

Denise Martin^I

José Quirino^{II}

Jair Mari^{II}

Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo

Depression among women living in the outskirts of São Paulo, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o significado da depressão para mulheres diagnosticadas com o transtorno e o contexto do atendimento realizado pelos psiquiatras que as acompanham.

MÉTODOS: Estudo qualitativo realizado no município de Embu, na Grande São Paulo, entre agosto de 2002 e janeiro de 2003. Foram realizadas observação etnográfica e entrevistas em profundidade com 16 mulheres diagnosticadas com depressão, pacientes de uma Unidade Básica de Saúde, e quatro psiquiatras. Após a leitura exaustiva, os dados foram agrupados em categorias e analisados. A interpretação dos resultados baseou-se no conceito de cultura.

RESULTADOS: As entrevistadas tinham ampla noção do transtorno, aceitando o tratamento com medicação. Para os psiquiatras, a depressão é um termo assimilado pelo senso-comum. Todas as entrevistadas identificaram a origem da doença em eventos passados, como: morte de filho, episódios violentos ligados ao tráfico de drogas, desemprego e agressividade do companheiro. A violência era comum no cotidiano das entrevistadas, tanto fora como dentro de casa.

CONCLUSÕES: Para essas mulheres, a depressão era uma forma de expressar sentimentos, como a infelicidade num contexto de pobreza e violência. Os psiquiatras extrapolam as suas funções clínicas e têm um papel na reorganização do cotidiano dessas mulheres.

DESCRIPTORIOS: Depressão. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Pesquisa qualitativa. Saúde mental. Antropologia social. Mulheres.

^I Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

^{II} Departamento de Psiquiatria. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Denise Martin
Universidade Católica de Santos
Coordenadoria de Pós-graduação e Pesquisa
Programa de Mestrado em Saúde Coletiva
R. Carvalho de Mendonça, 144
11070-906 Santos, SP, Brasil
E-mail: demartin@terra.com.br

Recebido: 30/1/2006

Revisado: 8/3/2007

Aprovado: 13/4/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the meaning of depression in women diagnosed with the disorder, and the context of care given by the psychiatrists who follow them up.

METHODS: Qualitative study performed in Embu, outskirts of São Paulo, between August 2002 and January 2003. Ethnographic observation and in-depth interview were carried out with 16 women diagnosed with depression in primary care, and four psychiatrists. After exhaustive reading, data were grouped into categories and assessed. The assessment of outcomes was based on the concept of culture.

RESULTS: Women interviewed are well aware of the disorder, and accept treatment based on medication. For psychiatrists, depression is a term understood by the common sense. All women interviewed identified the onset of the disease from a past event such as: death of a son, violent episodes connected with drug traffic, unemployment, and partners' aggressiveness. Violence was common in the every day life of the interviewed women both inside and outside their homes.

CONCLUSIONS: For these women, depression is a way to express their feelings, such as unhappiness in a context of poverty and violence. Psychiatrists go beyond their clinical functions and play an important role on reorganizing the daily life of these women.

KEY WORDS: Depression. Health knowledge, attitudes, practice. Qualitative research. Mental health. Social anthropology. Women.

INTRODUÇÃO

A depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade.

Em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo.¹⁶ Estudos internacionais⁵ e nacionais^{2,3} mostram que os sintomas de depressão e ansiedade são mais prevalentes entre mulheres. Mulheres e pessoas com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas possuem maior risco de apresentar depressão.^{19,20}

Uma maneira de compreender esta maior vulnerabilidade feminina à depressão é abordar a questão do ponto de vista cultural. Vários autores relatam como a experiência da depressão pode ser compreendida com referência ao segmento cultural no qual as pessoas estão imersas.^{7,13,14,23}

A cultura não somente coloca ênfase diferencial em emoções particulares, mas pode designar atribuições específicas para a intensidade de suas experiências, assim como sua expressão.¹³ Para Manson,¹³ o melhor entendimento da ocorrência da depressão deverá levar em conta muito mais do que simplesmente os sintomas expressos pelo paciente. Devem ser considerados os contextos sociais e as forças culturais que modelam o

cotidiano, que dão significado às relações interpessoais e eventos na vida. Desta forma, a compreensão da doença deve alcançar também o contexto sociocultural.

