo selecionado para compor as atrizes desta pesquisa, todas as treze pesquisadas tinham características semelhantes e

vivenciavam condições de vida semelhantes, tanto oriundas do serviço de saúde mental e quanto da mulher.

Outra característica relevante levantada em nossa pesquisa foi o reconhecimento de determinados aspectos relacionados com a natureza biológica do sexo feminino. Pontuamos aqui o sexo, e não o gênero, pois são aspectos fortemente relacionados com os atributos biofísicos do sexo feminino, como a menstruação (relacionada com a Tensão Pré-Menstrual-TPM), a menopausa e o climatério, e finalmente a mais contundente delas, a gravidez, que se encontra associada com a maternidade e todas as responsabilidades naturais, sociais e familiares que a maioria de nossas pesquisadas assume com sobrecarga de funções.

Citações como: ‘eu fico mais nervosa com a menopausa’, ‘eu pioro na TPM’, ‘eu me sinto sobrecarregada porque sou mãe sozinha’, dentre outras, desvelam as condições de desigualdade vivenciadas pelas mulheres, bem como particularidades femininas que podem exigir maiores cuidados com a saúde mental dessas mulheres. É importante não esquecermos que há falta da percepção destas, enquanto mulheres, no que se refere aos seus direitos como pessoas humanas autônomas, com potencial para apoderarem-se do que importante for. Como, então, elas se viam diante dessas questões?

Algumas de nossas questões não foram respondidas ou não foram totalmente respondidas, provavelmente pela limitação intelectual das pesquisadas, que limitou o maior desvelamento de suas particularidades mais íntimas. Excluindo essas questões, temos como resultados que a maioria de nossas pesquisadas via-se como um ser em desvantagem, quando comparadas com os homens, caracterizando a mulher como um ‘*ser que sofre*’. Em várias das respostas sobre o que elas achavam de ser mulher, a palavra mais predominante associada foi ‘sofrimento’, e em outras poucas foi associada à imagem da mulher com a de um ser ‘*forte e responsável*’. No que se refere às percepções das pesquisadas, concluímos que todas exercem pouco ou nunca exerceram reflexões sobre sua condição feminina num mundo hegemonicamente masculino; muito menos sobre as influências e relações de sua feminilidade com seu processo de adoecimento e sofrimento psíquico.

É possível, também, que as mulheres que fracamente reconheceram algumas desigualdades nas relações de gênero, tendem a acreditar na fatalidade de sua doença (*‘se eu fosse homem, adoeceria do mesmo jeito’*), igualando as condições sociais e biológicas que interferem no processo de saúde-doença. Contrastando com a pouca percepção de algumas entrevistadas sobre isso, encontramos vários casos em nossa

pesquisa que revelam as diferenças no processo de adoecimento psíquico entre homens e mulheres. Por exemplo, em três de nossas pesquisadas que vivenciam ou vivenciaram situações de violência doméstica causadas por seus companheiros, constatamos que estes eram usuários de álcool e que estas eram ansiosas e deprimidas, engrossando as estatísticas de saúde mental que afirmam ser o homem mais propenso à dependência de drogas e álcool e a mulher a alterações de humor. Urge concluir que o adoecimento psíquico dessas mulheres, segundo suas próprias citações, foi causado pelas precárias condições de relacionamento e vida familiar com seus companheiros, principalmente devido aos seus atos violentos e dominadores. Lembremos o exemplo de duas de nossas pesquisadas, que foram privadas de sair de casa e usufruir de uma vida social e livre.

Utilizamos anteriormente o termo de cuidadoras, o que nos remete à importância de considerar, ao final desta tese, que encontramos o predomínio de cuidadoras mulheres, com exceção de um caso, no qual o principal cuidador da mulher com doença mental é seu marido. Todos os outros revelaram mulheres cuidadas por outras mulheres (principalmente suas mães) ou mulheres com sofrimento psíquico que exercem as funções de principais cuidadoras (no seio familiar, como mães e esposas). Seria interessante questionar diante desses resultados, quem cuida das cuidadoras quando elas adoecem, e como essas cuidadoras praticam seu autocuidado, aliviando-se da sobrecarga de funções domésticas e terapêuticas. Mas esses questionamentos não fizeram parte de nossos objetivos nesta pesquisa, mas surgiram nos resultados encontrados, o que nos incentiva a futuras investigações que contemplem essa temática tão fundamental para a qualidade de vida do gênero feminino.

Finalmente, queremos resumir nossas conclusões com as afirmativas alcançadas, baseadas no exaustivo processo de categorização e teorização próprio da pesquisa qualitativa, de que há relação entre gênero e saúde mental, sendo que a condição feminina influencia o processo de saúde-doença mental. Porém, esta relação não parece totalmente clara para as mulheres pesquisadas. No que diz respeito a um dos objetivos de nossa pesquisa, concluímos que as mulheres não percebem, de início, essa condição, mas com um pouco de estímulo elas reconheceram e descreveram as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, especificamente com relação às questões mentais e sexuais-reprodutivas, embora de maneira limitada devido ao nível intelectual.

