

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

A DEPRESSÃO NO FEMININO

O género e a doença como laboratório de laços sociais

Dissertação de Mestrado em Sociologia, área de especialização
em Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria
Engrácia Leandro

Patrícia Maria Ferreira Amaral da Cruz

Braga, 2009

DEDICATÓRIA

Às minhas *famílias* por me terem deixado seguir o meu caminho e por me ajudarem a
(re) descobrir



Imagem 1: Peça elaborada no atelier de cerâmica do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos.

AGRADECIMENTOS

“Devemos escrever para nós próprios; é assim que poderemos chegar aos outros”, foi a partir destas palavras de Eugéne Ionesco (1912-1994), dramaturgo romeno, que tentei redigir esta tese. Para mim não é possível ler, reflectir, investigar sobre um assunto que nada tenha a ver comigo, por algo que não tenha passado ou vivido.

Na minha perspectiva a compreensão sobre determinado fenómeno só é plena, se nos colocarmos no lugar do outro e conseqüentemente nos colocarmos em causa. Portanto, esta tese será sempre parte da minha história de vida, com ela aprendi, vivi e sobretudo permitiu-me entrar no mundo de outras pessoas, que são tão iguais a qualquer uma de nós. Ao desfolhar outras teses quando lia os agradecimentos pensava “nunca vou ter tantas pessoas a quem agradecer”, estava enganada, elas existem apenas na maioria do tempo andamos demasiado envolvidos na nossa vida para lhe darmos o devido valor, assim espero aqui fazer o apreço justo e merecido.

Aos meus locais de trabalho, por variadíssimas razões ao Hospital Magalhães de Lemos, nele encontrei um espaço que me permitiu conhecer um realidade diferente, que nunca “cortou” as minhas ambições académicas e profissionais e no qual tenho muito prazer em trabalhar, muito em particular pela equipa do meu serviço que me dá afecto, sabedoria e motivação, todos os dias. Às utentes do Serviço de Reabilitação, a minha tese é sobre e para elas, são as suas histórias, eu sou apenas uma mera intermediária, que entrou no mundo delas e do qual retirei muitas fontes de inspiração e lições de vida.

À Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto, aos meus colegas e amigos e aos meus alunos, foi para continuar a minha cruzada de ser docente nesta instituição que me aventurei na investigação, às vezes é preciso um empurrão, obrigada por ele.

Ao meu grupo de análise (Dr. Aucíndio Valente, Cassiano, Teresa, Anabela, Helena, João, José, André), esta longa caminhada tem sido a Maior experiência da minha vida, permitiu-me reconstruir a história da minha vida e conhecer quem na realidade sou e o que quero, nunca vos esquecerei!

Às minhas amigas: à Anita, uma amizade como a nossa é rara, presente, cheia, sincera, sabes bem o quanto vales para mim e é para sempre; à Paula Guedes minha amiga, minha parceira de projectos, contigo tudo é mais fácil, tudo flui, não sei e

recuso-me a trabalhar sem ti; à Paula Moreira pela força, pelo optimismo, pela boa disposição, és uma força da natureza; à Paula Portugal pelo carinho, pela doçura, pelo companheirismo de tantos anos; à Lourdes pelas imensas secas que lhe dou, pela capacidade de escuta, pela palavra amiga, pelo alento, pela “análise”; à Ju amiga de longa data, a nossa amizade é a prova de que tudo resiste e se transforma, sinceramente acho que ela nunca vai terminar; à Inês amiga tardia mas de grande valor e pela imensa ajuda que me deu, ela sabe bem qual; à Ana Gonzaga pelo apoio, pelo incentivo e pelas palavras doces; à Fernanda pelos desabafos telefónicos e por ter alguém que compreendia esta minha experiência; à Joana Cardoso pelo tempo dispendido comigo e pelas achegas fantásticas; à Mercedes pela disponibilidade, pela “loucura”, pela amizade.

Aos meus pais, por existirem e por saber que gostam sempre de mim, independentemente das minhas tempestades, da minha falta de tempo, da minha má disposição, não há nada melhor do que termos sempre um lar para nos receber.

À minha irmã, ao meu cunhado e aos meus sobrinhos (Francisco e Sofia) uma família muito querida e apesar de às vezes não estar tanto tempo com eles como gostaria, quando estou alegre sempre os meus dias.

Ao meu afilhado Joãozinho por ser tão doce e tão meigo e por se aguentar tão bem com os dissabores que a vida lhe tem trazido.

Esta nota não obedeceu a uma ordem, nem tal foi minha pretensão, sinto que as minhas vivências são uma unidade circular, que todos os intervenientes são importantes, com maior ou menor peso em determinadas fases mas que sem todos eles não seria a pessoa que sou hoje.

Contudo, a interveniente mais importante em todo este percurso foi a Professora Dra. Maria Engrácia Leandro, a sua sabedoria foi fundamental, a sua paciência para comigo foi de louvar, as suas sugestões imprescindíveis, a sua disponibilidade basilar, sinceramente Professora sem si nunca teria conseguido. O meu muito obrigado!

ÍNDICE

| | |
|---|-------------|
| DEDICATÓRIA | II |
| AGRADECIMENTOS | III |
| ÍNDICE | V |
| RESUMO..... | VIII |
| ABSTRACT..... | IX |
| LISTA DE SIGLAS..... | X |
| INTRODUÇÃO | 11 |
| CAPÍTULO I..... | 15 |
| OBJECTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO ACERCA DA DEPRESSÃO ... | 15 |
| 1.1 Fundamentação da Escolha | 16 |
| 1.2 Construção do objecto..... | 18 |
| 1.3 Enquadramento Teórico Acerca da Depressão | 24 |
| 1.3.1 A doença mental como construção social | 24 |
| 1.3.2 Causalidade da doença mental | 28 |
| 1.3.3 O papel social do doente mental..... | 29 |
| 1.3.4 Os conceitos de “normal” e “anormal” no seio cultural..... | 31 |
| 1.3.5 O estigma e a exclusão social do doente mental..... | 33 |
| 1.3.6 Depressão, história de uma doença mental: Passado, Presente e Futuro..... | 36 |
| 1.3.7 A noção de depressão | 41 |
| 1.3.8 Causalidade da depressão | 45 |
| 1.3.9 Quem fica deprimido? | 48 |
| 1.3.10 Consequências da depressão | 50 |
| 1.3.11. A depressão na sociedade globalizada..... | 52 |
| CAPÍTULO II..... | 56 |

| | |
|---|-----------|
| A DEPRESSÃO E AS QUESTÕES DO GÉNERO | 56 |
| 2.1 Diferenças sociais entre homens e mulheres | 57 |
| 2.2 Será a depressão uma doença no feminino? | 63 |
| 2.3 Eu sem depressão..... | 67 |
| 2.3.1 Os Laços Sociais à Luz dos Fundadores da Sociologia | 67 |
| 2.3.2 A intitulada “crise” dos laços familiares e sociais..... | 71 |
| | |
| CAPÍTULO III | 75 |
| | |
| PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 75 |
| 3.1. Metodologia utilizada | 76 |
| 3.2. Técnicas de investigação..... | 77 |
| 3.3. Escolha da amostra | 78 |
| 3.4. Caracterização da amostra do estudo | 79 |
| 3.5. A análise de conteúdo | 80 |
| 3.6. Onde tem lugar o trabalho de campo | 82 |
| 3.6.1. Breve resenha histórica dos hospitais psiquiátricos | 82 |
| 3.6.2. A Instituição - Hospital de Magalhães Lemos..... | 85 |
| 3.6.3. O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos..... | 86 |
| 3.7. Condições para aplicação das entrevistas..... | 87 |
| | |
| CAPÍTULO IV..... | 89 |
| | |
| TRAJECTÓRIAS DE VIDA E DEPRESSÃO NO FEMININO | 89 |
| 4.1. Vivências de infância..... | 90 |
| 4.2. Memórias escolares..... | 92 |
| 4.3. Brincadeiras e relações entre pares | 95 |
| 4.4. O percurso da juventude..... | 97 |

| | |
|---|------------|
| 4.5. Relações Familiares | 99 |
| 4.5.1. Família de origem..... | 99 |
| 4.5.2. Idealização e construção da família nuclear..... | 102 |
| 4.6. Actividade Profissional | 106 |
| 4.6.1. Percurso profissional | 106 |
| 4.6.2. Conjugação entre a vida familiar e a actividade profissional | 108 |
| 4.6.3. Relações sociais no trabalho | 110 |
| 4.7. Férias e Tempo de Lazer | 111 |
| CAPÍTULO V..... | 114 |
| MULHERES COM DEPRESSÃO | 114 |
| 5.1. Conceção do estado de saúde pessoal | 115 |
| 5.2. Início do acompanhamento psiquiátrico e factores determinantes..... | 116 |
| 5.3. Alterações sentidas com a doença..... | 118 |
| 5.4. Relações sociais..... | 120 |
| 5.5. Depois da doença..... | 121 |
| 5.5.1. Auto-imagem | 121 |
| 5.5.2. Pessoas que admira e em quem confia..... | 123 |
| 5.5.3. Natureza das relações sociais após a doença | 125 |
| 5.5.4. O que segura a vida | 127 |
| 5.5.5. O valor do dinheiro..... | 128 |
| 5.5.6. O horizonte do futuro | 129 |
| CONCLUSÃO | 131 |
| BIBLIOGRAFIA | 138 |
| ANEXOS | 151 |

RESUMO

O nosso estudo tem como objectivos analisar as trajectórias de vida de mulheres que sofrem de depressão, face às mudanças sociais e familiares ocorridas na sociedade moderna, nas relações familiares e sociais; e explorar a natureza dos laços sociais no processo da doença depressiva, com o intuito de averiguar se existe, ou não, influência destes e, se sim, quais as implicações e natureza desses laços. A depressão, apesar de não ser uma doença nova, tem um grande protagonismo na sociedade contemporânea. Está mais associada ao género feminino e representa uma importante fatia das doenças mentais que acedem aos serviços psiquiátricos. Os motivos para tal predisposição estão associados a factores neurobiológicos e psicossociais manifestados na singularidade de cada pessoa e enquadrados com o contexto sócio-cultural.

Neste sentido foi utilizada a metodologia qualitativa cujas técnicas de investigação reúnem a observação participante, pesquisa bibliográfica e entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas quinze mulheres que frequentam em regime de ambulatório, o Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos. A informação foi sujeita a análise de conteúdo após terem sido elaboradas categorias de análise.

Podemos concluir que os resultados do estudo vêm ao encontro do já referido pela literatura de que vivências familiares traumáticas e relações familiares e sociais pouco gratificantes podem ser promotores de patologia depressiva. Também foi possível constatar que as mulheres agregam na sua identidade um maior número de papéis e tarefas que na prática são difíceis de gerir não só pela pressão social, como pela familiar. No que diz respeito à conjugação entre as obrigações familiares (esposa, dona de casa, mãe) e a realização profissional a primeira está sempre em vantagem. A transição do estado de saúde/doença é vivida com profundas alterações no seu dia-a-dia em diferentes contextos (pessoal, familiar, laboral, social). Ao contrário do que sentem nos grupos sociais em geral, o contexto hospitalar funciona como um meio de protecção e de confiança para essas mulheres, onde é possível estabelecer laços sociais gratificantes. A presença de laços sociais que transmitem um bom suporte social e um sentimento de satisfação e possibilidade de partilha é factor crucial na protecção das doenças mentais onde se inclui a depressão, especialmente nas mulheres que cultivam e necessitam deste tipo de relações.

ABSTRACT

The main objectives of this study are to analyse the life trajectories of women diagnosed with depression, in view of the social and family changes that occurred in the modern society; and also to explore the nature of social bonds in the depressive disorder process, to ascertain how these are influenced and what the implications and nature of these bonds are. Although depression is not a new disorder, it plays a major role in the modern society. It is often linked with females and is one of the most common mental health disorders in psychiatric units. One of the reasons for this predisposition is related to neurobiological and psychosocial factors of each individual and framed within their socio-cultural context.

We used a qualitative methodology where the research techniques include observation of the participant, literature search and semi-structured interview. Fifteen women that attend the Psycho-social Rehabilitation Service of the Hospital de Magalhães Lemos were interviewed. The content of the information was analysed after categories were created.

The results of this study are corroborated with the ones mentioned in the current literature. The traumatic family experiences and less satisfactory family relationships can contribute to the development of depressive pathology. Moreover, we could also demonstrate that women have in their identity a larger number of roles and tasks that are difficult to manage in real life not only by social pressure but also by family pressure. With regards to the family duties (wife, housewife, mother) and professional duties, the first one always comes first. The transition between health/disease is experienced with profound changes in the daily life in the different contexts (personal, family, work, social). Opposite of what it is felt in the social groups in general, the hospital context acts as a protection and confidence medium to these women, where it is also possible to establish satisfactory social bonds. The presence of these social bonds provide a good social support, a satisfaction feeling and the chance for sharing which are crucial factors in the protection of mental disorders such as depression, specially in women that seek and need these type of relationships.

LISTA DE SIGLAS

CID – 10 – Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial de Saúde)

DSM – IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Associação Americana de Psiquiatria)

HML – Hospital de Magalhães Lemos

M. – Mulher

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SRP – Serviço de Reabilitação Psicossocial

INTRODUÇÃO

Fingir que está tudo bem: o corpo rasgado e vestido com roupa passada a ferro, rastos de chamas dentro do corpo, gritos desesperados sob as conversas: fingir que está tudo bem: olhas-me e só tu sabes: na rua onde os nossos olhares se encontram é noite: as pessoas não imaginam: são tão ridículas as pessoas, tão desprezíveis: as pessoas falam e não imaginam: nós olhamo-nos: fingir que está tudo bem: o sangue a ferver sob a pele igual aos dias antes de tudo, tempestades de medo nos lábios a sorrir: será que vou morrer?, pergunto dentro de mim: será que vou morrer?, olhas-me e só tu sabes: ferros em brasa, fogo, silêncio e chuva que não se pode dizer: amor e morte: fingir que está tudo bem: ter de sorrir: um oceano que nos queima, um incêndio que nos afoga.

José Luís Peixoto

O presente estudo corresponde à dissertação realizada no âmbito do III Curso de Mestrado em Sociologia, área de especialização em Sociologia da Saúde. Tem como objectivos analisar as trajectórias de vida de mulheres que sofrem de depressão mais concretamente nas relações familiares e sociais e explorar a natureza dos laços sociais na preservação de doenças do foro psiquiátrico com o intuito de averiguar se existe, ou não, influência destes e, se sim, quais as implicações e natureza desses laços.