Para Fabrega,⁷ existem dois aspectos da depressão inter-relacionados: de um lado, mudanças neuroquímicas e neuropsicológicas que, na sua totalidade, sublinham alterações de comportamento que podem mostrar uma medida de especificidade através do tempo e espaço. De outro lado, as formas genéricas e abstratas ou molduras que ofuscam a maneira como estas alterações de comportamento são expressas em uma forma culturalmente contextualizada. Este autor também mostra o necessário diálogo entre as condições biológicas dos indivíduos e o contexto cultural em que são expressas.

Outros exemplos são os estudos clínicos sobre depressão realizados em culturas não ocidentais, citados por Marsella et al.¹⁴ Eles apontam a reduzida frequência ou ausência dos componentes chamados psicológicos da depressão e a dominância de aspectos denominados somáticos, especialmente para os sentimentos de culpa, desespero, autodestruição e ideação suicida.

Há ampla bibliografia sobre o tema, envolvendo estudos clínicos, diagnósticos e sintomatologia, desenvolvida há pelo menos três décadas. Porém, a maioria das teorias sobre a depressão ignora a importância dos fatores culturais.¹⁴

O objetivo do presente estudo foi analisar o significado da depressão para mulheres diagnosticadas com o transtorno, e o contexto do atendimento pelos psiquiatras que as acompanham.

MÉTODOS

O município de Embu situa-se a 27 km do centro da capital paulista, fazendo parte da região metropolitana de São Paulo. É considerada uma estância turística caracterizada pelo comércio de artesanato, também chamado de Embu das Artes. Com exceção do centro comercial, os bairros são muito pobres. Em 2004, a população era de 232.165 habitantes. A maioria das casas do município é de pequenas dimensões, construídas pelos próprios proprietários em bloco aparente, com elevado número de loteamentos clandestinos e bolsões de favelas. Em 2003, a taxa de homicídios local por era de 71/100.000 habitantes, duas vezes maior do que a do Estado de São Paulo (36/100.000).*

A característica principal do Embu é a pobreza, acrescida da falta de infra-estrutura nas áreas de saúde, educação, moradia, trabalho e lazer. O atendimento em saúde mental no município caracteriza-se pela precariedade de recursos humanos.

Foi realizado um estudo qualitativo, incluindo a observação etnográfica densa, e entrevistas semi-estruturadas em profundidade.^{17,21} Foram realizadas 16 entrevistas com mulheres diagnosticadas com depressão (F32 e F33 – CID 10¹⁸) atendidas em unidade básica de saúde (UBS) no Embu, e quatro entrevistas com os psiquiatras da rede municipal de saúde.

A etnografia de acompanhamento da pesquisa foi restrita às adjacências do posto de saúde, com presença ostensiva e ameaçadora de traficantes nos arredores.

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2002 e janeiro de 2003. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para as mulheres: residentes no lugar; indicadas por um psiquiatra; com depressão devidamente diagnosticada e em tratamento; uso de medicamentos antidepressivos prescritos.

Os quatro psiquiatras entrevistados (três homens e uma mulher) atendiam todo o município, na época. Dois trabalhavam em UBS, um no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outro no pronto-socorro e ambulatório. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos psiquiatras. O roteiro de entrevista abordava o atendimento em saúde mental e em depressão, suas especificidades, entendimento do modo de vida das mulheres com diagnóstico de depressão, critérios diagnósticos utilizados e formação profissional (residência, especializações).

Optou-se por realizar as entrevistas com as mulheres em uma determinada UBS pela sua localização numa das regiões mais pobres do município e por oferecer atendimento exclusivamente ambulatorial em psiquiatria.