Quanto à análise das características de gênero e a atenção recebida nos serviços de saúde, concluímos que não existe intercambialidade nos serviços escolhidos como campo de pesquisa, que representaram os dois setores da saúde: mental e gineco-obstétrico. Isto é, os serviços encontram-se praticamente isolados, não existindo referência entre cada um deles e outros serviços que realizam atendimentos importantes para a manutenção da saúde do gênero feminino. No tocante às necessidades das mulheres pesquisadas, em todas foram identificadas necessidades de cuidados integrais e holísticos; quando no serviço de saúde mental, de atenção gineco-obstétrica ou sexual-reprodutiva; quando no serviço de saúde da mulher, de atenção em saúde mental.

Numa crítica ao modelo de saúde vigente, Watson (1985) comenta que o que tem sido chamado de atendimento à saúde, composto por ações como o diagnóstico de doenças, o tratamento de enfermidades e prescrição de drogas, é, de maneira limitada, um atendimento médico. O verdadeiro atendimento à saúde enfoca o estilo de vida, as condições sociais e o ambiente. Nosso influente Ivan Illich, um dos primeiros pensadores a criticar o que cunhou de ‘medicalização’, afirma que a empresa médica ameaça a saúde e que a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, pois o aparelho biomédico do sistema industrial no qual vivemos, tira do indivíduo todo o poder de cidadania que lhe daria capacidade de controlar politicamente tal sistema (ILLICH, 1975).

Essa crítica se enquadra em nossas conclusões de que os serviços especializados ou generalistas que oferecem atenção à mulher em seu ciclo reprodutivo, bem como os serviços especializados em saúde mental, ainda não adotaram um paradigma integralista para dirimir a conduta de promoção da saúde executada por seus atores (os profissionais de saúde), e permanecem exercendo uma prática centrada no modelo biomédico, positivista e dicotomizado, não havendo interrelação ou intercambialidade entre as mais diversas áreas que dizem respeito ao ser humano como um todo holístico, especialmente entre a promoção da saúde da mulher na atenção básica e da saúde mental na rede secundária representada pelos CAPS, ampliando assim os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como apontam Alves *et al.* (2009), talvez pelo fato dessa Reforma ser um movimento considerado recente, em pleno processo de construção, talvez por carregar sobre si uma herança repleta de desvios sobre o conceito da loucura ou ainda, por estar inserido num contexto mais amplo, com uma configuração política e social pautada na exclusão e regida pela lógica do interesse das minorias mais

favorecidas, é que se faz necessário um olhar permanentemente atento e cuidadoso, tendo em vista a construção de um outro modo de lidar com o adoecimento psíquico, para que não sejam repetidos equívocos e mazelas testemunhados historicamente. Sob a mesma ótica, Ferreira Filha e Silva (2002) destacam que os profissionais de saúde comprometidos com a questão da saúde mental, precisam reconhecer seu papel político, sua função educativa e exercitar a análise e a crítica da realidade e das contradições socioeconômicas que se apresentam.

Trazemos então o pensamento com o qual concordamos, de Ximenes Neto e Cunha (2006), quando ressaltam que a efetivação do princípio da integralidade está muito distante de ser atingida devido ao modelo de atendimento, que não privilegia a integração horizontal da atenção à saúde. Para que isso possa ocorrer, todos os atores envolvidos devem procurar avaliar esta atenção propondo mudanças, e os gestores, como profissionais responsáveis pela execução das políticas públicas na área, necessitam planejar, organizar e avaliar melhor os serviços, assegurando que estes sejam eficientes, efetivos e eficazes para a clientela envolvida, bem como implementando os princípios do SUS para os usuários.

Nesta mesma linha de raciocínio crítico, não podemos esquecer de fazer mais uma crítica pertinente, que diz respeito ao modelo como o pré-natal tem sido realizado por nossos profissionais. Num passado recente, a cerca de dez anos, falaríamos sobre a necessidade da melhoria da prestação de serviços no pré-natal e da redução da morbi-mortalidade materna, incluindo principalmente o aumento da cobertura do atendimento, do número de consultas às gestantes e a implantação de uma política de humanização do pré-natal – o que tem sido conquistado desde o final da década de 90, especificamente no SUS e graças aos incentivos políticos do Ministério da Saúde à prática pré-natalista assumida pela enfermagem, diminuindo a sobrecarga e a centralização na categoria médica.

Entretanto, atualmente, sob outra ótica mais avançada e apropriada para as necessidades do século XXI, faz-se urgente e fundamental adotarmos outras condutas e outras políticas (mais avançadas) no pré-natal, não mais predominantemente técnicas e biológicas, mas agora integrativas e holísticas, entendendo que as reais necessidades da mulher em fase gestacional perpassam a dimensão meramente física de um útero gravídico interligado aos diversos sistemas orgânicos, e alcançam valores psíquicos e sociais os quais podemos identificar e para os quais podemos colaborar, como por exemplo, a auto-realização pessoal e íntima

de um ser feminino que é a principal responsável pela procriação da espécie – muitas vezes solitária, abandonada e sobrecarregada.

Acrescentemos as sábias palavras da influente pesquisadora feminista Fonseca (1999:25): ‘a constituição de políticas de saúde deve estar aspirada numa perspectiva emancipatória para as mulheres, (...) na defesa de que é na partilha de conhecimentos e experiências que reside a real oportunidade de nos tornarmos cidadãos de primeira categoria, na luta por um mundo justo e digno’.