As transformações operadas na sociedade hodierna têm um peso fundamental no aparecimento das doenças mentais. As exigências profissionais, o desdobramento de papéis sociais, a precariedade profissional, a crise de valores familiares e individuais, o ritmo de vida acelerado, a insegurança económica, os comportamentos de risco, conduzem o indivíduo para um mundo de ambiguidade e de vazio.

Porém, não é só a sociedade responsável pelo aumento das doenças mentais, também os estilos de vida e os comportamentos adoptados a nível familiar e individual tem a sua quota-parte.

Durante muito tempo não foi dada, à doença mental, a devida importância no processo de saúde/doença. Por ser incompreendida e assustadora a resposta ao seu tratamento era a punição física e o enclausuramento. Coube à própria sociedade e a algumas personalidades (Pinel, Tuke, Krapelin, etc.) modificarem a sua abordagem e

interpretação, permitindo desta forma novos meios de tratamento e intervenção.

Actualmente o interesse e a atenção dada à doença mental são significativos, envolvendo diferentes sectores do meio público, por exemplo, a comunicação social, a saúde, a economia, a investigação científica. Falar de doença mental ou admitir que se tem uma, já não é tão estigmatizante ou vergonhoso.

No contexto mundial a doença depressiva tem a dianteira nas doenças mentais mais comuns. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que cerca de 121 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo e que em 2020 esta será uma das principais causas de invalidez nos países desenvolvidos. Portugal não é excepção. De acordo com o Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2007) cerca de 25% da população portuguesa sofre de depressão. A sua tendência é para aumentar embora passe despercebida frequentemente. Adjectiva-a como uma doença silenciosa e incapacitante.

Um dado inequívoco é que o género feminino apresenta o dobro da predisposição para contrair esta doença. A bibliografia consultada indica que os motivos para esta diferença, entre homens e mulheres, prendem-se, por um lado, por factores neurobiológicos e, por outro por factores psicossociais. Estes últimos são os que mais nos interessam uma vez que reúnem os aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais na singularidade de cada pessoa.

Outro aspecto fundamental para a compreensão desta problemática remete-nos para a história das mulheres no mundo e para as profundas mudanças que o movimento feminista, iniciado nos anos 60/70 do séc. XX, trouxeram para as dimensões educacional, familiar, profissional, social, económica. Paradoxalmente, promoveram um aumento de papéis, funções e tarefas que sobrecarregaram o dia-a-dia das mulheres e que implicaram uma redefinição da sua identidade pessoal, familiar e social, sem que, no entanto, lhe tenham sido retiradas ou repartidas as responsabilidades domésticas, a educação dos filhos, os cuidados prestados aos familiares.

Neste estudo, partiu-se do pressuposto de que as trajectórias de vida são influenciadas pelas relações familiares e sociais e que estas estão sujeitas às mutações sociais. Na perspectiva sociológica, o campo da medicina, argumenta que as doenças não acontecem, meramente, por acaso biológico.

Assim, é relevante o papel que a família e o meio social desempenham no estado de saúde/doença do indivíduo ao longo da vida, funcionando como elemento facilitador ou impeditivo da doença.

Nunca se falou tanto das fragilidades familiares e sociais como actualmente. Fala-se em “crise” de valores, princípios e crenças. Que os laços sociais são mais frágeis e precários. Alguns autores (F. De Singly, 2003; G. Bajoit, 2006) consideram que a “crise” não existe e que os laços sociais apenas estão diferentes, pois as condições sociais e familiares também foram modificadas. A importância que os laços sociais têm na preservação da doença mental é algo debatido pelas ciências médicas e sociais. Estudos como os de K. Kenneth et al. (2005) referem que a existência de suporte social e relações íntimas satisfatórias são factores protectores no aparecimento de doenças do foro psiquiátrico e em particular no género feminino. As mulheres por características inerentes à sua identidade necessitam de um maior número de relações sociais e que estas sejam mais significativas e gratificantes.

Para estudar este fenómeno, neste trabalho a orientação da pesquisa e a escolha das técnicas de investigação foram definidas de modo a evidenciar duas categorias de análise: trajectórias de vida e mulheres com depressão. Na primeira pretendia-se conhecer e analisar a percurso de vida de cada mulher nas seguintes dimensões: infância, escolaridade, brincadeiras e relações entre pares, juventude, família de orientação, família de procriação, actividade profissional e tempo de férias e de lazer. Todos estes aspectos mostram ser fundamentais na formação da identidade de cada pessoa e na organização e compreensão dos acontecimentos de vida. Na segunda dimensão, o objectivo era analisar a transição saúde/doença e o período após a doença. No primeiro ponto abordou-se a noção do estado de saúde ao longo da vida, os acontecimentos assinalados como determinantes, o acompanhamento psiquiátrico e as alterações sentidas. No segundo, a auto-imagem, as pessoas que consideram de confiança e que admiram, a natureza das suas actuais relações sociais, o que as segura à vida, qual o valor que dão ao dinheiro e como projectam o seu futuro.

Do ponto de vista estrutural o presente estudo está dividido em cinco capítulos. O capítulo I é dedicado à fundamentação da escolha, construção do objecto de estudo e enquadramento teórico acerca da depressão. Pretendeu-se dar um sentido à escolha e à motivação do tema seleccionado, seguindo-se uma breve conceptualização do objecto de estudo, introdução da questão orientadora e formulação das hipóteses. Neste capítulo o enquadramento teórico explora o conceito social da doença mental, o papel que o doente mental ocupa na sociedade, a distinção entre o “normal” e o “anormal”, o estigma social que a doença mental acarreta, a causalidade da doença mental, a história da depressão ao longo dos tempos, a noção de depressão, os contextos e os grupos mais

susceptíveis de contraírem depressão e por fim as consequências e o impacto da depressão na sociedade actual.

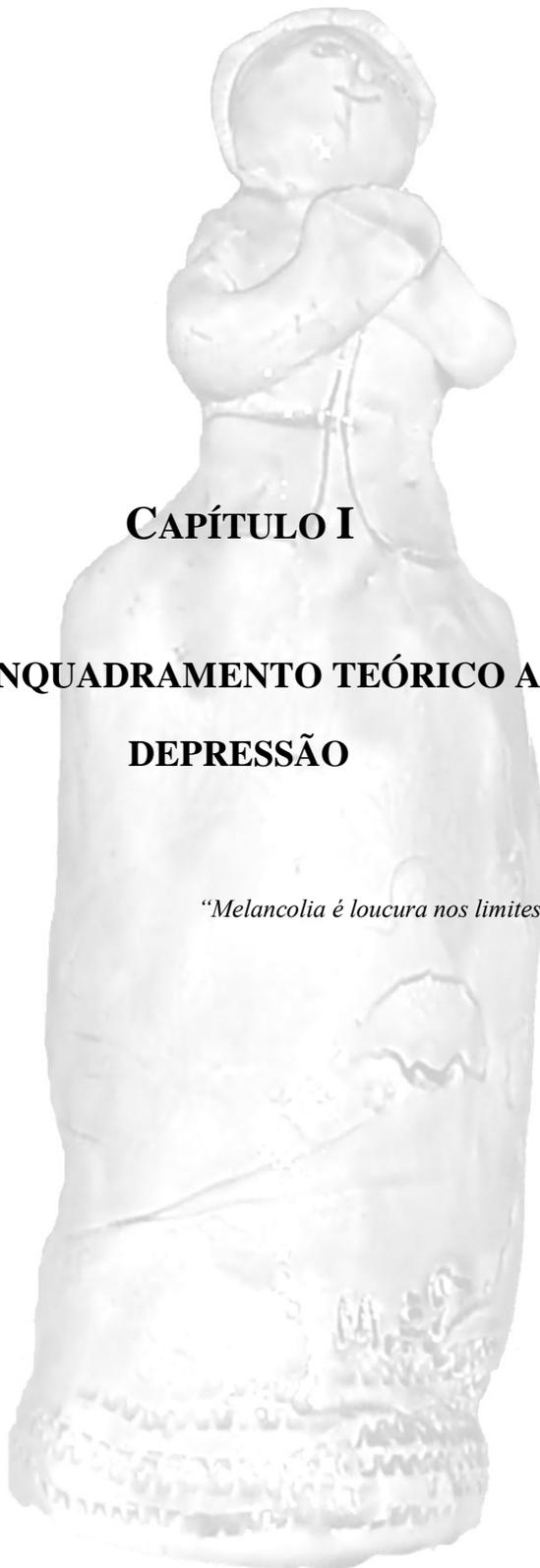
O capítulo II continua a abordar algumas conceptualizações teóricas, neste caso a relação da depressão no género feminino. Partiu-se das diferenças sociais entre homens e mulheres e em seguida relaciona-se a depressão no ser feminino. Finaliza-se com uma referência à questão dos laços sociais, subdividindo-se em dois itens. O primeiro realiza uma perspectiva histórica da importância dos laços sociais nas ciências sociais e o segundo aborda, ainda que sucintamente, a “crise” dos laços familiares e sociais que se vive na sociedade actual e o seu impacto no estado de saúde/doença.

O capítulo III diz respeito aos procedimentos metodológicos adoptados, as técnicas de investigação utilizadas, a construção e caracterização da amostra e o tratamento da informação recolhida. Também descreve o espaço onde se realizou o trabalho de campo, aqui faz-se uma breve resenha histórica ao aparecimento dos hospitais psiquiátricos, caracterização da instituição e do serviço onde foi operacionalizado o estudo, neste caso o Hospital de Magalhães Lemos e o Serviço de Reabilitação Psicossocial e as condições de aplicação das entrevistas.

Os capítulos IV e V apresentam os resultados da investigação, sujeitos à respectiva análise de conteúdo, que nos permitiram caminhar para a comprovação ou refutação das hipóteses e que nos conduziram para as conclusões deste trabalho.

Por fim, surgem as principais conclusões procurando identificar a importância que a natureza dos laços sociais tem na depressão, no género feminino e como o percurso de vida poderá ter influenciado a doença mental. Foram sugeridas novas questões de investigação e quais as novas metas políticas para a saúde mental de acordo com Plano Nacional para a Saúde Mental (2007-2016).

Resta ressaltar que o caminho percorrido até atingir o final deste estudo nem sempre foi fácil. O estipulado inicialmente foi sujeito a várias alterações e interrogações revelando ser sempre um projecto em construção.



CAPÍTULO I

OBJECTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO ACERCA DA DEPRESSÃO

“Melancolia é loucura nos limites da sua impotência.”

Michel Foucault

Imagem 2: Peça elaborada no atelier de cerâmica do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos

1.1 FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA

O tema escolhido para este estudo veio no enlace de várias vivências, tanto profissionais como pessoais, que suscitaram algumas interrogações, necessidades e curiosidades em compreender este mundo tão particular mas contudo, tão diverso, como é o fenómeno da depressão e ainda mais no feminino.

O facto de exercer a minha actividade profissional, como Terapeuta Ocupacional, numa instituição psiquiátrica permitiu o contacto directo com pessoas portadoras desta patologia. Ao longo de dez anos a desempenhar funções no Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos, foi possível verificar *in loco* o acréscimo desta doença, especialmente nas mulheres, o que vem reforçar o há muito divulgado pela comunidade científica de que é o género feminino o que mais sofre de depressão.

Os problemas de saúde mental têm aumentado significativamente nas últimas décadas, assumindo-se como uma das principais causas de incapacidade e morbilidade a nível mundial. No Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016, esta é encarada como uma prioridade de saúde pública, que foi subestimada no passado resultante da importância dada às taxas de mortalidade em detrimento dos anos vividos com incapacidade provocados pela doença.

A depressão é a doença mental mais comum em todo o mundo. Silenciosa, discreta, passiva... Porém ninguém lhe é indiferente: instâncias médico-científicas, políticas e económicas, orientam a sua investigação e tomadas de decisão no sentido de combaterem e atenuarem os efeitos desta doença; a comunicação social dedica programas de debate e informação sobre este assunto e vários são os livros, muitos deles autobiográficos, que expõem as experiências e consequências desta doença.

A Organização Mundial de Saúde define depressão, como um estado onde podem estar presentes graus variados de intensidade, nos episódios típicos: humor deprimido, perda de interesse e prazer nas actividades, energia diminuída levando a uma fadiga aumentada e actividade diminuída, entre outros aspectos. Assim, a depressão na óptica da psiquiatria reúne todos estes sintomas num período de tempo superior a seis meses com um grau de intensidade significativo que impede a pessoa de realizar o seu dia-a-dia. Nesta fase o isolamento social é marcado, prevalece uma tendência para evitar estar com a família, com os amigos, com os colegas de trabalho, com os vizinhos,

recolhem-se na sua dor e no seu espaço. Perante este quadro entende-se a afirmação de A. Ehrenberg (1998) de que a depressão é um mal íntimo.

As mulheres têm a dianteira relativamente a este assunto. Os motivos são heterogéneos e distribuem-se por múltiplos componentes, que englobam os neurobiológicos e/ou os psicossociais. Contudo, algo para o qual não existem dúvidas é que ser mulher ou ser homem são estados completamente diferentes no que diz respeito a esta doença. J. Lorber (1997) aponta o género como um dos factores mais significativos na transformação dos corpos físicos e nos corpos sociais, estando enraizado nas diversas esferas económicas, políticas e familiares. Esta diferenciação tem vindo a ser construída desde a pré-história, sujeita obviamente a circunstâncias sócio-históricas e culturais. As mulheres foram as que mais transformações sofreram com a evolução da sociedade, fruto da sua luta mas também das novas descobertas científicas e culturais e das exigências a que foram e ainda são sujeitas. Se durante bastante tempo à imagem das mulheres estavam associados adjectivos de fragilidade, obediência, submissão, com a revolução dos anos 60/70 ocorrida no século passado, novas características surgiram em parceria com a multiplicidade de papéis, que conduziram a passagem das mulheres do contexto privado para o público. As mudanças reflectiram-se essencialmente na educação e no emprego, juntamente com um maior envolvimento na vida económica, na educação dos filhos, na dinâmica familiar e na aquisição de direitos cívicos. Todavia, estas “conquistas” não atenuaram as desigualdades sociais, ainda prementes, tais como: o uso da violência na relação conjugal, a discriminação laboral, as dificuldades económicas e os obstáculos à entrada em diferentes circuitos políticos e sociais. (H. Fisher, 2001)

Perante tantas alterações não será de estranhar que o “self” do género feminino tenha sofrido readaptações várias que quando mal geridas internamente conduzem a estados patológicos, sendo a depressão um deles. Para além desta realidade, outros motivos movem-se na associação do binómio depressão/feminino, nomeadamente o facto de as mulheres procurarem de forma mais regular os serviços de saúde aumenta a identificação deste diagnóstico, a depressão pós-parto, a menopausa e as características de personalidade que lhe conferem uma maior necessidade de suporte social, de estabelecer relações interpessoais satisfatórias e uma maior emotividade e reactividade perante situações adversas. Num estudo realizado por K. Kenneth et al. (2005) foi possível concluir que a existência de relações sociais com suporte emocional são substancialmente mais protectoras contra a depressão nas mulheres do que nos homens.