Um dos psiquiatras da UBS indicou as mulheres com diagnóstico de depressão para serem entrevistadas, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. As entrevistas (gravadas e transcritas) tiveram duração entre 40 minutos e duas horas, realizadas em uma sala privativa na UBS. As entrevistas compreendiam questões sobre: como chegaram ao atendimento médico, razões e queixas, entendimento do transtorno e do tratamento, causas do transtorno, relação com a família e a comunidade depois do diagnóstico, condições de vida e sociabilidade no Embu e dados sociodemográficos. Os depoimentos dos participantes foram identificados por letras referentes a nomes fictícios e os psiquiatras referentes a números (psiquiatra 1 a 4).

As entrevistas foram realizadas até a saturação dos conteúdos. Após a leitura exaustiva das transcrições, os dados foram agrupados em categorias e analisados de acordo com os objetivos do estudo. A interpretação dos resultados baseou-se no conceito de cultura.^{12,17} O componente qualitativo da pesquisa antropológica consistiu essencialmente em empregar atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo lógico que fosse explicativo dessa realidade, na maioria das vezes inacessível aos indivíduos.¹⁵

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das entrevistadas variou de 20 a 57 anos, todas tinham filhos, bebês e adultos. A escolaridade era baixa, somente duas haviam completado o ensino médio. A maioria (12) estudou até o ensino fundamental (incompleto), três completaram o ensino médio e uma era analfabeta. Onze entrevistadas eram migrantes de outros estados do País (geralmente os mais pobres). Quatro entrevistadas nasceram em São Paulo e uma outra em Portugal que migrou para o Brasil quando era criança.

Contexto do atendimento psiquiátrico e tratamento

O atendimento em saúde mental situava-se em um contexto de precariedade e limitações, seja pelo número de psiquiatras disponíveis ou pela elevada demanda. Para os psiquiatras entrevistados, a população usuária dos serviços de saúde incorporou o termo depressão, hoje fazendo parte do senso-comum, como mostra a seguinte fala:

* Fundação SEADE. Perfil Municipal – Estado de São Paulo [mapas na Internet]. São Paulo; 2005. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/perfil/index.php [Acesso em 18 Nov 2006]

“... depressão é uma palavra que serve para tudo, por exemplo: o alcoólatra, ele está deprimido, o psicótico está deprimido, o esquizofrênico está deprimido. É tudo depressão, então senta e diz: o meu problema é depressão...depressão é uma palavra que entrou no conceito popular, aceito e as pessoas respeitam e ficou nisso, tudo virou depressão.” (psiquiatra 1)

Tanto o diagnóstico dos profissionais como a compreensão por parte dos pacientes apresentavam dificuldade quanto à definição do transtorno. Por ser um termo incorporado ao senso-comum, se afastava da definição médica e era apropriado pela população de maneira imprecisa. Essa apropriação, somada ao diagnóstico e à medicalização realizados por outros profissionais, também dificultavam a classificação dos sintomas. Algumas pacientes chegavam aos psiquiatras já com diagnóstico de depressão fornecido por outros serviços ou pelo médico (pronto-socorro, cardiologista ou ginecologista). A banalização do termo pode resultar em diagnósticos inadequados ou tardios.

Os profissionais entrevistados citaram o uso contínuo de medicamentos (como a fluoxetina e alguns benzodiazepínicos). Em alguns casos, as entrevistadas chegaram ao atendimento médico com uma longa história de consumo destes medicamentos, sendo difícil ao médico questionar a interrupção do fornecimento da receita. Em outros casos, os profissionais ressaltaram que a população muitas vezes não reconhecia os sintomas como uma doença e muito menos como um problema que necessitasse da ajuda do médico. Vários casos foram diagnosticados após tentativa de suicídio.