Chegamos ao fim de nosso estudo, que não expõe uma verdade absoluta sobre as condições das mulheres pesquisadas, mas sim uma realidade triste a respeito do sofrimento psíquico destas que tão bem representaram em nossa pesquisa, o ser feminino em sua realidade singular e subjetiva de adoecimento mental e necessidades psíquicas, diante de suas condições de gênero, inseridas numa sociedade ainda tão machista e permeada por relações desiguais e violentas, algumas vezes explícitas, outras sutis, simbólicas e invisíveis.

Vislumbramos com este trabalho que, tanto para as mulheres cotidianamente atendidas nas esferas pública e privada, da atenção básica à terciária, quanto para os atores profissionais de saúde que executam esse atendimento, tem sido cada vez mais ululante uma mudança de paradigma e práxis, contemplando agora, de forma sensível e humanista, as necessidades psicossociais peculiares ao gênero feminino, especialmente sua necessidade de auto-realização como ‘ser mulher no mundo’.

Essa atitude humana e terapêutica, que se encontra muito além dos confins da medicalização, ajudará as mulheres a suprirem uma necessidade humana de buscar seu crescimento íntimo como seres autônomos e merecedores de igualdade, detentoras de potencialidades oriundas especialmente de seus atributos sexuais e característicos de seu gênero feminino, ao invés de desvantagens e limitações naturais, como tem sido creditado até hoje por homens e pelas próprias mulheres. Isso perpassa a promoção da saúde meramente biológica e biofísica, atingindo uma esfera transcendental realmente direcionada para a natureza humana quanto ao sexo e ao ser feminino, diante da qual promove-se, também, a qualidade de vida e a alegria de ser e estar num mundo, que apesar de conter relações conflituosas, pode ser um espaço da auto-realização íntima e pessoal, da prática do altruísmo e da igualdade entre seres, e por que não dizer, do exercício da alegria e do regozijo de ser o que se é: mulher.

## REFERÊNCIAS

1. AGIB, Haddad; SILVA, M<sup>a</sup>. B. da. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, v.34 n.1, fev. 2000.
2. ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; RIBAS, Valdenilson Ribeiro; ALVES, Eliana Vilela Rocha; VIANA, Marcelo Tavares; RIBAS, Renata de Melo Guerra; MELO Júnior, Lamartine Peixoto; MARTINS, Hugo André de Lima; LIMA, Murilo Duarte Costa; SOUGEY, Everton Botelho; CASTRO, Raul Manhaes de. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, 72 (1) jan./mar., 2009
3. ANDERSON, Joan M. *Lessons from a postcolonial-feminist perspective: suffering and a path to healing*. **Nursing Inquiry**, volume 11 Issue 4 Page 238, December 2004
4. ANDRADE, Laura Helena S.G. de; VIANA, M<sup>a</sup> Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.** 33(2); 43-54, 2006.
5. APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
6. ARAÚJO, Tânia M<sup>a</sup> de; ALMEIDA, Maura M<sup>a</sup> Guimarães de; SANTANA, Cristiane da Costa; ARAÚJO, Edna M<sup>a</sup> de; PINHO, Paloma de Sousa. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 abr/jun; 14(2):260-9
7. BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: DÍAZ, Juan; GALVÃO, Loren (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora HUCITEC/Population Council, 1999
8. BARBOSA, Regina; AQUINO, Estela M<sup>a</sup>. L.; HEILBORN, M<sup>a</sup>. L.; BERQUÓ, Elza. **Interfaces – gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002.
9. BARROS, Sônia M<sup>a</sup> O. (org.). **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.
10. BEZERRA, M<sup>a</sup> Gorette Andrade; CARDOSO, M<sup>a</sup> Vera Lucia M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006 maio-junho; 14(3): 414-21.
11. BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**, 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
12. BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2001.

13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 985/99. Institui o **Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 1999. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso: set. 2000.
14. \_\_\_\_\_. Portarias no. 569 a 572/00. Instituem o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, jun. 2000. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso: set. 2000.
15. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2002
16. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde**. Brasília, 2004
17. \_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil/DATASUS**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso: jan. 2007
18. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005a
19. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005b
20. CANTINELLI, Fábio Scaramboni; CAMACHO, Renata Sciorilli; SMALETZ, Oren; GONSALES, Bárbara Karina; BRAGUITTONI, Érika; RENNÓ Jr., Joel. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiq. Clín.** 33(3); 124-133, 2006
21. CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde**, 3ª. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002
22. CASTRO, Jamile Claro de.; CLAPIS, Mª. José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 nov-dez; 13(6):960-7
23. CNMB. CONFERÊNCIA NACIONAL DE MULHERES BRASILEIRAS. **Plataforma política feminista**. Centro Brasileiro de Estudos e Assessoria, Brasília: 2002
24. CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Relatório final da **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001
25. COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula. **A saúde como direito e como serviço**, 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006

26. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução 196** de 10 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996
27. CORDÁS, Tâki Athanássios; SALZANO, Fabio T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004
28. COSTA, Ana M<sup>a</sup>. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999
29. COSTA, Gabriela M<sup>a</sup> C.; GUALDA, Dulce M<sup>a</sup> Rosa. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Rev. esc. enferm. USP** v.42 n.1 São Paulo mar. 2008
30. CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003
31. DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000
32. DEL PRIORI, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil**, 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Contexto, 2001
33. D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; QUAYLE, Julieta; LUCIA, Mara Cristina Souza de; ZUGAIB, Marcelo. Aspectos cognitivos relacionados ao aparecimento de transtornos de humor em gestantes internadas. **Rev. Ginec. & Obst.** 11(3), 181-185, 2000
34. DÍAZ, Juan; GALVÃO, Loren (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora HUCITEC/Population Council, 1999
35. EILBERG-SCHWARTZ, Howard. **O falo de Deus e outros problemas para o homem e o monoteísmo**. Rio de Janeiro: Imago, 1995
36. ELSÉN, Ingrid; PATRÍCIO, Zuleica; PENNA, Claudia; ALTHOLFF, Coleta; BUB, Lydia. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994
37. \_\_\_\_\_, Ingrid; ALTHOFF, Coleta Rinaldi; LAURINDO, Alessandra C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis: UFSC, vol. 7, no. 2, 1998
38. ENGEL, Magali. **Psiquiatria e feminilidade**. In: DEL PRIORI, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*, 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Contexto, 2001
39. FALUDI, Susan. **Backlash: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001
40. FERREIRA Filha, M<sup>a</sup> de Oliveira; SILVA, Ana Tereza Medeiros C. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. **CONCEITOS**, julho/dezembro de 2002

41. FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**, 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
42. FO, Dario. **Quinta jornada: o timbre do abdômen não é natural às mulheres**. In: RIME, Franca (org.). Manual mínimo do ator: Dario Fo, 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 1999.
43. FONSECA, Rosa Mª Godoy Serpa da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39(4):450-9
44. \_\_\_\_\_. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Saúde e Sociedade** 8(2):3-32, 1999
45. \_\_\_\_\_. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.5 n.1 Ribeirão Preto jan. 1997
46. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**, 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006a
47. \_\_\_\_\_, M. Ditos e escritos, I. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b
48. \_\_\_\_\_, M. **História da loucura na idade clássica**, 4ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995
49. \_\_\_\_\_, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975
50. FREITAS, Fernando; MARTINS-COSTA, Sergio H.; RAMOS, José Geraldo Lopes; MAGALHÃES, José Antonio (e col.). **Rotinas em obstetrícia**, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002
51. GIDDENS, Anthony. **Sociologia**, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
52. GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999
53. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999
54. GOMES, Romeu; MINAYO, Mª Cecília de S.; SILVA, Cláudio Felipe R. da. **Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005
55. GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 107-14
56. HALES, Robert; YUDOFKY, Stuart. **Tratado de psiquiatria**, 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
57. HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
58. ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**, 2ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975

59. JEKEL, James; KATZ, David; ELMORE, Joann. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**, 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005
60. KAC, Gilberto; SILVEIRA, Érika Aparecida; OLIVEIRA, Livia Costa de; MARI, Jair de Jesus. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 22(5):999-1007, mai, 2006
61. KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, out. 2005, vol.27 supl.2, p.43-50
62. KITZINGER, Sheila. **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984
63. LARA, M<sup>a</sup>. Asunción; ACEVEDO, Maricarmen; BERENZON, Shoshana. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):818-828, mai-jun, 2004
64. LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana M<sup>a</sup> Cavalcanti. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004
65. LEIPERT, B.D. Feminism and public health nursing: partners for health. **Sch Inq Nurs Pract**. 2001 Spring;15(1):49-61
66. LoBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**, 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001
67. LOURO, Guacira Lopes. **Nas redes do conceito de gênero**. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (org.). **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996
68. LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001
69. MAIA Filho, Nelson Lourenço; MATHIAS, Lenir. Pré-natal ideal para gestantes de baixo risco. **GO Atual**, ano IX, n.7, 11-12, jul, 2000
70. MANCINI, Marisa Cotta. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI)**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005
71. MARI, Jair de Jesus; RAZZOUK, Denise; PERES, M<sup>a</sup> Fernanda Tourinho; DEL PORTO, José Alberto. **Psiquiatria. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Barueri, SP: Manole, 2005
72. MARSIGLIA, Regina Giffoni; DALLARI, Dalmo de Abreu; COSTA, Jurandir Freire; MOURA Neto, Francisco Drumond M. de; KINOSHITA, Roberto Tykanori; LANCETTI, Antonio. **Saúde mental e cidadania**, 2ª ed. São Paulo: Edições Mandacaru, s/a, [1987]
73. MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004