A temática dos laços sociais surgiu no nosso horizonte de trabalho por ser um assunto actual, directamente relacionado com as ciências sociais, em particular da sociologia, e pelos pais fundadores desta ciência que tiveram como principal objectivo estudar este fenómeno numa época de profundas transformações sociais (M.E. Leandro, 1997). Desde então tendo se tornado fonte de investigação e interesse nesta área, os laços sociais são algo que está subjacente ao ser humano e sem os quais não consegue sobreviver. Ao contrário dos animais o Homem tem necessidade de se fixar, de estar ligado a algo ou a alguém, criar laços e cultura, sendo esta característica que o distingue dos outros seres vivos e que lhe confere uma humanidade socializada. Apesar de vivermos numa sociedade cada vez mais aberta e globalmente acessível tem-se desinvestido na qualidade das relações sociais. Sociedade onde a palavra de ordem é competição, nem por isso dispensa a proximidade ao outro, embora possa ser efémera. Esta fragilidade social que se reflecte nos indivíduos e nas instituições tem sido estudada sob várias perspectivas e por diversos autores.

Propomo-nos neste estudo explorar a vida singular de mulheres com depressão no seu processo de transição saúde/doença, como construíram as suas vivências, as suas relações familiares, profissionais e sociais, quais as alterações sentidas na experiência da doença, como se projectam no futuro. Procurando também compreender a influência dos laços sociais no desenvolvimento da depressão ou, ao invés, como factor de protecção.

Assim, o presente estudo tem como objectivos gerais os seguintes:

- Analisar as trajectórias de vida de mulheres que sofrem de depressão no que diz respeito às relações familiares e sociais face às mutações sociais;
- Explorar a natureza dos laços sociais na preservação da doença depressiva, com o intuito de averiguar se existe, ou não, influência destes, e se sim quais as implicações e natureza desses laços.

1.2 CONSTRUÇÃO DO OBJECTO

Na nossa sociedade a palavra doença, é algo que nos custa proferir, ouvir. Talvez porque saibamos que com ela vem algo desagradável, que acarreta sofrimento e mudança. Com ela vem um nome, uma classificação, uma separação, o que S. Sontag (1978) reforça quando afirma que nada é mais punitivo do que dar um significado à

doença pois este torna-se invariavelmente moralista. A doença por si só constitui um factor de privação para quem a vive. Estar doente implica profundas alterações na própria pessoa e no meio que a circunda, tal como Haynal et al. (1998:51) afirmam “*a doença modifica a situação social do sujeito, dentro da pequena comunidade familiar, com o cônjuge, na comunidade profissional e mesmo na sociedade em geral.*”

Com efeito, a sua concepção nunca é inocente e a sua abordagem implica imperativamente as condições e os meios para a debelar, visando sobretudo a procura de saúde.

Nesta busca, a alteração mais notória foi o ganho avassalador do Homem face à esperança de vida, conquistando aproximadamente 30 anos durante o século passado na Europa. Este âmagio está essencialmente relacionado com a mudança das condições de vida das populações, com as grandes descobertas médicas e tecnológicas e com um maior investimento e alargamento dos serviços de saúde. Estes factos tiveram impactos extraordinários sobre a população mundial, na medida em que permitiram irradiar algumas doenças como, por exemplo, as doenças infecto-contagiosas. Em contrapartida também deram azo ao aparecimento de mais doenças crónicas e degenerativas relacionadas, precisamente com o aumento do envelhecimento.

M. Drulhe (1996), apoiando-se em Abel Omran, desenvolve este assunto fazendo uma retrospectiva desta evolução que se iniciou no séc. XVIII, que designou de “transição” demográfica e “transição” epidemiológica. Considera que esta transição se fez em três tempos: o primeiro marcado por uma elevada mortalidade consequência das doenças infecciosas, parasitárias e de carência alimentar; o segundo constitui a transição propriamente dita, onde as doenças anteriormente letais cedem, pouco a pouco, lugar às doenças degenerativas que chegam com a idade avançada; o terceiro período com a instalação das doenças degenerativas. Posteriormente Henri Picheral, nos anos 60, acrescenta uma quarta fase assente, segundo ele, num processo de flutuação, ou seja, quando se estabiliza uma doença outra reaparece e/ou desenvolve-se, criando-se assim um ciclo dinâmico e sem fim, no que diz respeito à irradiação e aparecimento de novas doenças.

Nesta sequência M. Drulhe (1996) ainda adita uma quinta fase mais correlacionada com o que designa de “sociopatias” isto é, doenças associadas a comportamentos sociais propriamente ditos como por exemplo, os acidentes rodoviários, a SIDA, a alimentação, a poluição e os modos da vida modernos.

Algumas das mudanças que mais favoreceram esta evolução iniciaram-se durante o séc. XVIII, onde se destaca, os progressos agronómicos que vieram proporcionar uma melhor base alimentar. Mas também o desenvolvimento dos transportes, permitindo transportar os alimentos de um lado para o outro, assim como os sistemas de conserva dos mesmos como os silos e os celeiros.

Mas é essencialmente no séc. XIX com a melhoria das condições de vida e das novas descobertas médicas que se deu uma importante reviravolta. Na medida em que estas desenvolveram-se numa dupla perspectiva: o estudo das doenças e a descoberta de meios para as curar; e ao mesmo tempo verificou-se uma importante intervenção do meio higienista e a elaboração de programas políticos, preconizando um vasto conjunto de medidas sanitárias, bem como a valorização na intervenção da família no sentido de esta poder prevenir a doença (M. Drulhe, 1996).

Este conjunto de elementos permitiu a investigação dentro das ciências médicas cujos efeitos se vieram a reflectir na cura das doenças, o que contribui para o prolongamento da vida humana. A tal ponto que a esperança de vida não deixou de aumentar até aos nossos dias. Porém, não foram totalmente debelados, na medida em que nem por isso as doenças foram desaparecendo mas outras se têm manifestado. Só que, actualmente estas são mais relacionadas ou inerentes os modos e estilos de vida adoptados.

As consequências destas mutações foram bifurcando em diversos sentidos e com sequelas distintas no ser humano. Dentro destas destacam-se as doenças mentais.

Quase sempre a doença mental é caracterizada por uma ruptura, operada no interior do indivíduo e de difícil compreensão para o mundo exterior, embora seja muitas vezes provocada pelo mesmo. Se tal acontece na doença em sentido lato, podemos ainda associar os comportamentos individuais, familiares e sociais às doenças mentais. Normalmente quem tem modos de vida que conduzem ao excesso de stress tem mais tendência em vir a contrair este tipo de doenças tão difundidas nas sociedades ultra modernas.

Das várias componentes afectadas (cognitiva, psicológica, relacional, social, etc.), a social encontra-se seriamente comprometida, reflectindo-se numa menor vontade de conviver e num aumento significativo do isolamento, sendo proeminente na condição da doença mental. A maior parte das vezes, também implica sentimentos de vergonha, fraqueza e incompreensão. Por mais espantoso que pareça, estes ainda estão presentes

na nossa sociedade, mesmo após o longo percurso já realizado no que diz respeito à compreensão e interpretação da doença mental.

Longe vão os tempos cujas explicações envolviam as práticas mágico-religiosas, castigo dos deuses, possessões demoníacas e males do espírito. A mente e a perda da razão sempre foram um mistério por solucionar, que só com o despontar de algumas ciências foi possível destapar alguns desses enigmas. Estas descobertas foram de extrema importância para a compreensão e aceitação deste tipo de doenças no contexto familiar e social.

A doença abordada no nosso estudo enquadra-se numa dessas doenças mentais. Remonta aos primórdios das antigas civilizações. A sua presença encontra-se registada nas Sagradas Escrituras da Bíblia e em distintas áreas da literatura. Sempre esteve associada a intervenções demoníacas, maus espíritos e estados de humor e apesar de não ser negada, foi concertiza subvalorizada, durante bastante tempo, ignorando-se a sua etiologia e as repercussões sentidas no Homem. Actualmente e perante a crueza dos valores apresentados pela Organização Mundial de Saúde, cerca de 121 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo. É tema de debate em programas de televisão, artigos de revistas das mais variadas áreas. Potenciou a criação de associações de apoio a pessoas portadoras desta doença e a investigação científica alusiva ao tema é profusa e intensa. Tornou-se um meio privilegiado de comunicação entre o público, a psiquiatria e a sociedade e já é permitido admitir-se que se está deprimido, sem implicar vergonha ou fraqueza. Aliás, toda a gente tem direito à sua depressão. Esta abertura deveu-se essencialmente à descoberta das possíveis origens da depressão e aos antidepressivos que permitiram controlar os sintomas e torná-la de certa forma “curável”.

Presentemente, a base de explicação causal da depressão, sustenta-se em dois pólos, o neurobiológico e o psicossocial. Dificilmente estes poderão ser dissociados, uma vez que ambos estão quase sempre interligados. O vector neurobiológico confere a susceptibilidade, genética ou adquirida, para a pessoa contrair a doença e o vector psicossocial reúne a conjectura entre as características da personalidade da pessoa (mecanismos de defesa, capacidades cognitivas, ressonância emocional, traços de personalidade) enquadradas em determinados contextos sociais.

Os fenómenos sociais são, de todo, determinantes no aparecimento desta doença nomeadamente, o ritmo de vida acelerado, exigente, competitivo e individualista, a precariedade sentida a nível de suporte familiar e social, as famílias de hoje estão a

maior parte do tempo ausentes, dispersas e cansadas. Para além destas carências, os contextos socio-económicos desfavorecidos, cada vez mais segregadores e diferenciados primam pela falta de oportunidades sociais e laborais, reflectindo-se negativamente na realização pessoal de cada indivíduo.

O género feminino revela ser o que mais sofre com estas movimentações, especialmente no mundo ocidental. As mudanças fizeram-se sentir de forma mais intensa a partir dos anos 60-70 com o movimento feminista, através da transformação da noção de identidade social feminina, provocada pela multiplicação de papéis, pelo maior acesso à educação superior, ao mercado de trabalho, ao controlo da fertilidade e à participação económica, libertando a mulher para uma maior independência e controlo da sua vida, tanto a nível privado como público.

Embora estes ganhos tenham sido de extrema importância para a projecção da mulher na sociedade, trouxeram o reverso da medalha através das desvantagens sociais tais como: a exigência imposta perante a conjugação entre a vida familiar e profissional; a necessidade de corresponder às imposições laborais tendo que trabalhar mais arduamente para provarem que são tão capazes como os homens; a discriminação social não só no local de trabalho mas também perante a condição de divorciadas ou separadas, coexistindo nestes casos sérias dificuldades em se reorganizarem familiar, económica e socialmente, optando a maior parte das vezes por permanecerem em relações desvalorizantes e pouco satisfatórias. É neste processo dinâmico e de reestruturação social aliado a componentes do foro biológico e psicológico que se insere o focus da crescente vulnerabilidade de muitas mulheres perante a depressão. Para além destas determinantes, as características associadas à mulher de ser emotivo e potenciador de laços, inculcadas pela educação e pela sociedade, desenvolvem a necessidade de estabelecer e manter laços familiares e sociais satisfatórios e suficientemente contentores. A sua ruptura ou enfraquecimento produz no ser feminino uma lacuna afectiva-emocional séria, desequilibrando o seu eu. As próprias mudanças operadas na sociedade não são alheias a tudo isto. A. Ehrenberg (1998:10-16), afirma que a «escolha» da depressão resulta da combinação de elementos internos à psiquiatria e de modificações normativas profundas nos modos de vida. Perspectiva esta doença mediante duas hipóteses: (i) a primeira de que a depressão reflecte a experiência actual da pessoa na medida em que as regras sociais comandam o conformismo do pensamento, exigindo iniciativa e atitudes mentais, ou seja, o indivíduo é confrontado com uma patologia da insuficiência mais do que de falta; (ii) a segunda de que o suco da

depressão repousa sobre o declínio da referência do conflito sobre a qual foi construída a noção de sujeito no final do séc. XIX por Freud e que conduziu à história da psiquiatria da depressão que era caracterizada pela dificuldade em definir o sujeito.

Simultaneamente, de um ponto de vista sociológico, surge o estudo dos laços sociais, assunto que tem sido explorado nos últimos tempos, fruto da profunda controvérsia instalada nos discursos actuais sobre a falta de coesão e isolamento existente nas sociedades. Na esteira da definição sugerida por F. De Singly (2003), especialista na área, o laço social supõe a união/reunião entre indivíduos numa dada sociedade. Perante o seu oposto entraremos num contexto de “crise” ou como afirmava E. Durkheim em 1897, no seu célebre trabalho sobre o suicídio, de anomia.

Mas será uma crise ou uma reorganização exigida pelos próprios indivíduos e consequentemente pela própria sociedade? Desde a Revolução Francesa, através da sua máxima Liberdade, Igualdade, Fraternidade, que o cidadão luta pela sua individualidade dentro da sociedade. Todavia a individualização não quer dizer separação. Certo é que a sociedade actual vive problemas de identidade.

O indivíduo tem dificuldades em conjugar o seu eu íntimo como o seu eu estatutário¹ mas para existir como tal tem necessidade de um Nós, do grupo (F. De Singly, 2000).

Nesta perspectiva o mesmo autor na sua obra *Uns com os outros: quando o individualismo cria laços* (2003), afirma que os laços actuais estão na realidade mais frágeis embora com maior multiplicidade.

A. Eherenberg (1998:70) esclarece que a mudança operada foi no modelo cultural pelo qual os vínculos são geridos, outrora gerido pelo colectivo e hoje pelo individual.

Perante esta contextualização lançamos como questão de partida do nosso trabalho a seguinte:

Será que as grandes mudanças sociais, vão conduzindo frequentemente a uma maior fragilidade dos laços familiares e sociais dando azo a mais doenças mentais?