Os sintomas descritos pelas pacientes nas entrevistas iam além dos critérios clínicos definidos pela CID-10.¹⁸ A compreensão teórica da depressão pode adquirir diversos sentidos, seja pela forma como é definida pelos manuais de psiquiatria, pelos clínicos que dão atendimento e diagnosticam o transtorno na população, pelas pessoas que sofrem com a doença e até mesmo pelas pessoas da rede social do paciente.¹¹

Para as entrevistadas, o diagnóstico e o tratamento estavam principalmente focalizados na figura do médico (no caso o psiquiatra). Quando interrogadas sobre a busca de tratamentos alternativos, a maioria nem sequer pensou nessa possibilidade. Algumas citaram a ajuda de psicólogos, de pessoas religiosas ou de chás calmantes e ervas. Embora a maioria declarasse seguir uma ou mais religiões, o foco do tratamento era o profissional médico. Para algumas, a ajuda de Deus se dava pelo psiquiatra em suas vidas.

Todas as entrevistadas faziam uso de medicamentos antidepressivos e calmantes. O tratamento, fundamentado na medicação, era avaliado de maneira positiva pelas mulheres, como mostra a seguinte fala:

“É, aí eu passei com ele, aí ele disse: que espero que não volte mais que isso pode acontecer de vez em quando porque eu já tive, aí eu não tenho nem 15 dias que eu estou tomando o remédio eu senti uma melhora”.(R.)

O remédio tem uma conotação positiva, como pilar central no processo de recuperação. Como afirma Silveira,²⁵ na consulta médica é possível narrar as queixas, legitimar socialmente o sofrimento e resolver o problema pragmaticamente com medicamentos. Justifica-se a aceitação ao tratamento psiquiátrico e revela-se a necessidade de ultrapassar os aspectos biomédicos da depressão.

Diagnóstico, noção de doença e suas causas para as mulheres

Todas as entrevistadas aceitaram o diagnóstico da depressão, feito pelo psiquiatra ou por outro profissional de saúde. As pacientes entrevistadas não possuíam uma noção clara do transtorno, como mostram as seguintes falas:

“Não, eu ouvi dizer por alto que quem tem depressão e se não se cuidar pode ficar louca e pode ter uma parada cardíaca também, ou um derrame também, eu ouvi falar, eu vi eu mesma não tenho certeza”.(M.)

“Ai, aí eu não sei por que, às vezes, é isso que eu fico com medo porque, às vezes, o pessoal fala assim que tem cura e outros falam que não tem cura e eu fico perguntando meu Deus, será que tem cura?” (E.)

Além da associação com a loucura, entendida aqui como perda da razão, há associação com outras patologias. O desenvolvimento do transtorno é pouco conhecido e a noção de cura é vaga ou mesmo desconhecida.

Apesar da imprecisão, as entrevistadas aceitaram o diagnóstico médico. Tudo se passa como se o psiquiatra nomeasse o sofrimento e de certa forma, o legitimasse. A autoridade do médico era suficiente para que a paciente acreditasse numa possível melhora e seguisse o tratamento com medicamentos. A intervenção médica ocorre num contexto maior, marcado por relações econômicas e de poder.^{10,25} O médico é o detentor de um saber desconhecido pelo paciente, mas legitimado socialmente, mesmo em contextos precários como é o do Embu.²²

Ao contrário da pobreza na elaboração do transtorno, as entrevistadas possuíam várias explicações para suas causas. A origem da depressão estava relacionada a eventos de suas vidas, a maioria deles externos. As causas do transtorno vinham de fora, intimamente relacionadas ao contexto em que viviam na periferia, tais como: desemprego, dificuldades financeiras, vitimização ou testemunho de assassinatos, prisão de parentes, presença na vizinhança de traficantes e usuários de drogas. Outras causas eram de ordem privada:

morte de parentes, agressões, traição e alcoolismo do companheiro.