74. \_\_\_\_\_. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev Estud. Feministas**, v.13 n.3 Florianópolis set/dez. 2005
75. MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003
76. MATTAR, Rosiane; SILVA, Eliza Yoshiko Kochi; CAMANO, Luiz; ABRAHÃO, Anelise Riedel; COLÁS, Osmar Ribeiro; ANDALAF Neto, Jorge; LIPPI, Umberto Gazi. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.29 n.9 Rio de Janeiro set. 2007
77. MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**, II parte: Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. São Paulo: Cosac Naify, 2003
78. MELO, Nilson Roberto de; MACHADO, Rogério Bonassi; FERNANDES, César Eduardo. Irregularidades menstruais – inter-relações com o psiquismo. **Rev. Psiqu. Clín.** 33(2); 55-59, 2006
79. MELO, Célia Regina Maganha e. **Parto: mitos construídos, mitos em construção**. Bauru, SP: EDUSC, 2003
80. MILLER, I.W. *et al.* Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. **Am J Psychiatry** 2005 nov; 162:2131-8
81. MOTTA, M<sup>a</sup>. da G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev Psiquiatr RS** maio/ago 2005; 25(2):165-176
82. MUNCH, S. Gender-biased diagnosing of women's medical complaints: contributions of feminist thought, 1970-1995. **Women Health**. 2004;40(1):101-21
83. NAGIB, Haddad; SILVA, M<sup>a</sup>. B. da. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública** v.34 n.1, fev. 2000
84. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008
85. NOGUEIRA, Adriana Tanese. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 122-30
86. NOGUEIRA, Carlos Roberto Figueiredo. **Bruxaria e história: as práticas mágicas no ocidente cristão**. Bauru, SP: EDUSC, 2004
87. NUNES Filho, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu: 1996
88. OATES, Margaret. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. **British Medical Bulletin**, 67:219-229, 2003
89. ODENT, Michel. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002

90. OLESEN, Virginia L. **Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio**. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007
91. OLIVEIRA, Eliany N.; FRAGA, Mª de N. de O. **Mulheres e o medicamento de cada dia**. In: SOUZA, A. Mª A. e; BRAGA, V. A. B.; FRAGA, Mª de N. de O. (org.). Saúde, saúde mental e suas interfaces. Fortaleza: Pós-graduação DENF/UFC/FFOE, FCPC, 2002
92. OLIVEIRA, Luís R. Cardoso. **Pesquisas em vs. Pesquisas com seres humanos**. Série Antropologia. Brasília: Instituto de Ciências Sociais/UnB, 2003
93. OLIVEIRA, Norma Mª. de; SILVA, Ana Mª. de F. da. **Atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família**. In: CREUTZBER, M. et al. (org.). Livro-temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [on line]. Brasília (DF): ABEN, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. Acesso em: set/2005
94. OMS/OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança**. World Health Report, Suíça, 2001.
95. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manejo das complicações na gestação e no parto**. Porto Alegre: Artmed, 2005
96. ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial sobre a Mulher**, 4. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996
97. PADILHA, Mª Itayra Coelho de S.; VAGHETTI, Helena Heidtmann; BRODERSEN, Gladys. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 abr/jun; 14(2):292-300
98. PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.82-94, 2008
99. PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVAL, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** v.7 n.4 Rio de Janeiro 2002
100. POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004
101. POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
102. PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002
103. PRÁ, Jussara Reis. **Gênero, cidadania e participação na esfera pública**. In: CARVALHO, Marie Jane Soares; ROCHA, Cristianne Mª Famer (org.). Produzindo gênero. IV Encontro Nacional da Rede Brasileira de Estudos e Pesquisas Feministas. Porto Alegre: Sulina, 2004

104. RAMADAM, Zacaria Borge Ali; ASSUMPÇÃO Jr., Francisco B. (org.). **Psiquiatria: da magia à evidência?** Barueri, SP: Manoele, 2005
105. REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**, 10<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006
106. RIBEIRO, Matilde. O feminismo em novas rotas e visões. **Rev. Estud. Fem. v.14 n.3 Florianópolis set./dez. 2006**
107. RNFS. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. Direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo, 2002
108. ROCHA, Norma Faustino. **O viver com o transtorno mental no contexto familiar: abordagem cultural**. Dissertação [Mestrado]. Curso de Mestrado em Saúde Pública/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002
109. ROMERO, Mariza. **Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930**. Bauru, SP: EDUSC, 2002
110. SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004
111. SARAIVA, Kaelly Virginia de **O. Práticas alternativas no cuidado pré-natal com família de risco – adolescente grávida**. Monografia [Graduação]. Orient.: Lígia Barros Costa. Dep. Enfermagem/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999
112. \_\_\_\_\_. **Terapias alternativas/complementares para o cuidado humanizado na gravidez**. Dissertação [Mestrado]. Orient.: Lorena Barbosa Ximenes. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003S
113. SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004
114. SCHIENBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, SP: EDUSC, 2001.
115. SCHRAIBER, Lília B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.L.; FRANÇA Junior, Ivan; STRAKE, Sílvia S.; OLIVEIRA, Elaine A. de. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saude soc. v.9 n.1-2 São Paulo jan./dez. 2000**
116. SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **R Enferm UERJ** 2005; 13:245-51
117. SILVA, Mariluce C.F. da; FUREGATO, Antonia Regina F.; COSTA Jr., Moacyr L. da. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2003 jan-fev, 11(1):7-13
118. SILVA, Elizabeth B. (org.). Des-construindo gênero em ciência e tecnologia. **Cadernos Pagu** (10) 1998

119. SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4):591-5
120. SOUZA, Angela M<sup>a</sup>.A. e; BRAGA, Violante A.B.; FRAGA, M<sup>a</sup> de Nazaré de O. (org.). **Saúde, saúde mental e suas interfaces**. Fortaleza: Pós-graduação DENF/UFC, FCPC, 2002
121. STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette. **Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999
122. STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**, 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2008
123. SZASZ, Thomas S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976
124. TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995
125. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9):1845-1853, set, 2006
126. THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995
127. TONINI, Nelsi Salete; SCHNEIDER, Jacó Fernando; KANTORSKI, Luciane Prado. **Políticas de saúde mental e a reforma psiquiátrica**. ANAIS do Seminário Nacional sobre Estado e Políticas Sociais no Brasil, Secretaria de Municipal de Saúde, Cascavel (PR), 2002
128. TOSI, Lucía. Mulher e ciência. A revolução científica, a caça às bruxas e a ciência moderna. **Cadernos Pagu** (10) 1998
129. TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, 7<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001
130. TURRIS, S.A. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs**. 2005 May; 50(3):293-
131. VALADARES, Gislene C.; FERREIRA, Luciana Valadares; CORREA Filho, Humberto; ROMANO-SILVA, Marco Aurélio. Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. **Rev. Psiq. Clín.** 33(3); 117-123, 2006
132. VASCONCELLOS, Cristiane Teresinha de Deus V.; VASCONCELLOS, Sílvia José L. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). **Cad. Saúde Pública** v.23 n.5 Rio de Janeiro maio 2007.

133. VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
134. VILLELA, Wilza Vieira; OLIVEIRA, Eleonora M. **Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007
135. WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring**, 2th. Colorado: Colorado Ass. University Press, 1985
136. \_\_\_\_\_. Via negativa: considering caring by way of non-caring. **The Australian Journal of Holistic Nursing**, vol. 7, n.1, 2000
137. \_\_\_\_\_. Nursing: seeking its source and survival. **ICU and Nursing Web Journal**, n. 9, jan-mar. 2002
138. WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maurren. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**, 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002
139. XIMENES Neto, Francisco Rosemiro G.; CUNHA, Isabel C. Kowal Olm. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto contexto-enferm.** v.15 n.3 Florianópolis ju./set. 2006
140. YAZLLE, Marta Edna Holanda D.; ROCHA, Juan Stuardo Y.; MENDES, Mª Célia; PATTA, Maristela Carbol; MARCOLIN, Alessandra Cristina; AZEVEDO, George Dantas de. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública** 2001;35(2):202-206
141. ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca. **Enfermagem obstétrica**, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985
142. ZIMMERMANN, Aida; ZIMMERMANN, Heloisa; ZIMMERMANN, Jacques; TATSCH, Fernando; SANTOS, Cristina. *Gestação, parto e puerpério*. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001

## APÊNDICE I

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### A) IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais do nome: \_\_\_\_\_
2. N° de identificação para a pesquisa: \_\_\_\_\_
3. Data desta entrevista: \_\_\_\_\_
4. Idade/D/N: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
6. Telefone: \_\_\_\_\_
7. Escolaridade: \_\_\_\_\_
8. Religião: \_\_\_\_\_
9. Cor: \_\_\_\_\_
11. Renda familiar: \_\_\_\_\_
12. Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
12. Renda pessoal: \_\_\_\_\_
13. Informante: MULHER PESQUISADA ( ) CO-PARTICIPANTE ( )
- 13.1 Descrever co-participante (idade, escolaridade, parentesco, renda, etc.)
14. Descrever a família (membros, idades, funções, agregação, etc.)
15. Descrever condições de moradia/casa
16. Local da entrevista: \_\_\_\_\_
17. Identificação da instituição na qual a mulher foi selecionada: \_\_\_\_\_
- 17.1 Tipo de atendimento: SAÚDE MENTAL ( ) SAÚDE DA MULHER ( )
- 17.2 Descrever os serviços utilizados
- 17.3 Tempo e frequência de utilização desse serviço: \_\_\_\_\_
18. Motivo de utilização desse serviço: \_\_\_\_\_
19. Em caso de este ser um serviço de saúde da mulher, alguma vez você recebeu alguma atenção voltada para a saúde mental? NÃO ( ) SIM ( )
- 19.1 Descreva (profissional que atendeu, forma como atendeu, encaminhou/tratou)
20. Em caso de este ser um serviço de saúde mental, alguma vez você recebeu alguma atenção voltada para a saúde da mulher? NÃO ( ) SIM ( )
- 20.1 Descreva (profissional que atendeu, forma como atendeu, encaminhou/tratou)
21. Descreva como você vê percebe a assistência prestada nesse serviço

#### B) CONDIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

22. Possui antecedentes mórbidos? NÃO ( ) SIM ( )
- 22.1 Quais: \_\_\_\_\_
- 22.2 Descrever \_\_\_\_\_
- Tentativa de suicídio ( ) Agressões/brigas ( ) Problemas legais ( )
23. Hábitos de vida:
- 23.1 Álcool: esporádico/social ( ) situacional/nervosismo ( ) vício ( )
- 23.2 Descrever (frequência, tipo, quantidade)
- 23.3 Tabagismo: esporádico/social ( ) situacional/nervosismo ( ) vício ( )
- 23.4 Descrever (frequência, tipo, quantidade)
- 23.5 Benzodiazepínicos: NÃO ( ) SIM ( )
- Descrever (tipo, frequência, quantidade)
- 23.6 Uso de drogas psicoativas: NÃO ( ) SIM ( )
- Descrever (tipo, frequência, quantidade)