¹ Designação utilizada por F. De Singly ao equacionar a construção da identidade do indivíduo, considera que ambos são coexistentes, podendo um sobrepor o outro em determinadas situações; o eu íntimo é a tese e o eu estatutário a antítese

No mesmo sentido formulamos duas hipóteses:

Hipótese 1: As doenças depressivas estão em parte associadas a certas trajetórias de vida, consideradas problemáticas, quer em termos de relações familiares quer sociais.

Hipótese 2: A natureza dos laços sociais exerce uma influência crucial enquanto factor de preservação das doenças do foro psiquiátrico.

1.3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO ACERCA DA DEPRESSÃO

1.3.1 A doença mental como construção social

Ao propomo-nos abordar o conceito de doença mental é inevitável aprofundarmos os conceitos de saúde e doença, ambos analisados também pela sociologia da saúde.

É unânime em diferentes esferas científicas e sociais que ambos os conceitos são relativos, sujeitos a alterações e fortemente influenciados pelos contextos sócio-culturais.

Actualmente a noção de saúde mais utilizada é a da OMS (1946), que já não define a saúde como a “ausência de doença” mas sim como um completo estado positivo de bem-estar físico, mental e social.

Todavia dadas as grandes transformações que se têm operado na vida no seu conjunto esta noção é também questionada na medida em que a saúde é um processo dinâmico, sendo assim “(...) *ultrapassa de longe o domínio da medicina e faz cada vez mais apelo aos comportamentos individuais, familiares e sociais, englobando, nas suas ambições utópicas, todo o humano e as suas aspirações mais profundas*” (M.E.Leandro, 2001: 75). Nesta panorâmica a saúde tornou-se numa vertente da vida humana que abrange todas as dimensões que a compõem. Outro tanto se diga da doença. Não é por acaso que as pessoas que têm condições de vida precárias em geral, são mais atingidas pela doença e têm uma longevidade inferior às outras (M. Drulhe, 1996).

No que diz respeito à Sociologia da Saúde, destaca-se o trabalho de T. Parsons ao relacionar a saúde como um bem responsável pelo funcionamento harmonioso da sociedade e o de E. Durkhiem (1895, 1987)) sobre o suicídio ou os estudos que

relacionavam estados de doença com períodos de recessão económica. Será esta a perspectiva que mais nos interessa, ao consideramos os factores sociais e culturais fulcrais no entendimento destas noções, pois regulam e condicionam as nossa acções e concepções.

Se por um lado a sociologia emergente (E. Durkheim, 1895, 1987) direccionou o seu interesse pela problemática da saúde, por outro iniciou uma nova linha de investigação intitulada sociologia das doenças mentais.

Para tal apoiou-se em contributos importantes tais como: o de August Comte, pai da sociologia, que estabeleceu o primeiro relacionamento entre a loucura e o social ao definir loucura como o *“pensamento egoísta, a revolta do indivíduo contra a humanidade”*(in R. Bastide,1963:24); e novamente E. Durkheim (1895, 1987) que desempenhou um papel importante com a distinção entre o normal e o patológico e o conceito de anomia social, que abordou em duas das suas obras *“As regras do método sociológico”* e em *“O Suicídio”*. Na primeira analisa a ausência e fragilidade das regras na sociedade e na segunda explora-a em dois sentidos: o egoísmo/anomia, que reflecte os efeitos da fragilidade das regras e da excessiva individualização do Homem. Nesta considera que o suicídio anómico decorre da fragilização das normas não conseguindo oferecer aos indivíduos condições de integração social.

Também a vertente da psiquiatria teve a sua influência através de S. Freud (séc. XIX) com o estudo do inconsciente, permitindo o reconhecimento da importância do social na mente do ser humano, ao trabalhar no âmbito psicanalítico as relações infantis vivenciadas pelo paciente. O mesmo autor elevou a mente a uma importante categoria como agente produtor de sintomas e de doença, sendo a psicoterapia um veículo reintegrador do indivíduo na sociedade. A nível metodológico, a sua mais valia foi a conexão entre o orgânico e o simbólico sob o ponto de vista dinâmico. Também trouxe um contributo linguístico importante com a introdução de termos inovadores tais como: conflito intrapsíquico, negação, resistência, projecção, recalçamento, sublimação.

Contudo, foi nos anos 20 que a articulação entre a psiquiatria e o sociologia despontou, conduzindo a uma nova vertente de investigação que assentava no *“ estudo de métodos de tratamento por meio de comunidades, pela reeducação das inter-relações, pela socialização dos isolados e mais particularmente pela grupoterapia e a ergoterapia”*(Adler,1927 in R. Bastide, 1965: 10).

Ou seja, se por um lado, diversos psiquiatras iam dando importância ao vector social das doenças e às relações interpessoais subjacentes tal como Sullivan em 1938 (in

R. Bastide, 1965: 40), ao considerar que “*o psiquiatra deve estudar não os indivíduos mas as situações interpessoais; de resto, quando eu me defino, nunca me defino senão pelas minhas relações com os outros; nunca sou mais do que um lugar de trocas: as do meu corpo com o meio físico ambiente, as do meu ser psíquico com os outros seres psíquicos*”, por outro, vários sociólogos iam direccionando os seus estudos para o campo da sociologia das doenças mentais, nomeadamente para as terapias de grupo, funcionamento de hospitais psiquiátricos e etnopsiquiatria (R. Bastide, 1965).

Este autor defendia que a “*etnologia permite ao psiquiatra apreender a importância da dimensão cultural da personalidade mórbida, e mostrar-lhe que as perturbações mentais estão inexplicavelmente ligadas tanto ao mundo dos valores como ao mundo dos símbolos*” (1965:25). Realizando desta forma um apelo expresso ao factor socio-cultural na origem das doenças mentais.

Entre as décadas de 1910 e 1940 nasceu no seio da sociologia uma nova linha de investigação, designada Escola de Chicago por estar agregada à Universidade desta cidade e aos estudos dos seus contextos urbanos nomeadamente: marginalidade, criminalidade, delinquência e doença mental. Primaram pela utilização tanto de metodologia qualitativa como quantitativa, funcionando a própria cidade como “laboratório”. Deste núcleo de estudos surgiu a partir da década de sessenta um novo movimento intitulado interaccionismo simbólico que retoma, por sua conta, alguma das hipóteses da Escola de Chicago e que vem renovar o quadro teórico da sociologia. Acrescentam que para além do crime e da delinquência também o alcoolismo e a doença mental sofrem sanções por parte da sociedade. Chamam «desvio» a qualquer comportamento que saia fora das normas aceites e definidas por um grupo ou instituição numa dada sociedade. Iniciam desta forma a «sociologia do desvio», que associa a percepção que o Homem faz de si mesmo e do mundo à sua volta. Alguns dos seus autores mais influentes foram Becker e Goffman, com duas obras fundamentais *Outsiders* (1963) e *Stigmaté* (1961) respectivamente (M. Xiberras, 1993; O. Neto, 2004).

Na década de 50, Talcott Parsons (1955) desenvolveu a teoria do “afastamento”, termo que designa todas as condutas que se afastam dos comportamentos prescritos pela sociedade e que, por consequência, se opõem às condutas de conformidade, que tornam possível a vida em sociedade.

T. Parsons classifica os fenómenos de afastamento segundo dois eixos: o da conformidade - alienação, e teremos então os factores de fuga para fora do social, ou,

pelo contrário, os factos de hiperconformismo, de rigidez na aplicação das normas; e o da passividade-actividade, e temos então, ou a insensibilidade perante sanções e recompensas que repelem os indivíduos para a margem da sociedade, ou então os actos de rebelião aberta. É nesta teoria sociológica de afastamento que se inscreve a teoria da doença mental (R. Bastide, 1965:41).

Fulcral foi também a introdução da saúde como conceito operatório nos projectos de organização da sociedade pela OMS em 1947 e a Carta de Alma-Ata, divulgada em 1978, que veio propor um novo logaritmo baseado na promoção da saúde para todos até ao ano 2000, cuja base era incrementar um maior desenvolvimento social, económico e cultural.

Porém, e recuando um pouco no tempo, foi dentro da própria psiquiatria que a explicação da doença mental foi colocada em causa através do movimento da antipsiquiatria, desenvolvido nos anos 60 e 70 na Europa e nos Estados Unidos da América. Os psiquiatras consideravam que era impossível definir doença mental no mesmo sentido que a doença física, na óptica de que a sua concepção tem implícita um juízo moral. Depositavam a explicação da loucura no seio da sociedade. Logo, *“se é a sociedade que produz e define a doença mental e se esta é o resultado das condições degradantes de vida, de deterioração dos laços sociais, etc., então a sociedade é que está doente, não os indivíduos”* (F. Alves, 2001:28).

Apesar dos fortes ataques à prática e aos profissionais da psiquiatria, deve-se à antipsiquiatria o aparecimento da doença mental como uma construção social pois ao colocarem em causa a sua origem permitiram englobar a componente social.

De certa forma, o uso do modelo biomédico deixou de ser de uso exclusivo na compreensão da causalidade das doenças pelo seu carácter redutor ao não enquadrar o contexto sócio-cultural do indivíduo. Desta necessidade surge a construção social da doença mental sustentada pelo modelo biopsicossocial, que relaciona a dinâmica entre o ser biológico, o sistema de valores, as crenças, a cultura, as atitudes e a relação social.

Em suma, o conceito de doença passa a congregar duas dimensões, a privada (indivíduo) e a pública (socio-cultural).

Eisenberg (1988) concorda com esta perspectiva e argumenta-a, apoiando-se nos seguintes aspectos:

- (i) Todos os conceitos científicos são invenções da imaginação;

-
- (ii) As ciências humanas são reguladas por um paradoxo, na medida em que aquilo que acreditam ser verdade, em relação ao comportamento humano, influencia os comportamentos que pretendem explicar;
 - (iii) A trajetória das doenças é influenciada pelas crenças dos doentes e dos médicos, face à sua evolução e prognóstico;
 - (iv) Os profissionais, tal como os doentes, são influenciados por papéis que são também socialmente construídos (A. Gonçalves, 2006).

Resumindo, pode-se afirmar que o contexto social é um forte condicionante na promoção da doença, na trilha de que categoriza as pessoas e lhe confere oportunidades distintas. Tem sido explorada por vários autores da sociologia, nomeadamente R. Bastide (1965) que justifica que os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. Mas também por E. Goffman (1986) que aponta a sociedade como a entidade que estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Importa introduzir ainda o contributo de G. Simmel (1983) que vê a sociedade como a interação psíquica que se verifica entre indivíduos e que só existe como tal mediante as interações que estabelecem uns com os outros, sendo estas diversas e complexas. Finalmente M. Drulhe (1996) considera que as condições sociais de existência condicionam a saúde e a doença das populações. De facto, é cada vez mais reconhecido em todas as esferas que operam a nível social que todo o consciente e sub-consciente social produzem impacto no sujeito podendo conduzir a uma “existência-sofrimento”, pois tal como refere M. Quartilho (2001) o corpo doente não está fechado mas antes aberto ao social e em contacto com o mundo.

1.3.2 Causalidade da doença mental

A explicação causal da doença mental, tal como o seu próprio conceito, tem sofrido modificações ao longo da história. São vários os autores que se dedicam ao seu estudo e que agrupam as suas causas, de acordo com a evolução histórica, como por exemplo C. Carvalho (2004), que as distingue em:

- (i) Causas mágicas: são os deuses ou os demónios os causadores da loucura em virtude de falhas ou pecados cometidos pelos homens;
- (ii) Causas orgânicas: são as doenças de certas partes do corpo e especialmente da cabeça e do cérebro que provocam a loucura;

(iii) Causas psicológicas: são os sentimentos, as paixões da alma que perturbam o espírito.

Numa vertente mais holística F. Alves (2001) equaciona as causas da doença mental em quatro perspectivas:

- (i) Orgânica: os sinais e sintomas da doença mental são passíveis de serem observadas e quantificáveis;
- (ii) Psicológica: integra os aspectos psicológicos da pessoa (pensamentos, emoções, motivações, comportamentos, conflitos intrapsíquicos) dentro da sua história de vida.
- (iii) Social: inclui os factores sociais (crenças, estilos, comportamentos, atitudes, classe social) e os aspectos culturais, económicos, relações e papéis sociais.
- (iv) Psicossocial: esta será uma perspectiva integradora das acima referidas, interpretando a doença mental como o resultado da interacção entre os factores biológicos, psicológicos e sociais.

Apesar desta heterogeneidade de interpretações, a comunidade científica une-se ao afirmar que na maior parte das vezes a explicação para a doença mental não é unifactorial mas sim plurifactorial, sendo difícil identificar a sua origem precisa.

As mudanças operadas nos modos de vida nas últimas décadas não são alheias a este enquadramento, no sentido de estas serem responsáveis pelo aumento das doenças mentais e consequentemente dos problemas físicos a elas associadas.

Assim a compreensão da doença mental exigiu uma maior complexidade à medida que o indivíduo começou a ser estudado dentro de outros contextos e sob outras influências, para além da biológica.

1.3.3 O papel social do doente mental

O conceito de papel social foi desenvolvido por sociólogos americanos com o intuito de designarem os estatutos que cada indivíduo ocupa na sociedade, através do conjunto de papéis que exerce.

T. Parsons, desempenhou um trabalho fulcral neste domínio ao analisar o papel do doente na sociedade americana. Concluiu que o papel de doente é definido ao longo do processo de doença e é reconhecido pela sociedade que lhe confere direitos e deveres. O próprio doente pode assumir esse papel desvinculando-se dos compromissos e responsabilidades, ou então, pode ser-lhe imposto pelo grupo social. Os médicos são

os legítimos profissionais que reconhecem e definem socialmente quem está doente ou não. A. Milles (1981) aponta como falha no trabalho de T. Parsons ter-se debruçado apenas e só sobre o doente temporário, não contemplando o crónico. A mesma autora concretiza um paralelismo entre a definição de T. Parsons e o papel social do doente mental, no sentido em que este liberta igualmente a pessoa de obrigações, actividades, responsabilidades e culpa. Contudo a sua recuperação é vista como quase impossível, bem como o retomar dos seus papéis sociais, o que nem sempre corresponde à verdade, pois muitas vezes, dependendo do quadro clínico, o internamento é curto e a volta às actividades usuais também.

É comum associar-se um estereótipo ao doente mental, caracterizando este como perigoso, agressivo, imprevisível, etc. Esta concepção é alimentada por duas vias, a que nos é inculcada desde a infância e reforçada com o crescimento, pelos grupos sociais e familiares, e pela ignorância e desconhecimento perante esta doença na população em geral conduzindo à exclusão e isolamento social. Assim a identificação da doença mental pode não ser realizada pelo próprio mas sim pelo grupo social, o que raramente acontece, por exemplo, a doença física.