As seguintes falas ilustram esta diversidade de explicações para as causas da depressão:

“Eu acho que é a preocupação, é a vida financeira, é, te abala muito entendeu? Porque, às vezes, você quer comprar as coisas você é acostumado a comprar as coisas e você sabe que não pode, você ter filho, ver o marido nervoso porque não tem o serviço você entendeu? Então isso que eu acho que causa muita a depressão é muita tristeza no caso de uma pessoa quando você perde outra pessoa muito apegada que perde...” (G.)

“A falta de condução, falta de emprego e também as drogas, malandragem que é muita é demais aqui, tem demais mesmo como diz a doutora, já foi provado que aqui é o lugar que tem mais bandido do que nos outros lugar no mundo inteiro isso tudo dá medo na gente, é acho que é por isso que a gente fica com a cabeça ruim quase todas as mães hoje em dia está com depressão, está com um problema, está com outro”. (M.)

Segundo as entrevistadas, a depressão poderia ter várias causas, desde a pobreza material até questões que envolviam relações de gênero e religiosidade. O termo depressão recobria perfeitamente os diversos eventos descritos da vida dessas mulheres e, de certa forma, dava forma ao sofrimento em que viviam.

Na descrição do cotidiano delas, ficaram evidentes as agressividades incessantes, as relações sociais adversas, a atribuição de causalidade ao tráfico de drogas, e a mal-aceita inferioridade nas relações de gênero. Estas justificativas, pautadas em causas externas, isentavam as mulheres da responsabilidade pela doença. Elas não eram culpadas pelo seu sofrimento, mas vítimas de uma sociedade violenta e desigual.

Cotidiano violento e relações de gênero

Mesmo tendo sido (involuntariamente) restrita, a observação etnográfica e as entrevistas revelaram que havia poucos locais para a população realizar atividades de lazer. A distância do centro do município e a dificuldade de transporte contribuíam para que a sociabilidade destas mulheres se restringisse à moradia. Muitas mulheres citaram como único lazer visitar parentes. Algumas freqüentavam a igreja, liam a Bíblia, visitavam o artesanato do Embu ou freqüentavam shoppings.

Na região, sem nenhum plano urbano, as atividades eram centradas na vizinhança. Todavia, a amizade com os vizinhos era pobre, havendo raros laços de solidariedade.

Um fato marcante na região, descrito por todas as entrevistadas, era o contato freqüente com o tráfico

de drogas e, conseqüentemente, com a violência que acompanha esta atividade. Todas as entrevistadas falaram do medo de envolvimento dos filhos no crime, alguns já envolvidos, dos perigos de ficar até tarde na rua e do medo dos vizinhos em geral, que podem ser bandidos. A forma de se defender era o isolamento dentro de casa. Havia, nesse contexto, uma ética local marcada pelo medo e pelo respeito aos bandidos. Evitavam falar sobre assassinatos e buscar culpados. A polícia não era reconhecida como autoridade. As falas ilustram a convivência cotidiana com a violência e com a delinqüência:

“Ô ‘dona’ M., a senhora não é nada boba. Eu falei: não, o que é Marcos, o que está acontecendo, o que está rolando, eu falei para ele. –É, vai me dizer que a senhora não está sabendo que o teu filho está saindo com a minha mulher? Eu falei: não, ele falou para mim que nunca teve nada com ela, ai ele falou assim: só que tem um porém ‘dona’ M., eu vou matar o seu filho... e depois que tudo aconteceu, que meu filho morreu é que meu filho mais velho e minha nora chegaram em mim e falaram para mim, que meu filho estava envolvido com drogas e ele estava ainda tendo um caso com a mulher do Marcos...” (M.)

“Ah, não, lá é bastante perigoso, assim é claro que pra mim não eu fico sempre dentro de casa então não tem o que acontecer, mais tem muitos maus elementos que sempre ficam usando drogas, próximo a minha casa, como é assim de frente pra rua é muita gritaria a noite toda.” (E.)

Nesse contexto, fica evidente a exigüidade da sociabilidade dessas mulheres, sempre se protegendo da violência cotidiana. O medo é um acompanhamento inerente, seja pelo envolvimento de parentes com o crime, seja com a possibilidade de envolvimento.