- 23.7 Lazer: (descrever)
24. Antecedentes familiares: Descrever (quem, quando, como)  
 Alguns parente com doença mental? NÃO ( ) SIM ( )
25. Dinâmica e relações familiares: (descrever)
26. História de vida pregressa
- 26.1 Doença mental anteriormente manifestada? NÃO ( ) SIM ( )  
 Descrever
- 26.2 Gestação: SEM ALTERAÇÃO ( ) COM ALTERAÇÃO ( )  
 Descrever
- 26.3 Parto: SEM ALTERAÇÃO ( ) COM ALTERAÇÃO ( )  
 Descrever
- 26.4 Infância: SEM ALTERAÇÃO ( ) COM ALTERAÇÃO ( ) Descrever
- 26.5 Adolescência: SEM ALTERAÇÃO ( ) COM ALTERAÇÃO ( )  
 Descrever
- 26.6 Vida escolar: SEM ALTERAÇÃO ( ) COM ALTERAÇÃO ( )  
 Descrever
- 26.7 Ocorreram em algum momento de sua vida:
- 26.7.1 Acidentes, traumas, injúrias NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 26.7.2 Convulsão: NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 26.7.3 Crises emocionais: NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 26.7.4 Internações hospitalares: NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 26.7.5 Algum tipo de violência/agressão? NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 26.7.6 Outros: NÃO ( ) SIM ( ) Descrever

### C) EXAME MENTAL

27. Aparência: (descrever)
- 27.1 Higiene:
- 27.2 Vestimentas:
- 27.3 Expressão corporal e postura:
28. Nível de consciência e valoração do eu: (descrever)
- 28.1 Orientação: alopsíquica ( ) autopsíquica ( )
- 28.2 Atenção: (descrever)
29. Memória: imediata ( ) recente ( ) pregressa ( )
30. Sensopercepção: alucinações visuais ( ) alucinações auditivas ( )  
 alucinações táteis ( ) alucinações olfativas ( ) ilusões ( ) outros ( )
31. Pensamento: afrouxamento de idéias ( ) fuga de idéias ( ) delírios ( )  
 pensamento rápido ( ) obsessões ( ) outros ( )
32. Linguagem: logorréico ( ) mutista ( ) fala quando solicitado ( )  
 incoerência ( ) frases curtas ( ) neologismos ( )  
 responde com monossílabas ( )
33. Inteligência: (descrever)
34. Juízo de realidade/julgamento e insight: preservados ( )  
 não preservados ( )
35. Humor e afeto: euforia ( ) hiperforia ( ) exaltação ( ) depressão ( )  
 irritabilidade ( ) otimismo ( ) amabilidade ( ) apatia ( ) medo ( )  
 pânico ( ) hipocondria ( ) apreensividade ( ) aborrecimento ( )  
 desespero ( ) insatisfação ( ) suspeita ( ) raiva ( ) outros ( )
36. Volição: (descrever)
37. Psicomotricidade: (descrever)
38. Crítica em relação às alterações percebidas: (descrever)
39. Desejo de receber ajuda: (descrever)

- 39.1 A ida à consulta é voluntária? SIM ( ) NÃO ( )
- 39.2 É levada por quem?
40. Sinais de ansiedade: NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
41. Atitude frente à entrevistadora: (descrever)
42. Outras observações sobre o estado psíquico/mental (acrescentar de necessário):
43. Diagnóstico psiquiátrico:
44. Medicamentos utilizados:
45. Outros recursos terapêuticos utilizados:
- Breve resumo da história psiquiátrica (acrescentar se necessário):
46. Condições mentais que afetam a vida gineco-obstétrica: (descrever)
- FUGAS DO LAR ( )
- SAÍDAS A LONGA DISTÂNCIA OU POR MUITOS DIAS ( )
- AUTO-PROTEÇÃO ( )
- EPISÓDIOS DE HIPERSEXUALIDADE ( )
- CUIDA DA HIGIENE ÍNTIMA, ESPECIALMENTE EM PERÍODOS MENSTRUAIS ( )
- CUIDA DA HIGIENE CORPORAL ( )
- DÁ SINAIS DE VAIDADE ( )
- ASSUME FUNÇÕES MATERNAIS ( )
- ASSUME FUNÇÕES CONJUGAIS ( )
- ASSUME ATIVIDADES DOMÉSTICAS ( )
- É AFETIVA COM A FAMÍLIA ( )
- ASSUME OU COLABORA NO CONTROLE DA CONCEPÇÃO ( )
- OUTROS ( )

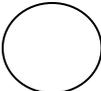
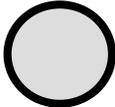
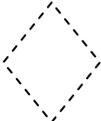
#### D) CONDIÇÕES GINECO-OBSTÉTRICAS