Também a classe social influencia significativamente o que se pensa sobre a doença mental e como esta é tratada. Normalmente, quanto mais baixo é o extracto social maior é a probabilidade dos indivíduos contraírem doenças em geral. Este facto é facilmente explicado pelo número reduzido de recursos e oportunidades acessíveis a esta classe (A. Miles, 1981). Num estudo realizado por Myres e Bean em 1968, citados pela mesma autora, verificou-se que as classes desfavorecidas permaneciam mais tempo nos hospitais e que eram readmitidas mais frequentemente, prolongando a doença e quebrando o reassumir dos papéis, levando mais facilmente à cronicidade e à colagem do rótulo de doente mental.

Quanto mais longa for a hospitalização e a necessidade de cuidados psiquiátricos maior é o estigma produzido pela sociedade e pelo próprio doente.

A imagem social do doente mental regra geral acarreta adjectivos negativos e desvalorizantes. É olhado como alguém que perdeu a razão, o sentido de ser e de agir e como tal, são lhe negados direitos e deveres e principalmente incapacidade de autonomia.

Aparentemente o poder da sociedade é tão forte que aquele que não se identifica com determinado grupo e com as suas regras, crenças, valores e ideais, dificilmente se sentirá aceite como igual. M. Quartilho (2001: 79,80) sublinha que “*muitas doenças*

transformam-se em metáforas, reflectindo os medos e preocupações das pessoas e traduzindo, ao mesmo tempo, as transgressões morais da sociedade. Logo, falamos de doenças que implicam associações simbólicas, com consequências no modo como os doentes se vêem a si próprios e, também, na forma particular como são olhados, discriminados ou rejeitados, pelas outras pessoas e instituições.”

No que diz respeito à análise sociológica da doença mental E. Goffman deu um contributo bastante valioso em duas das suas obras *Estigma* (1963) e *Prisões, manicómios e conventos* (1961). A primeira contribuiu para a compreensão do papel social do doente mental, assinalando que o estigma, seja ele físico ou mental, reduz a participação social e as expectativas. A segunda explora a relação entre sociedade, doente e instituição psiquiátrica. Divide a “carreira moral do doente mental” em duas fases: a “fase do pré-paciente”, altura em que existe um primeiro contacto com a instituição que pode ser realizado por livre e espontânea vontade ou então forçado por entidades policiais; e “fase do internado”, existe uma perda do contacto com as pessoas que faziam parte do seu dia-a-dia.

1.3.4 Os conceitos de “normal” e “anormal” no seio cultural

As noções de saúde e doença, no contexto psiquiátrico, conduzem também à definição entre o que é normal e anormal no comportamento humano. Na prática são ambos conceitos ambíguos e de difícil compreensão. G. Devereux (1977) foi um dos autores que se dedicou ao estudo do binómio normal/anormal e o que definia as suas fronteiras. Segundo ele, apesar dos avanços efectuados nos conhecimentos sobre esta distinção, o seu conteúdo ainda persiste pouco maduro, revelando-se através da exclusão social que subsiste tenuamente nos grupos sociais, bem como no discurso social, na ruptura do laço social e consequentemente na falta de solidariedade. O ser “normal” pressupõe adoptar determinados comportamentos e atitudes que vão ao encontro do que está estipulado socialmente, logo e nesta óptica o ser “anormal” será sempre posterior à definição de “normal”, ou seja, a sua antítese.

O mesmo autor considera que um certo grau de adaptação do indivíduo perante o exterior é necessário para a sua sobrevivência em qualquer sociedade. As características individuais distinguem e provavelmente conferem maior ou menor capacidade de adaptação, nomeadamente a maturidade afectiva, o sentido do real, a racionalidade e a

capacidade de sublimação. Aponta também a importância do inconsciente e das defesas, perante situações de stress, factores determinantes na capacidade de adaptação ou não.

Para Canguilhem (1965) citado por M.T. Coelho e N. Filho (1999:24), o patológico não é a ausência de normas mas sim a presença de outras mais inferiores e que impossibilitam o indivíduo de viver de acordo com as práticas anteriores e aceites socialmente. São conceitos há muito estudados, que implicam avaliar as situações em diferentes tópicos mas sempre na cultural.

R. Benedict, famosa antropóloga americana, contribui para a relativização deste binómio através dos seus estudos em tribos primitivas (os índios-Kwakiutl da Ilha de Vancouver, os Zuñi indianos do México, e a tribo Melanésia dos Dobu), publicados na sua obra *Padrões de cultura* (1964). Apontava a possibilidade de indivíduos considerados «anormais» serem incluídos na estrutura social desde que sejam seleccionados pela própria cultura, como por exemplo os xamãs da Sibéria.

Em resumo, a autora considerava que os mesmos sintomas podem conduzir a diferentes rótulos tendo em conta a cultura e o contexto de uma sociedade, refutando que a psiquiatria parte “...de uma lista fixa de sintomas em vez de estudo daquelas pessoas a cujas reacções características a sociedade em que vivem nega validade” (R. Benedict, 1964:283-284).

Na óptica sociológica, E. Durkheim no seu trabalho *As regras do método sociológico*, dedicou-se à questão do normal e do patológico. Para este autor o início de qualquer investigação sociológica parte sempre desta distinção, uma vez que nas suas palavras qualquer ciência da vida, individual ou social, tem como principal objectivo definir o estado normal e distingui-lo do seu oposto. Contudo, e na sua concepção, estes conceitos estão relacionados com as noções de saúde e doença que segundo ele não podem ser definidas em absoluto, pois “...o ponto de referência em relação ao qual se pode avaliar o estado de saúde ou doença varia com as espécies, pode variar também para uma só e mesma espécie, se esta se modificar” (2007:87). Na sociologia esta distinção torna-se mais complexa do que no campo biológico. O sociólogo necessita de analisar como cada fenómeno afecta a capacidade de resistência do organismo, para, assim, determinar com a máxima exactidão o seu carácter normal e anormal (E. Durkheim, 2007:95).

C. Helman (2003) considera que a normalidade integra um conjunto de vários vectores que incluem as relações sociais, o comportamento, as atitudes, a higiene pessoal, o aprumo pessoal, a linguagem, a gestualidade, o tom de voz e o estado

emocional, tudo isto em contextos diferentes sendo que a própria definição de normalidade não é uniforme dentro de uma mesma população pela diversidade cultural existente.

Tomemos alguns exemplos: na Nova Guiné não existe uma palavra para designar a depressão e os casos registados são raros; no Sri Lanka a falta de esperança é valorizada positivamente por se adequar à perspectiva budista da natureza do mundo; na África Ocidental algumas depressões ligeiras são acompanhadas por alucinações, que na cultura ocidental são directamente relacionadas com a esquizofrenia (L. Wolpert, 2000).

A interpretação dos conceitos normal e anormal requer uma avaliação cuidadosa, rigorosa e sensível ao contexto sócio-cultural e à individualidade de cada pessoa, pela extrema ambiguidade que acarreta.

1.3.5 O estigma e a exclusão social do doente mental

Uma vez doente mental sempre doente mental (A.Milles, 1981). O conteúdo desta frase é alimentado pela sociedade e pelo próprio doente, porque o estigma não vem só do outro também vem do próprio.

E. Goffman (1963) foi provavelmente o primeiro autor a debater esta problemática, estudando pessoas com diferentes situações mas que sentiam o peso social da diferença e da discriminação. No seu livro *Estigma* (1963: 11) inicia a explanação deste conceito explicando a origem deste termo, de origem grega – *stigma* - e que na altura referia-se “ (...) a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status de quem os apresentava.” Actualmente o termo tem outra concepção e é aplicado, regra geral, à própria desgraça. Porém, salvaguarda que determinado atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outro (E. Goffman 1963:13). Neste sentido o noção de estigma varia de acordo com as características físicas ou comportamentais distintas de uma pessoa ou grupo. Na sociedade ocidental é completamente diferente ser-se doente físico e doente mental.

A conotação negativa dada ao doente mental deve-se ao desconhecimento e à ignorância das pessoas em geral face à “loucura”. O seu peso ainda é demasiado forte, bem como a sua história. Contudo, as evoluções farmacológicas das últimas décadas do séc. XX têm permitido controlar a sintomatologia e os episódios da doença com mais

facilidade, num espaço de tempo mais curto, dando mais estabilidade ao indivíduo, sendo estes avanços muito importantes para a modificação do estereótipo da doença mental. Esta modificação é fortemente influenciada pela comunicação social que consegue manipular, para o bem e para o mal, a opinião pública. Daí as recentes preocupações, por parte das instâncias governamentais, em dinamizar campanhas publicitárias para aumentar o conhecimento sobre esta temática, com o objectivo de diminuir a exclusão.

As pessoas com doenças estigmatizadas, estão frequentemente isoladas socialmente, dado que o público cria as suas ideias e atitudes baseadas nas imagens e nas histórias que lhe são transmitidas através dos filmes, das reportagens televisivas e das revistas. Importa também referir, que para se mudar atitudes e preconceitos os próprios doentes mentais têm um papel decisivo, através da participação em campanhas de educação, em associações e grupos de suporte, em considerar a hipótese de expor a sua experiência da doença.

Associado ao estigma está muitas vezes colado o conceito de exclusão social, que na sua essência tem um significado diferente. É um conceito recente e que é encarado como um processo de ruptura com a sociedade, que afecta grupos populacionais fragilizados e que conduz à ruptura dos laços sociais. Na visão sociológica *“a exclusão é o produto ou o resultado de um defeito de coesão social global”* (M.E. Leandro, 2008:4). Um excluído é quase sempre uma pessoa com frágeis laços sociais ou em ruptura social. A exclusão social sempre existiu desde que *“...homens e mulheres vivem de forma colectiva e quiseram dar um sentido a esta vida em comunidade onde é suposto haver laços entre eles”* (M.E. Leandro, 2008:8).

São vários os factores que podem conduzir à exclusão social: pobreza, doença, desemprego prolongado, crime, diferenças religiosas, delinquência, mecanismos de estigmatização que afectam grupos sociais específicos, etc. Assim, fazendo uso das palavras de E. Rodrigues (2000:777) exclusão não é desigualdade, nem desvantagem social, nem diferenciação social mas sim um processo de descolagem relativamente à sociedade envolvente. Encerra importantes dimensões simbólicas nomeadamente a estigmatização de grupos sociais considerados diferentes ou desviantes (caso do doentes mentais), afectando não só as relações sociais que estabelecem bem como o que eles pensam de si próprios, provocando consequências graves na sua auto-estima.

Alguns estudos recentes, Link et al. (2001) e Wrigth et al. (2000), têm examinado a conexão entre estigma, auto-estima e depressão severa e depararam com

uma relação inversa. Dos poucos estudos encontrados sobre estigma e depressão severa, existe um realizado por Rafuram et al. (1996), no sul da Índia baseado em entrevistas a pacientes que recebiam tratamento ambulatorio numa clínica psiquiátrica e diagnosticados com uma mistura de depressão e desordens somatoformes. Os dados foram trabalhados qualitativamente, concluindo-se que a uma depressão mais severa está associado um maior estigma, o que dificulta a continuidade e o êxito do tratamento.

Também J. Pyne et al. (2004) concluíram o mesmo ao afirmarem que o estigma pode funcionar como uma barreira para o início e continuidade do tratamento de doentes com depressão.

E. Goffman (1986), explicava que uma das formas de manipulação do estigma de pessoas que frequentavam uma instituição psiquiátrica ou que recorriam ao psiquiatra era evitar revelar este facto pois sentiriam que facilmente eram conotadas de “malucas”. Outra forma de manipulação proposta pelo mesmo autor era restituir o ex-doente ao mundo das pessoas competentes, aceitáveis e previsíveis, sem negar a doença. Na nossa sociedade a inserção laboral sendo factor que distingue e estratifica os grupos sociais, atingiu um tal limiar técnico que influencia e sistematiza as relações produtivas entre si, mas também organiza a família, o sistema pedagógico e as esferas éticas e políticas. Actualmente o trabalho define a pessoa, já não se pergunta ao indivíduo quem é, mas o que faz. O trabalho produz sentimento de utilidade, gratificação, permite o acesso a determinados estratos sociais e aquisição de bens e serviços. Quem se vê privado dele, seja porque razão for, vê diminuir significativamente a sua rede social e a sua qualidade de vida. As pessoas que sofrem de doença mental regra geral têm sérias dificuldades em manter um emprego. Os motivos são vários: recaídas, dificuldade em cumprir ritmos e hábitos de trabalho, dificuldades de relacionamento. A reinserção profissional torna-se um sério problema para esta população. O mercado de trabalho não está adaptado a estes indivíduos e os locais para emprego protegido são escassos e na maior parte dos casos dentro de instituições psiquiátricas ou promovidos pelas mesmas. Assim não será de estranhar o elevado índice de desemprego e de reforma por invalidez. Para além dos aspectos acima referidos condicionados pelo estigma, existe ainda outro contemplado por E. Goffman, que é o facto de ser normal o estigma se expandir pelos relacionamentos mais próximos do doente mental, nomeadamente na família que deixa de ser considerada “normal” aos olhos da sociedade.

S. Sontag (1978), tem uma perspectiva interessante relativamente a este assunto. Para ela a sociedade não aceita as pessoas que falham o teste da doença fatal. Esta é

compreendida como a linguagem para dramatizar o mental, sendo uma forma de auto-expressão. No ideal pós-moderno um carácter bem equilibrado tem uma expressividade limitada e controlada e o comportamento é redefinido pelo seu potencial de excesso. Contudo, é dentro desta mesma sociedade que o estigma necessita de ser “combatido”, é nela que a pessoa com doença mental habita, trabalha, convive, acede aos serviços comunitários, participa em actividades de lazer, efectivando a sua participação comunitária. F. Jorge-Monteiro e T. Madeira (2007) consideram que a comunicação social desempenha um papel fundamental na desestigmatização do doente mental, pois podem promover uma aproximação do público à realidade dessas pessoas e assim corrigir as visões distorcidas que têm desta doença. Talvez o caminho passe pela aceitação e pela normalização.

1.3.6 Depressão, história de uma doença mental: Passado, Presente e Futuro

Na panorâmica da sociedade actual em que vivemos a palavra depressão tornou-se banal e habitual nos diversos meios em que interagimos seja na família, no trabalho ou no grupo de amigos. Pode ser utilizada de várias formas e com diversos significados. Admirável é que, desde que existe a humanidade e principalmente desde que há documentos escritos, a depressão é um assunto subentendido na história, descrita como um fenómeno que ocorria nas antigas civilizações, embora com uma linguagem diferente e com interpretações orientadas para o que era credível na época, sendo pouco explícita e compreensível, associada frequentemente como algo alegórico ao desgosto amoroso, mas com certeza um estado de humor agremiado ao ser humano.