Outro aspecto a ser ressaltado é a desigualdade nas relações de gênero. As entrevistas mostraram que as relações com os parceiros eram marcadas pela submissão. Em alguns casos, as mulheres dependiam financeiramente dos parceiros, em outros, encontravam-se empregadas, em trabalhos pouco qualificados e malremunerados. Para muitas mulheres no Brasil, a necessidade da sua presença no mercado de trabalho acompanha o aprofundamento da pobreza e da “dupla jornada”. Tendo agora responsabilidades não somente na esfera doméstica, mas também na provisão material da família, vivem uma atualização das desigualdades de gênero.⁴

A responsabilidade pela educação dos filhos era também da mulher. As entrevistadas se queixaram de maridos alcoolistas, de ter que assumir tudo sozinhas – casa, trabalho e filhos – de agressividade do parceiro com elas ou com filhos, da falta de diálogo. Essa violência doméstica, bastante citada na bibliografia,⁹ deve ser

entendida como o resultado das relações de poder entre homens e mulheres. É visível a desigualdade que há entre eles, onde o masculino é quem determina qual é o papel do feminino, porém, esta determinação é social e não biológica.²⁴

Alguns estudos associam a violência doméstica aos transtornos mentais e à depressão, mostrando sua importância para a saúde mental das mulheres.^{1,5,8}

No Embu, as mulheres também se conformavam com os parceiros que tinham:

“Olha, bom pai ele nunca foi... não foi aquele bom pai que meus filhos precisava, gostaria assim até que eu apanhasse todo dia, mas que os filhos tivessem carinho dele, quando ele chegasse em casa desse carinho pros meus filhos... eu tinha que dá comida aos filhos antes dele chegar... a hora que ele chegava eu tinha que tirar os filhos pra não ficar perto dele... Ele era agressivo e me traía...”(G.)

“Quando ele bebe muito ele fica agressivo sim, ele quer me bater, qualquer coisa que eu falar que eu estou irritada, às vezes eu fico nervosa, que eu estou irritada ele vem para cima de mim querendo me bater, eu falo para ele pelo amor de Deus não encosta a mão em mim, porque ele já me bateu muito, eu já apanhei muito dele, inclusive eu apanhei dele grávida, desse filho de 18 anos. (M.)

As relações de gênero vividas por estas mulheres revelam que, em muitos casos, a agressividade não era só do lado de fora de casa. Se o cotidiano na rua era marcado pelo contato com a delinquência, dentro de casa essas mulheres também viviam situações de extrema dependência e fragilidade.

O contexto de vida era marcado também pela ausência de alegria e prazer em viver. As entrevistadas indicaram que a depressão é também uma linguagem para expressar a infelicidade, num contexto tenso, de pobreza e medo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou como o transtorno, apesar de focado no tratamento psiquiátrico e nos medicamentos, remete a um contexto sociocultural específico, encontrando suas razões e justificativas.

O termo depressão, segundo os psiquiatras, estava incorporado ao senso-comum. O uso do termo era impreciso e inadequado pela população atendida em saúde mental, revelando uma concepção de doença usada pela população local. Segundo as entrevistadas, sua difusão era justificada pelo contexto de vida difícil em que viviam.

A dificuldade em diagnosticar o transtorno pelo contexto sociocultural de exclusão e violência contrastou com a aceitação passiva do diagnóstico e do tratamento. Uma vez identificadas com a depressão, as mulheres aceitavam o diagnóstico e o caminho fornecido pelo profissional para o tratamento: o medicamento. O transtorno era pouco compreendido pelas entrevistadas, mas para elas, isso não parecia importante. O importante era que o sofrimento, cujas causas encontravam-se identificadas num cotidiano agressivo e desigual, possuía agora um nome – depressão – e tinha até um remédio. A cura era obscura, mas tratar-se ajudava a lidar com o sofrimento.