47. Menarca: \_\_\_\_\_
48. Intercorrências na adolescência? \_\_\_\_\_
49. Início da atividade sexual: \_\_\_\_\_ 49.1 Frequência: \_\_\_\_\_
- 49.2 N° parceiros: \_\_\_\_\_
50. Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- 50.1. Gravidez atual? IG: \_\_\_\_\_
- 50.2 N° filhos/sexo/idade:
- 50.3 Tipos de parto:
51. Métodos contraceptivos utilizados:
52. Grau de adesão da mulher ao planejamento familiar:
- ALTO ( ) BAIXO ( ) IRREGULAR ( )
- 52.1 Grau de adesão do homem ao planejamento familiar:
- ALTO ( ) BAIXO ( ) IRREGULAR ( )
53. Vida sexual:
- ATIVA ( ) INATIVA ( ) IRREGULAR ( )
- 53.1 Peculiaridades da sexualidade: (descrever)
54. Riscos de DST/AIDS, gravidez indesejada, violência sexual, promiscuidade?
- NÃO ( ) SIM ( ) POSSIVELMENTE ( ) (descrever)
55. Medicamentos utilizados em gineco-obstetrícia:
56. Ocorreram em algum momento de sua vida:
- 56.1 Acidentes, traumas/injúrias de natureza gineco-obstétrica?
- NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 56.2 Crises que afetassem a vida sexual? NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 56.3 Internações hospitalares? NÃO ( ) SIM ( ) Descrever
- 56.4 Cirurgias? NÃO ( ) SIM ( ) Descrever



## APÊNDICE II

### LEGENDA PARA INTERPRETAÇÃO DE GENOGRAMAS

	= MULHER, COM IDADE NO CENTRO DO CÍRCULO
	= HOMEM
	= MULHER PESQUISADA, PESSOA CENTRAL DO GENOGRAMA, MEMBRO-CHAVE DA FAMÍLIA PARA A PESQUISA
	= CASAMENTO
	= UNIÃO CONSENSUAL OU RELACIONAMENTO TIPO NAMORO OU CONTATO SEXUAL SOMENTE
	= RELACIONAMENTO ROMPIDO
	= LINHA QUE MOSTRA A PARIDADE OU ADOÇÃO DE FILHOS
	= LINHA QUE MOSTRA O ABANDONO DE FILHOS OU O ROMPIMENTO NAS RELAÇÕES ENTRE PAIS E FILHOS
	= LINHA QUE MOSTRA A ADOÇÃO DE FILHOS
	= FILHO RECÉM-NASCIDO, FETO OU FILHO COM SEXO DESCONHECIDO
	= ESTE SINAL EM CADA UM DOS CANTOS INDICA MORTE

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O atendimento a mulheres em fase reprodutiva exige que os profissionais estejam atentos, não somente para aspectos físicos ou de saúde gineco-obstétrica, mas, também, para aspectos mentais, relacionados com as particularidades do ser feminino. Da mesma forma, o atendimento a mulheres em fase reprodutiva com alteração/doença mental exige maior sensibilidade e atenção dos profissionais quanto às questões de gênero e, especialmente, gineco-obstétricas da mulher atendida num serviço de saúde mental. É comum as mulheres sofrerem com as desigualdades sociais e apresentarem processos de adoecimento próprios de sua condição sexual e de gênero, e isso exige que os profissionais estejam atentos e melhor preparados para assistir e reconhecer as reais necessidades de sua clientela feminina, principalmente diante de seu ciclo reprodutivo e das possibilidades de alterações mentais.

Interessada em investigar estas particularidades da mulher e querendo colaborar com a qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde, estou desenvolvendo esta pesquisa que tem por objetivo: analisar a percepção da mulher com sofrimento mental sobre a promoção de sua saúde, na perspectiva do gênero, ou seja, de seu ser feminino, e da atenção integral, isto é, da mulher como um todo (corpo, mente e espírito). Assim, gostaria de convidá-la para participar dessa pesquisa, ajudando-me a conhecer o modo como cada mulher pesquisada convive com esta situação, perguntando sobre: como é ser mulher com necessidades de cuidado mental; quais são essas necessidades e quais as necessidades gineco-obstétricas; qual a percepção da mulher sobre o atendimento recebido nos serviços que busca; como a mulher gostaria que fosse o atendimento dos serviços que busca.

Caso aceite meu convite de participação, eu a entrevistarei e observarei seu atendimento no CEDEFAM ou no CAPS, e também poderei ir até sua casa, como preferir, por um período de tempo aproximado de 40 minutos. A entrevista poderá ser gravada, se você autorizar. Esta entrevista terá algumas perguntas sobre você, como: seu nome, sua idade, sua escolaridade, seu estado civil, renda familiar, nº. de filhos, nº de gravidez, etc.; além de algumas perguntas relacionadas com o que é ser mulher para você, sobre sua sexualidade, seu viver

diante das alterações mentais, se isso lhe incomoda e como, e o que você espera dos serviços de saúde voltados para a mulher.

Garanto que tanto a entrevista quanto a observação não representam riscos para você, e que as informações coletadas serão usadas apenas para a realização desta pesquisa e divulgadas em meios científicos. Informo, ainda, que quando apresentar os resultados, não usarei seu nome e nem daremos nenhuma informação que possa identificar você. Também lhe asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre esta pesquisa, inclusive para tirar dúvidas que possam surgir. Você tem liberdade de retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento, sem que isto prejudique seu atendimento no serviço de saúde.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará poderá ser consultado sobre esta pesquisa, pelo telefone (85) 3366.8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva

Rua Joaquim Frota, 1278, Água Fria, Fortaleza (Ce)

Fone: 32735351; e-mail: kaellyvirginia@yahoo.com.br

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Declaro que após ter sido esclarecida pela pesquisadora, e após ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2007.

Nome (opcional): \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)