Como em quase tudo, a civilização grega teve um papel fundamental na identificação da depressão, então designada melancolia.

O primeiro episódio, em que houve descrição de um estado semelhante à perturbação depressiva, foi protagonizado por Hipócrates (460-375 a.c.), pai da medicina, a quem se pediu que produzisse um diagnóstico para o filósofo Demócrito, que aparentemente enlouquecera. De acordo com os dados que temos, parece que Demócrito começou por passar por uma fase depressiva e que, depois da inactividade que acompanha a depressão, teve início uma fase de hipertimia, com uma actividade febril que pareceu muito estranha aos seus contemporâneos. Vivia rodeado de esqueletos e de restos de animais, que dissecava. Quando foi visitado por Hipócrates, Demócrito contou-lhe que tinha sofrido tanto com a sua doença que desejava descobrir

um tratamento para a curar nos outros e evitar a sua própria recaída. Nos cadáveres dos animais mortos buscava a sede da “bílis negra”, associada à fonte da melancolia (Vallejo- Nágera, 2002:33).

Hipócrates achou razoável e meritória a atitude do filósofo, que era também a sua: a procura da causa natural e de tentativa de a remediar. A própria etimologia da palavra melancolia alude precisamente a este conceito grego da bÍlis negra (*melos*- “negro”, *chole*- “bÍlis”) e talvez a este episódio.

Já nesta altura os gregos observavam a evolução desta doença em dois momentos cÍclicos, que oscilavam entre melancolia e mania, mas também verificaram que este tipo de doença só ocorria em determinadas personalidades e quando os sintomas passavam as pessoas voltavam ao seu normal.

Com a dissolução da era greco-romana e o aparecimento da cristã, o conceito e a interpretação do estado depressivo sofreu alterações significativas sendo possÍvel observar em alguns relatos da Sagrada Escritura estados depressivos que se assemelham com alguns actuais.

Por exemplo, a de um rei inimigo de Israel que « (...) *imensamente perturbado, foi para a cama e adoeceu de mal intenso que (...) permaneceu assim naquele lugar durante muitos dias, porque a sua tristeza ia aumentando, de tal forma que pensou que morreria, de tão abatido e oprimido de desgosto que estava(...)*. “ *Em que abismo de tristeza me encontro... Vêm-me à memória os males que causei...morro de melancolia...!*” » (Vallejo- Nágera, 2002:34).

Na visão religiosa esta doença tem a ela associada sentimentos de culpa, remorsos e desejos de morte, corroboradas pelas ideias de São Paulo. Este interpretava a tristeza em duas vertentes: a de Deus que é a do arrependimento por ter pecado; e a do mundo que é o desejo de morte. Nesta óptica a depressão é encarada como um pecado e da total responsabilidade do próprio.

Santo Isidoro, oriundo de Espanha, retirou aos deprimidos este peso quando definiu depressão como uma doença produzida por uma alteração de humores ou pelo efeito fÍsico de um desgosto, atribuindo precocemente uma vertente psicossocial à depressão.

Entrando na Idade Média, e ainda sob uma forte influência religiosa, as interpretações estagnaram um pouco à volta das ideias de culpa que os deprimidos sentiam, que seriam efeito dos pecados cometidos e que culminavam pensando insistentemente no suicÍdio, sendo este o maior dos pecados, acto cometido por Judas.

Apesar da obscuridade desta época e da forte opressão sentida por estes doentes especialmente pelos que cometiam suicídio, a depressão foi encarada como uma doença e não uma consequência do pecado ou da ligação com o demónio.

Porém, e durante muito tempo – até o começo do século XVII – o debate sobre a melancolia permaneceu preso à tradição dos quatro humores de Hipócrates e suas qualidades essenciais: qualidades estáveis que de facto pertencem a uma substância, que só pode ser considerada como causa (M. Foucault, 1999:263).

A medicina hipocrática considerava que a saúde representava um equilíbrio harmonioso entre os quatro humores corporais, representados pelo sangue que tem origem no coração, pela bÍlis negra, no baço, pela bÍlis amarela, no fÍgado, e a fleuma, no cérebro. Para além disso associava a produção de cada um dos líquidos às estações do ano, o sangue, à Primavera, a bÍlis negra, ao Outono, a bÍlis amarela, ao Verão e a fleuma, ao Inverno. Desta forma, a saúde não se relacionava apenas com os humores contidos no corpo humano mas também com o resto do Universo.

Desta longa e exaustiva discussão chegou-se a algumas conclusões relativamente à origem da melancolia, que podem ser resumidas do seguinte modo: a existência do suco da melancolia, que possui qualidades próprias da doença e que são transmitidas entre corpo e alma; a relação entre a personalidade e o tempo, sugerindo neste ponto uma ligação mais estreita entre o tempo e as mulheres; o conflito interno resultante da alteração de uma qualidade e por fim as circunstâncias da vida que podem modificar essas qualidades.

O séc. XVII foi marcado por Galileu, Newton e Descartes, que enunciaram os princípios básicos da ciência, também conhecido pelo modelo cartesiano ou mecanicista. Concebiam o mundo como uma máquina, constituída por um conjunto de peças. Nesta perspectiva, Descartes comparou o corpo humano a um relógio avariado quando se encontra doente e saudável quando funciona em pleno, de acordo com as leis matemáticas. Para se poder estudá-lo era necessário separar as partes constituintes dessa máquina e analisá-las individualmente. Ainda no mesmo século Boerhaave define melancolia como “*um delÍrio longo, obstinado e sem febre, durante o qual o doente está sempre ocupado com um único e mesmo pensamento*” (M. Foucault, 1999: 263).

A primeira vez que a palavra depressão foi utilizada remonta ao ano de 1750 por Samuel Johnson que associava este estado a espÍritos “baixos”. Antes de 1700 à melancolia eram associadas as formas eróticas, religiosas, satânicas, nostálgicas e eruditas. Nesta altura a palavra depressão não fazia parte do vocabulário. O seu termo

era mais incerto do que a própria doença. Os termos mais comuns eram melancolia, bílis, vapores, nervos e histeria, noções muito diferentes das actualmente utilizadas.

Se quisermos ser precisos podemos dividir a nomenclatura utilizada em duas categorias, a pré-medicalizada – melancolia e a pós-medicalizada – depressão.

De acordo com M. Foucault (1999), no final do século XVIII serão classificadas como melancolia, as loucuras sem delírio, porém caracterizadas pela inércia, pelo desespero e por uma espécie de estupor morno. Nesta época, na Europa, o conceito de doença mental e sintomas associados a ela eram o resultado do pecado ou possessão, produto de excesso físico, ou simplesmente “defeitos” de nascença. Nesta fase não se cuidava, isolava-se.

Após a Revolução Francesa, e com a introdução das novas ideias humanistas, o lugar da loucura na sociedade ganha destaque através de Pinel em França, Tuke em Inglaterra e Riel na Alemanha e do tratamento moral.²

Entrando no século XIX e em consequência dos estudos iniciados no século anterior, o conceito da loucura é definido como uma doença circular que oscila entre momentos de mania e de melancolia. Falret, pai e filho ambos psiquiatras franceses, estabeleceram a primeira ligação hereditária com a doença.

Em 1819 Esquirol, discípulo de Pinel, define a melancolia como uma monomania: tristeza, abatimento ou desgosto de viver sem companhia, muitas vezes acompanhada com delírio alusivo a um tema, contudo a razão é conservada.

Ainda neste século em 1870 Sir James Paget afirma que a depressão mental é um aditivo elevado para outras patologias como por exemplo a cancerígena.

Também a nível literário começam a ser publicadas as primeiras obras onde se aborda esta temática, destacam-se duas, embora com alguns séculos de distância, *A Treatise of Melancholy* de Bright (1586) e *Anatomy of Melancholy*, de R. Burton (1964), este último “best-seller” durante quase dois séculos e fonte de grande influência no meio clínico e social, sendo várias vezes reeditado com as devidas adaptações às correntes e ideologias da época (Vallejo- Nágera, 2002).

A história também pode ser contada à luz de outros meandros nomeadamente a literatura e outras áreas culturais e artísticas.

² O tratamento moral tinha como principio combater a loucura fornecendo valores morais e civis aos doentes mentais, providenciando trabalho e ocupações terapêuticas.

Regra geral quando se pensa em artes existe quase sempre uma forte conotação com a “loucura”. Escritores, poetas, pintores, descrevem quase sempre momentos de grande ansiedade e melancolia quando estão a criar, citando alguns deles: Florbela Espanca, Virgínia Wolf, Fernando Pessoa, Mário de Sá Carneiro, Picasso, Van Gogh.

Já na época dos gregos estes acreditavam que era em momentos depressivos que os poetas vingavam a sua veia inspiradora e produziam grandes obras.

A passagem do século XIX para o século XX ficou marcada, em psiquiatria, por dois grandes talentos: Kraepelin e Sigmund Freud.

O primeiro dividiu a depressão em dois quadros clínicos, com ou sem mania, e interpretando-a como um fenómeno endógeno associado a uma componente hereditária, ou seja, fruto de uma alteração química. Ainda hoje esta distinção é aceite, embora com nomenclaturas diferentes. Freud através do seu trabalho *Luto e Melancolia*, explicava que esta estava relacionada com a perda do objecto, de onde resulta um luto e consequentemente um estado melancólico. Considerava que a depressão era um mecanismo de defesa contra o sentimento de ódio sentido relativamente à perda do objecto amado por este ter “desaparecido”, na infância, traduzido em sentimentos de culpa direccionados para a própria pessoa através de uma “autopunição”.

O que acontece é que nunca chegaram a acordo, e as suas abordagens da depressão diametralmente opostas foram, desta forma, transmitidas aos seus discípulos, que actuaram em compartimentos estanques, dividindo a psiquiatria em duas abordagens a “psicodinâmica” e a “organicista” (Vallejo- Nágera, 2002).

Ambas as correntes ainda subsistem e com provas dadas da sua legitimidade, embora reajustadas às realidades e descobertas mais prementes, o que significa que as duas têm validade científica.

Os historiadores da saúde mental e psiquiatria da 1ª parte do séc. XX exploraram a génese e o desenvolvimento da intitulada era do fracasso e o impacto desta na valorização excessiva da depressão. Nos anos 40 foram introduzidos os electrochoques, com indicação específica para as depressões, apesar de apresentarem resultados satisfatórios no controlo da sintomatologia, era um tratamento violento ao qual ninguém se queria submeter se tivesse escolha. Nos anos 50 apareceram os primeiros neurolépticos e no final desta década os antidepressivos e ansiolíticos que conduziram a um aumento das pesquisas neurobiológicas, pois permitiram conhecer os mecanismos que provocam as síndromes e as doenças.

Contudo as maiores alterações dão-se na segunda metade do séc. XX, no pós segunda guerra mundial através do desenvolvimento de novos tratamentos farmacológicos (antidepressivos) e novas psicoterapias de orientação analítica, preconizados por Wender e Schilder e de psicodrama e sociodrama por Moreno. Estas novas terapias permitiram desenvolver a psicologia social e psiquiatria comunitária, na medida em que o número de doentes em asilos diminuiu drasticamente e as doenças, incluindo a depressão, puderam ser tratadas e estudadas sob outras perspectivas.

Actualmente, a depressão ocupa um lugar de destaque na psiquiatria, a sua compreensão vai para lá da explicação biológica, ainda muito em voga, sendo necessário incluir as vertentes psicossociais e culturais. Na concepção de A. Eherenberg (1998:10-15) está directamente relacionada com a combinação de elementos internos à psiquiatria e das modificações normativas profundas operadas nos modos de vida no final do séc. XX. O mesmo autor designa como um mal íntimo, uma patologia da insuficiência, própria do individualismo em democracia que repousa sobre um duplo ideal: ser uma pessoa por si mesma (um indivíduo), dentro de um agrupamento que lhe retira o significado da sua existência (a sociedade).

A sua popularidade impulsiona o interesse na descoberta de novos medicamentos, de novos tratamentos, de novas investigações, que permitam controlar a sua propagação, os elevadíssimos custos económicos acarretados, mas fundamentalmente proporcionar uma melhor qualidade de vida aos que dela padecem.

1.3.7 A noção de depressão

O conceito de depressão no contexto da nossa problemática remete-nos para o que está definido e aceite a nível mundial no seio da psiquiatria, ou seja, é uma perturbação de humor caracterizada por sintomas como apatia, tristeza, irritabilidade, múltiplas queixas somáticas, ideias agressivas e perda de interesse. Alguns dos aspectos desta doença que causam impacto são: a elevada frequência na população e o caminho traçado para a cronicidade; a cormobilidade com outras problemáticas psiquiátricas; e a forte associação a problemas físicos (A. Maia, 2001).

Contudo, na nossa sociedade a palavra depressão pode adoptar vários significados referindo-se a um estado normativo transitório ou estado de humor, a um sintoma que pode estar relacionado com uma patologia crónica ou então a um síndrome ou uma desordem severa.

É uma doença aceite e banalizada pelos *mass media*, assunto trivial em diversos círculos, sentida por qualquer um de nós ou por alguém que nos é próximo.

Mas afinal o que é uma depressão, como podemos identificá-la e qual a sua gravidade? A sua identificação tem sido explorada segundo duas organizações: a Organização Mundial de Saúde através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (1992) - na sua décima revisão (CID-10) e a Associação Americana de Psiquiátrica com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (1994).

No CID-10 as perturbações depressivas estão enquadradas nas perturbações de humor e subdividem-se em episódio depressivo leve, moderado ou grave e ainda perturbação depressiva recorrente ou transtorno persistente de humor. No DSM –IV, igualmente agrupada nas perturbações de humor, dividem-se em quatro grupos, perturbação depressiva major (mais associada a factores do foro biológico logo, mais receptiva a tratamento psicofarmacológico), perturbação distímica (sujeita a alterações biológicas e factores psicossociais logo, com prognóstico mais reservado pois as condicionantes promotoras de um novo episódio são várias e difíceis de controlar), perturbação depressiva sem outra especificação e finalmente outras depressões (aqui incluem-se as depressões pós-parto, sazonais, pré-menstruais). Em ambas as classificações a sua duração pode ser episódica, recorrente ou crónica. Em qualquer um dos casos conduz a uma diminuição acentuada da capacidade funcional e uma marcada desmotivação e tristeza. De forma sucinta, o quadro n.º 1 explana claramente os componentes afectados e os sintomas a eles associados.