Assim, o foco do sofrimento deslocava-se da vida indesejável para a doença explicada pelo psiquiatra, da convivência com isso para medicação. A medicalização era uma maneira de dar objetividade ao sofrimento dessas mulheres. Todavia, quando falavam da experiência da doença, a objetividade do tratamento remetia a um caleidoscópio de explicações que tentava, de alguma forma, justificar, sem mudar, o sofrimento cotidiano.

O profissional de saúde referia a queixa da paciente à biomedicina. A mulher com diagnóstico de depressão expressava seu sofrimento no contexto social, cultural e pessoal em que vivia. O termo depressão, portanto, se refere a universos culturais distintos, o dos psiquiatras e o dos pacientes.

A idéia da depressão, incorporada ao senso-comum, revelou a plasticidade com que o termo é utilizado. Extrapola a noção patológica definida pela biomedicina e possibilita abarcar toda a negatividade da vida cotidiana. No caso das entrevistadas, a negatividade se expressou no contato com a delinquência e o tráfico de drogas, com a agressividade doméstica e com as relações desiguais de gênero. A melhoria desse cotidiano é longínqua. Frente a tal impotência, o sofrimento cotidiano era ocultado por um profissional (o psiquiatra) socialmente aceito e que acabava legitimando tal sofrimento.

Uma possível interpretação desse contexto está em admitir a depressão como uma perturbação físico-moral e não como um transtorno, como sugere Duarte.⁶ Assim como o “nervoso”, a depressão seria um código catalisador por meio do qual as mulheres expressariam suas perturbações físico-morais. Ou seja, “às condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação”.⁶

Como afirmam os psiquiatras, a depressão é uma perturbação mental aceita. Considerando-a como uma perturbação físico-moral, é possível ao deprimido justificar todos os sofrimentos vividos, dando novos significados

à sua experiência marcada pelo sofrimento. No presente estudo, a depressão expressava o drama social.

Os psiquiatras entrevistados extrapolavam suas funções clínicas e tinham um papel na reorganização do cotidiano dessas mulheres e, de certa forma, na maneira de lidar com a impotência delas em alterar o contexto em

que vivem. Esta análise, focada na interlocução entre a antropologia e a psiquiatria, pretende contribuir para intervenções culturalmente mais adequadas ao contexto em que vive esta população. Pensar a depressão como uma perturbação físico-moral talvez possibilite uma aproximação mais realista do cotidiano destas mulheres e de suas soluções para seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):108-13.
2. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med*. 2004;59(7):1339-53.
3. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):43-54.
4. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):417-25.
5. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
6. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):173-84.
7. Fabrega Jr H. Problems implicit in the cultural and social study of depression. *Psychosom Med*. 1974;36(5):377-97.
8. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med*. 1997;45(8):1161-76.
9. Giffin K. Violência de Gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saude Publica*. 1994;10(Supl 1):146-55.
10. Kirmayer LJ. Cultural Variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med*. 1989;29(3):327-39.
11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
12. Lévi-Strauss C. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1970.
13. Manson SM. Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18(3):487-501.
14. Marsella AJ, Sartorius N, Jablensky A, Fenton FR. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In: Kleinman A, Good B, editores. Culture and depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press; 1985. p.299-324.
15. Martin D, Andreoli SB, Quirino J, Nakamura E. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):178-9.
16. Muray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9063):1436-42.
17. Oliveira RCO. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Rev antropol*. 1996;39(1):13-37.
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida. Trad. de G Baldisserotto. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
19. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermer A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1461-71.
20. Patel V. Cultural factors and international epidemiology. *Br Med Bull*. 2001;(57):33-45.
21. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage; 1990.
22. Quirino JS, Miranda C, Leite AS, Pereira, MFA. Perturbações da normalidade sócio-cultural. *São Paulo Perspec*. 1992; 6(4):85-91.
23. Rodrigues N, Caroso CA. Idéia de "sofrimento" e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.137-50.
24. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 (Supl 2): S263-72.
25. Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.