Quadro n.º 1

Sintomas da depressão (adaptado de Wilkinson, 1989)

| Humor | Pensamento | Impulso | Físicos | Julgamento |
|---|--|---|---|---|
| - Tristeza - Infelicidade - Melancolia - Desespero - Ansiedade e tensão - Falta de prazer - Falta de satisfação - Falta de afecto - Choro - Humor débil - Mau feitio - Irritabilidade - Desvalorização - Défice de memória | - Perda de interesse - Perda de auto-estima - Sensibilidade excessiva - Sentimento de inadequação - Sensação de apatia - Sensação de futilidade - Incapacidade de adaptação - Dificuldade em tomar decisões - Vergonha - Desespero - Auto-censura - Lentificação motora e incapacidade para se concentrar | - Desejo de fuga - Evitamento - Sensação de rotina - As actividades parecem fastidiosas ou sem sentido - Desejo de refugiar -Rituais compulsivos - Obstipação | - Sensação de esgotamento - Cansaço - Dores contínuas - Dores agudas - Perda de apetite - Perda de peso - Perturbações do sono - Perda do desejo sexual - Fadiga - Incapacidade para se relaxar -Sintomas autonómicos - Agitação | - Ideias delirantes: tipicamente de culpa, desvalorização ou niilismo e de hipocondria. -Alucinações: tipicamente auditivas, de alguém que fala ao doente, de conteúdo negativo. |

Todavia, a noção de depressão pode ser explorada noutras vertentes, tal como a desenvolvida por S. Freud nas suas obras *Introdução ao narcisismo* (1914) e *Luto e Melancolia* (1917). Para este autor o indivíduo está preso à imagem do objecto perdido, sendo esse objecto o próprio ego. Portanto a perda melancólica é narcísica, na medida em que as perdas afectivas produzem um vazio no mundo psíquico da pessoa. Nesta linha de pensamento analítico J. Bowbly (1985:258) distingue tristeza de depressão, a primeira como uma reacção normal e saudável mediante qualquer infortúnio e a segunda como um estado de espírito ocasionalmente experimentado pela maioria das pessoas, em que há desorganização de comportamento contudo esta é potencialmente adaptativa.

Ou então, numa óptica sociológica e fazendo uso das palavras de Wilkinson et al (2003:131) a depressão é “o resultado de uma estrutura social que priva o indivíduo,

com certos papéis na vida, do controlo do seu destino. Esta concepção atende a processos como a urbanização, a influência da classe social, o grupo racial, o ambiente étnico e forças políticas e económicas na causalidade da depressão e que fornece uma explicação para o aumento das taxas de perturbações mentais em certas populações como o das mulheres da classe trabalhadora”.

Esta definição enquadra-se na abordagem da rotulação social sugerida por C. Helman (2003:229), defendida pelos sociólogos relativamente ao aparecimento das doenças mentais, ou seja, é a sociedade que decide quais os sintomas ou padrões de comportamentos desviantes ou como aquele tipo de desvio pode ser designado de doença mental.

Esta panóplia de concepções permite-nos reconhecer as dificuldades existentes nas questões que envolvem a definição de uma etiologia e identidade nosológica única para a depressão. Esta parece ser uma missão árdua e impossível, com desfecho em aberto, pois pertencendo a depressão ao universo psicossocial, é influenciada por este e vice-versa, construindo-se desta forma significados e representações colectivas, próprias de cada uma das culturas mundiais.

O desenvolvimento de uma nova área de investigação designada de psiquiatria cultural, assenta os seus picos de pesquisa em três pilares: estudos transculturais, crítica cultural teórica e prática e estudos da população migrante e variações culturais. Esta última vertente tem tido um desenvolvimento acrescido, em consequência das constantes migrações a que o nosso planeta tem estado sujeito.

Quando se aborda estudos de teor cultural, o nome de Arthur Kleinman é referência obrigatória na medida em que foi o responsável pelo enquadramento cultural de noção de doença. O focus da sua pesquisa era compreender a doença na perspectiva das características culturais de cada população e mais em concreto como eram manifestados e expressos os sintomas. Foi identificado como denominador comum a tendência para a somatização perante conflitos psicossociais. Outros factores tais como, a capacidade de expressão verbal, a literacia, a comunicação não-verbal, o vocabulário mais ou menos rico em terminologia, são reconhecidos como extremamente influentes na descrição das doenças e na elaboração de um diagnóstico correcto.

Contribuiu de forma significativa para as investigações sobre a depressão ao concluir que esta reúne características, tanto universais como específicas, de uma dada cultura. A. Kleinman em muitos dos seus livros utiliza a China (país onde desenvolveu alguns dos seus estudos na década de 80) como meio de comparação entre culturas. Por

exemplo neste país o diagnóstico de depressão raramente é utilizado, a doença mental representa um estigma profundo para o indivíduo e para a sua família. Contrariamente à cultura norte americana que intitula de depressão o mesmo conjunto de sintomas (sentimento de tristeza, exaltação, ansiedade e medo).

A psiquiatria americana baseia-se fundamentalmente na abordagem biológica na justificação da depressão. Contudo, e pela evidência da impossibilidade de dissecar a cruzamento do biológico e do cultural, na última revisão do DSM-IV observa-se uma pequena abertura ao factor cultural, constatada com a seguinte passagem *“a cultura pode influenciar a experiência e a descrição dos sintomas da depressão. A atenção à especificidade das condições culturais e étnicas pode diminuir os riscos de erros de diagnóstico”* (2000:353).

C. Helman (2003:237) diz que o aparecimento desta sintomatologia é *“particularmente uma característica da apresentação clínica da depressão, do sofrimento e da infelicidade pessoal. Nesses casos, as pessoas deprimidas geralmente queixam-se de uma série de sintomas físicos difusos e frequentemente mutáveis, tais como “cansaço o tempo todo”, dor de cabeça, palpitação, perda de peso, tontura, “dores por todo o corpo” e assim por diante”*.

Como tal é particularmente complexo definir a depressão sustentada única e exclusivamente na vertente biológica, uma vez não ser possível classificar e quantificar o sofrimento humano da mesma forma em todas as partes do mundo.

A própria evolução da modernidade tem enfatizado a concepção do triunfo da cultura sobre a natureza (C. Levi-Strauss, 1967). Os seres humanos incorporam a cultura em que vivem, a maior parte das vezes inconscientemente.

1.3.8 Causalidade da depressão

Tal como já referido na doença mental, também depressão possui uma etiologia diversa que inclui os seguintes factores: neurobiológicos e psicossociais.

Os factores neurobiológicos dizem respeito às influências genéticas, ao funcionamento dos neurotransmissores e dos ritmos biológicos e à regulação neurohormonal.

As influências genéticas são mais marcadas em doentes com formas severas de depressão. O risco mórbido em parentes de primeiro grau é demonstrado em todos os estudos, independentemente dos efeitos do ambiente e da educação. Marcadores

genéticos potenciais para perturbações afectivas foram identificados no cromossoma X, 4,5,11,18 e 21 (D. Baldwin et al., 2002).

Quanto ao funcionamento dos neurotransmissores, a investigação diz-nos que níveis inadequados de químicos influenciam a passagem de informação entre neurónios modificando o processo da neurotransmissão, sendo no caso da depressão o químico responsável a serotonina (5HT). Contudo a forma como a neurotransmissão se torna deficitária na depressão ainda não é conhecida (J. F. Deakin, 2001).

A teoria neurohormonal sustenta que algumas hormonas têm especial importância no funcionamento do cérebro, tais como, a glândula da tiróide, hormonas do crescimento e sexuais, resultando muitas vezes em casos de depressão severa. Os ritmos biológicos incluem alterações nos padrões de sono e ritmos sociais. Estes últimos combinam os aspectos psicossociais com os biológicos. É consensual que relacionamentos sociais equilibrados, ritmos regulares de trabalho e de rotinas de vida, tendem a promover uma maior estabilidade no sistema biológico (P. Ainsworth, 2000).

Os factores psicossociais são vários e podem passar por experiências de infância adversas, dificuldades crónicas sérias, eventos de vida indesejáveis, rede social limitada e baixa auto-estima (D. Baldwin e al. 2002).

P. Ainsworth (2000) sugere uma explicação para a depressão à luz de cinco categorias: psicanalítica, ambiental, comportamental, cognitiva e interpessoal.

A psicanalítica, desenvolvida por S. Freud, postula que a doença mental resulta de conflitos inconscientes dos instintos humanos e o consciente. No caso da depressão existe falha dos mecanismos de defesa em lidar eficazmente com as ansiedades inconscientes. De acordo com esta teoria, a raiva e a agressão associada a sentimentos de ambivalência pela perda do objecto amado voltam-se contra o próprio conduzindo à depressão.

A teoria ambiental refere que independente da filosofia dos tempos e das explanações dadas sobre a origem da depressão, são vários os escritos que, através dos tempos, têm instintivamente conectado eventos de vida catastróficos fazendo desencadear a depressão. Por exemplo, os Hebreus descreveram o desejo do Rei Saul em morrer quando sofreu a sua maior derrota militar e a perda do seu filho nessa batalha ou então a já famosa ligação entre a depressão e os desgostos amorosos descritos por poetas e historiadores, tais como: Goethe, Virgínia Woolf, Sylvia Plath, Fernando Pessoa, Florbela Espanca. Estudos modernos indicam que a probabilidade da depressão aumenta entre cinco a seis vezes mais após um evento de vida stressante. Todavia a

maior parte das pessoas que sofrem uma experiência dolorosa de vida não desenvolvem uma depressão. Contrariamente, outros estudos sugerem que os eventos de vida stressantes precoces (tais como perda de algum parente, abusos sexuais, privação emocional ou física) podem desencadear uma depressão numa fase mais avançada de vida em resposta ao stress significativo.

A teoria comportamental teve os seus primórdios no final de década de 60 com Lazarus (1968), seguindo-se Lester (1973) e Lewinsohn (1976), focando-se na forma que o indivíduo tem para responder e lidar com a perda de suporte social. Acredita ser este o factor mais preponderante no despontar da depressão, pois promove sentimentos de isolamento, desconforto e medo.

Os defensores da teoria cognitiva enfatizam a importância da forma como as pessoas pensam sobre elas e sobre as suas vidas. Aaron Beck (1974), descreve uma tríade cognitiva para a depressão: expectativas negativas sobre o futuro, visão negativa sobre si próprio e interpretação negativa sobre as suas experiências.

Nesta mesma década de 70 houve a junção destas duas linhas explicativas da depressão formando a teoria cognitiva-comportamental. Vários autores, socorrendo-se da teoria de Beck, desenvolveram esta conceptualização até aos dias de hoje nomeadamente Jacobson et al. nos anos 90, Hayes et al. (1999) e Kohlenberg e Tsai (2004).

Finalmente, a teoria interpessoal focaliza a origem da depressão nas experiências correntes, relacionamentos, papéis sociais, mudanças ambientais e vida stressante, no “aqui e agora” como gerador de alterações de humor.

Perante tanta diversidade etiológica, reconhece-se a dificuldade em apontar uma causa única para o desencadear de uma depressão, daí que alguns profissionais defendam que a doença mental deve ser sempre encarada de forma individualizada. Fazendo uso das palavras de dois psiquiatras, “não existem doenças mas sim doentes”.³

³ Expressão utilizada pelos psiquiatras Aucíndio Valente e Joaquim Ramos

1.3.9 Quem fica deprimido?

Se qualquer ser humano está sujeito a ficar deprimido no decorrer da sua vida, o que leva a que uns o fiquem e outros não? Existe uma espécie de personalidade ou um organismo mais predisposto a contrair uma depressão?

Realmente parece não existir informação consensual e evidente de que determinadas pessoas no seu conjunto biopsicossocial tenham indicadores que promovam uma depressão.

No entanto, indivíduos que têm características de personalidade tais como: dependência excessiva de relações pessoais, incapacidade em lidar com situações de stress em diversos contextos, vivências infantis relacionadas com abandono, rejeição, violência e abuso sexual são condições predisponentes para que sofram de um episódio depressivo ao longo das suas vidas.

Maia, A. (2001: 201), afirma que *“para além da auto-estima e das cognições ou pensamentos disfuncionais, as orientações de personalidade em termos de depressão ou sociotropia e de autocrítica ou de autonomia, têm sido relacionadas com a vulnerabilidade para a depressão”*.

Existem, porém, alguns grupos que podem estar sujeitos a deprimir mais do que outros tais como os propostos por P. Ainsworth (2000):

- a) Crianças que apresentando normalmente, sintomas de tristeza, apatia, baixa energia, diminuição de apetite, isolamento social, sono excessivo, queixas físicas, problemas na concentração e no desempenho escolar, são subdiagnosticadas e subtratadas por não serem consideradas um grupo de risco, sendo esta condição a maior para contrair a depressão. Nesta fase da vida afecta rapazes e raparigas em igual percentagem.
- b) Adolescentes e jovens. Em cada ano cerca de 4% dos adolescentes sofrem de depressão. Os sintomas reflectem-se na mudança de humor, irritabilidade, tendência para auto-crítica, alterações no padrão de sono e de apetite, perda de interesse em actividades usuais, ou seja, sintomas iguais aos dos adultos. O risco de suicídio neste grupo etário aumentou para o triplo após a década de 60. Os factores que mais favorecem este fenómeno são a perda do parceiro amoroso, uma paixão mal sucedida, problemas académicos, problemas familiares.

-
- c) No que se refere ao género, apesar de não existir consenso relativamente a uma entidade biopsicossocial que desencadeia uma depressão, não existem dúvidas no meio médico-científico que é o género feminino o que mais sofre com esta doença. De facto, 25 % das mulheres, à escala mundial, podem experienciar uma depressão severa em qualquer altura da sua vida. Contudo existem claras diferenças na apresentação e reconhecimento desta doença entre os países ocidentais e orientais. Os pacientes dos países ocidentais exibem um maior número de sintomas somáticos, que conduz mais facilmente ao reconhecimento da doença. Contrariamente os pacientes dos países orientais têm uma maior dificuldade na expressão e na aceitação da doença por motivos inerentes à sua base sócio-cultural. De um modo geral, apenas 1/5 recebe o tratamento que necessita, as outras não vêem a sua depressão ser identificada pelos médicos de clínica geral ou então não recebem tratamento eficaz.

Antes da puberdade o risco de depressão é igual entre rapazes e raparigas, após esta fase o cenário muda sendo as mulheres o género mais predisposto. Nesta matéria os padrões de resposta variam. Os homens têm tendência a olhar para fora deles, envolvendo-se em actividades físicas, convívio com os amigos e projectos de trabalho, ao passo que as mulheres tendem a procurar dentro delas a fonte dos seus problemas e a culparem-se por eles, no entanto procuram mais facilmente os serviços de saúde. Estas diferenças são discutidas há várias décadas, envolvem complexos sistemas hormonais, questões de poder e interpessoais para a sua explicação. Baseiam-se, essencialmente na construção do significado de “masculino” e “feminino” cultivado pelo contexto sócio-cultural, que influencia as oportunidades e expectativas de cada grupo e cria determinados estereótipos. Por exemplo, a realidade mostra que a cultura ocidental de casamento produz um efeito mais protector para os homens e mais stressante para as mulheres, pois implica um aumento de tarefas, nomeadamente domésticas, uma maior responsabilidade, sobretudo na gestão doméstica e nos cuidados aos filhos (quando estes existem) e uma conjugação mais estreita entre a vida familiar e a profissional. A depressão pós-parto é reconhecida por alguns investigadores como uma questão de saúde pública. Gold (2002) (citado por W. Sword et. al 2008) afirma que o nascimento de um filho é um complexo acontecimento de vida com muitas mudanças, que pode desencadear uma desordem psiquiátrica em mulheres com predisposição genética e vulnerabilidade psicossocial. As consequências da depressão pós-parto podem provocar

profundos efeitos na mulher, na criança, no companheiro, e noutras crianças, dificultando o funcionamento social, físico e psicológico.

Ainda em relação a este fenómeno W. Sword et al., (2008: 1162) apontam o estigma como um factor impeditivo do despiste precoce desta doença, dado que a maior parte das mulheres sente vergonha, embaraço e que falharam como mães, levando ao encobrimento dos sintomas e atrasando o início do tratamento.

Para além dos grupos já apontados o risco de depressão também pode ocorrer na meia-idade, entre os 40 e os 60 anos, iniciando-se mais cedo para as mulheres durante a menopausa. É nesta fase que despoletam os problemas de saúde do foro físico e que se concluiu que alguns objectivos não vão ser concretizados. Na 3ª idade é normalmente, consequência das perdas físicas e psíquicas sentidas. Associada a condições médicas e cirúrgicas, neste segmento realçam-se as doenças do foro oncológico. Pode também ser relacionada com abuso de substâncias e com variação sazonal.

Perante esta multiplicidade de grupos, realmente podemos corroborar a afirmação dos investigadores de que, qualquer pessoa, em qualquer idade e em determinada fase de vida pode vir a sofrer de depressão.

1.3.10 Consequências da depressão

As consequências da depressão reflectem-se a vários níveis, especialmente na funcionalidade da pessoa, na vida familiar, no contexto social, laboral e económico.

Tanto a nível micro como macro social as repercussões são notórias. Daí as preocupações constantes dos governantes no que diz respeito à saúde da sua população. Só a título de curiosidade, em 1994 Ramos, Senselft, Amaral e Valente, apoiando-se em dados da IMS- Portugal (empresa especializada em informação farmacêutica), estimaram um custo ano de 236 milhões de euros para o nosso país, que inclui medicação anti-depressiva, custo dos serviços de saúde, número de faltas e baixa de rendimento no trabalho.

É do conhecimento geral a forte associação entre depressão e suicídio. Uma em cada dez pessoas nesta situação irá cometê-lo, devido a um episódio depressivo grave. As circunstâncias que aumentam o risco de suicídio em doentes depressivos são, a idade avançada, o sexo masculino, residir sozinho, doença crónica, perda recente, abuso de substâncias, ataques de pânico, sintomas psicóticos, episódios anteriores de depressão, tentativas anteriores de suicídio e história familiar de depressão (P. Ainsworth, 2000).

Ironicamente, o risco de suicídio aumenta quando o episódio mais severo é superado e se inicia a recuperação. As razões para este facto ainda não são claras mas perspectiva-se que quando o humor melhora a pessoa sente-se com mais energia para planear o desejado suicídio.

Todavia, o suicídio pode não estar directamente relacionado com uma doença mental grave. Ou seja, as pressões sociais e económicas a que certos indivíduos possam estar sujeitos podem ter um peso enorme nesta escolha.

Um trabalho famoso e pioneiro foi o de Durkheim, *O Suicídio*, estudo sociológico, realizado em 1897, onde o autor analisa o suicídio como um fenómeno essencialmente social. A dada altura sublinha que “*É a constituição moral da sociedade que fixa em cada instante o contingente dos mortos voluntários*” (1897: 319), ou seja, o suicídio está directamente relacionado com os contextos social e familiar e os factores de preservação que os sustentam.

Distingue três tipos de suicídio, o egoísta, o altruísta e o anómico. O primeiro ocorre quando o indivíduo não se consegue integrar na sociedade existindo um individualismo excessivo. Na óptica de Durkheim este será o que mais se aproxima do estado depressivo, comparando aquele que opta por este tipo de suicídio como alguém que manifesta uma “*languidez melancólica*”.

O suicídio altruísta ocorre quando uma pessoa está demasiado vinculada à sociedade, estando disposta a morrer por um ideal ou uma causa grupal. O seu “eu” pertence a outro que não a si, como por exemplo o verificado nos atentados suicidas.

Por fim o suicídio anómico, quando a actividade da pessoa está desagregada, sem pertença a algo. Põe-se aqui a questão da frouxidão das normas sociais e da fragilidade dos laços sociais.

Nesta obra Durkheim fala também de suicídio na óptica de Jousset e de Moreau de Tours. Inclui aqui o suicídio melancólico definindo-o como algo “*...ligado a um estado geral de extrema depressão, de tristeza exagerada que faz com que o doente não consiga apreciar de uma maneira sã as relações que com ele têm as pessoas e as coisas que o rodeiam. Nada o interessa; vê tudo negro*” (1987:30). Concluiu também que são os homens casados que menos se suicidam, embora se suicidem mais do que as mulheres. Mesmo assim entre estas as casadas suicidam-se menos do que as solteiras e das casadas as que não têm filhos.

M. Drulhe (1996), considera que em diversas sociedades as mutações a que as pessoas estão sujeitas propiciam esta tomada de decisão pois colocam os indivíduos

sobre pressão, exigindo deles uso de capacidades físicas e mentais acima das que possuem.

A. Maia (2001:45) revela não existirem dados precisos sobre a taxa de suicídio entre deprimidos. No entanto, a probabilidade de ocorrerem comportamentos auto-mutiladores e suicidas é bastante elevada na população deprimida, como forma de atenuar ou eliminar a dor sentida. O próprio acto suicida ainda consegue ser mais estigmatizado que a depressão.

Dados da OMS revelam que apenas ¼ dos países à escala mundial fornecem estatísticas sobre o suicídio. As mulheres continuam a apresentar duas a três vezes mais propensão e tentativas para cometer suicídio, porém têm menos sucesso do que os homens pois os métodos que utilizam são menos eficazes.

Nas mulheres a ocorrência depende da idade, sendo a faixa entre os 35-45 anos de maior incidência e em pessoas solteiras.

Para além do suicídio poder ser uma consequência terminal de uma depressão grave, as repercussões desta doença fazem-se sentir a nível pessoal, no sentido em que o indivíduo deixa de realizar o seu dia-a-dia de forma funcional, produtiva e principalmente prazerosa no seio familiar, na medida em que a sua dinâmica é afectada pela doença dessa pessoa; profissional resultando em absentismo e em muitos casos perda de emprego; social com redução acentuada de contacto com outras pessoas e em última instância económica pois as pessoas que padecem desta doença acarretam custos ao sistema de saúde, à própria economia do país e à família.

Em suma, as repercussões que a doença depressiva pode desenvolver constituem uma fonte de preocupação para a comunidade política, existindo por este motivo uma crescente necessidade de prevenir e combater esta doença.

1.3.11. A depressão na sociedade globalizada

A problemática da saúde e da doença tem sofrido profundas alterações desde a segunda metade do século XX, não só pelos enormes avanços realizados a nível da medicina e da tecnologia, mas também pela própria dinâmica socio-económica e política, que produziu mudanças nas mentalidades, nos valores e nas crenças. Nos países mais desenvolvidos estes aspectos verificaram-se a partir de 1960 e intensificaram-se nos anos 80 com a intitulada globalização mundial que A. Giddens (1990) alude ser um fenómeno ao qual poucos conseguem escapar. O mesmo integra

um duplo significado de ambiguidade, ou seja, une e separa os indivíduos ao mesmo tempo. Isto é une na medida em que intensifica as relações sociais à escala mundial e separa pois as relações são mais distanciadas.

Também a mutação dos valores, não é imune a tudo isto. M. Leandro, D. Cardoso (2005:51) referem que alguns desses novos valores são a proliferação do material/objectal e do efémero. As mesmas afirmam que a sociedade vive uma bulimia material, com o intuito de distinguir ou compensar lacunas afectivas e sociais. Daqui nasce a consciência do indivíduo moderno, construindo novos valores que se revelam contrapontos ao actual estado de depressão social que vive.

M. Drulhe (1996: 42-49) fala de um novo modelo social e de uma nova categoria de doenças: as sociopatias. Considera que as transformações da organização social operadas nestes últimos séculos colocam os indivíduos em tensão, pois inscreve-os mediante duas exigências contraditórias. Por um lado, a educação leva-os a diferenciarem-se uns dos outros, a entrar em concorrência e, por outro, impõe uma série de limites e barreiras para tal processo (respeitar as mesmas regras sociais, os mesmos valores e ser semelhante ao próximo). Ora este modelo pode gerar pressão e dissonância cognitiva. Daí o uso abusivo da mente e do físico, cujas consequências não são desconhecidas ao nível do stress das doenças degenerativas ou outras formas de doença que têm mais a ver com os comportamentos sociais.

A socialização da sociedade contemporânea é narcísica. Porém e como diz F. De Singly (2003: 240), *“Narciso não pode pois realizar-se se viver como Robinson”*.

A depressão é seguramente uma doença contemporânea, não no seu aparecimento propriamente dito mas sim na sua proliferação e mediatização.

É comparada a outras doenças crónicas tais como a hipertensão, a diabetes, as doenças coronárias, no que diz respeito aos problemas físicos, papéis sociais, número de dias na cama, dor sentida e estado da doença em geral (A. Maia 2001). Nos últimos 30 anos o seu crescimento tem vindo a aumentar verificando-se uma maior incidência na população jovem. Actualmente a idade média para o início de uma depressão é os 30 anos. Contrariando, a ideia de que a depressão é uma doença que afecta as pessoas mais idosas.

É considerada pela Organização Mundial de Saúde como a doença do século e um problema grave de saúde pública. Prevê-se que 121 milhões de pessoas em todo o mundo sofram desta doença mental. Em 2020 passará a ser a segunda causa de morte por doença em todo o mundo e cerca de 16% da população mundial já teve uma

depressão pelo menos uma vez na vida. Dados da OMS e da Universidade de Harvard apresentam o seguinte ranking de países com maior prevalência de depressão: Estados Unidos da América. 10%; Ucrânia e França 9%; Holanda e Colômbia 7%.

Em Portugal, de acordo com as estatísticas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 a depressão pode atingir cerca de 20% da população. Tendendo a aumentar, é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos. Muitos casos são ligeiros, mas cerca de uma pessoa em cada vinte terá um episódio moderado ou grave. A depressão regra geral tende a ser um problema episódico, em que o risco de recaída e recorrência (início de um episódio novo) é elevado, mesmo após um tratamento eficaz. É uma doença bastante comum na prática clínica. Todavia o seu diagnóstico precoce e o tratamento apresentam inúmeras falhas que comprometem o seu controle, conduzindo a que apenas um quinto das pessoas com depressão recebam tratamento adequado (Wilkinson et al, 1999:17).

Vallejo- Nágera (2002) argumenta que dantes, a maioria dos deprimidos não chegava a ser diagnosticada e não era incluída nos números oficiais. Por outro lado, eram poucas as pessoas que recorriam a um psiquiatra por terem vergonha, por desconhecerem esta especialidade e por existirem poucos profissionais a exercerem funções nesta área, denotando-se ainda poucos conhecimentos sobre as entidades nosológicas das doenças.

Os cuidados primários são a primeira fonte de diagnóstico para as perturbações depressivas. Contudo, é neste sector, que se verifica o maior número de falhas na sua identificação, sendo algumas das razões apontadas para esta lacuna a precária formação que os médicos de família têm relativamente à avaliação de utentes com perturbações psicológicas. A sintomatologia física associada à depressão e os aspectos socio-económicos e culturais influenciam as escolhas quando se recorre ao médico, camuflando o reconhecimento das perturbações psiquiátricas.

Cerca de 50% dos pacientes dos cuidados primários com perturbações da ansiedade ou depressivas não vê estes estados serem identificados pelos médicos que os tratam. Nas palavras de Goldberg e Huxley (1980) citado por G. Simon (2001:129), *“estes pacientes falham na passagem (ou não lhe é permitido passarem) através do filtro entre a morbilidade oculta e a morbilidade conspícua dos cuidados primários”*.

Estudos comunitários, à escala europeia, verificaram de forma coerente que menos de 25% daqueles que sofrem de perturbações bem definidas de ansiedade ou

depressivas procuram os serviços especializados de saúde mental (Vázquez-Barquero et al., 2001).

Tal situação sugere que uma grande fatia da população em geral procura os cuidados de saúde primários e, só mais tardiamente, quando recorrem aos cuidados especializados de psiquiatria, se apercebem que a doença já poderá ser crónica.

A depressão é silenciosa, rompe devagar na mente da pessoa e a tendência é para ignorá-la e pensar que vai passar, que é uma fase, não se lhe dá a devida atenção, talvez pelo ainda existente estereótipo de que esta doença só se manifesta em pessoas fracas de espírito. O seu reconhecimento como uma doença da sociedade moderna e as suas comparações às alterações nos modos de vida tem sido feito por vários autores tais como: Giles Lipovetsky que designa a nossa modernidade como a “*era do vazio*” ou Alan Ehrenberg que alerta para o “*cansaço de ser eu*” que a maioria dos indivíduos sente e pela necessidade constante de se adaptarem, de se inovarem, de serem tudo menos eles próprios, podendo sucumbir com relativa facilidade à depressão típica da nossa sociedade.

CAPÍTULO II

A DEPRESSÃO E AS QUESTÕES DO GÊNERO

*A história da oposição do homem à emancipação da mulher é talvez,
muito mais interessante do que a história da emancipação por si mesma.”*

Virgínia Woolf (1882-1941)

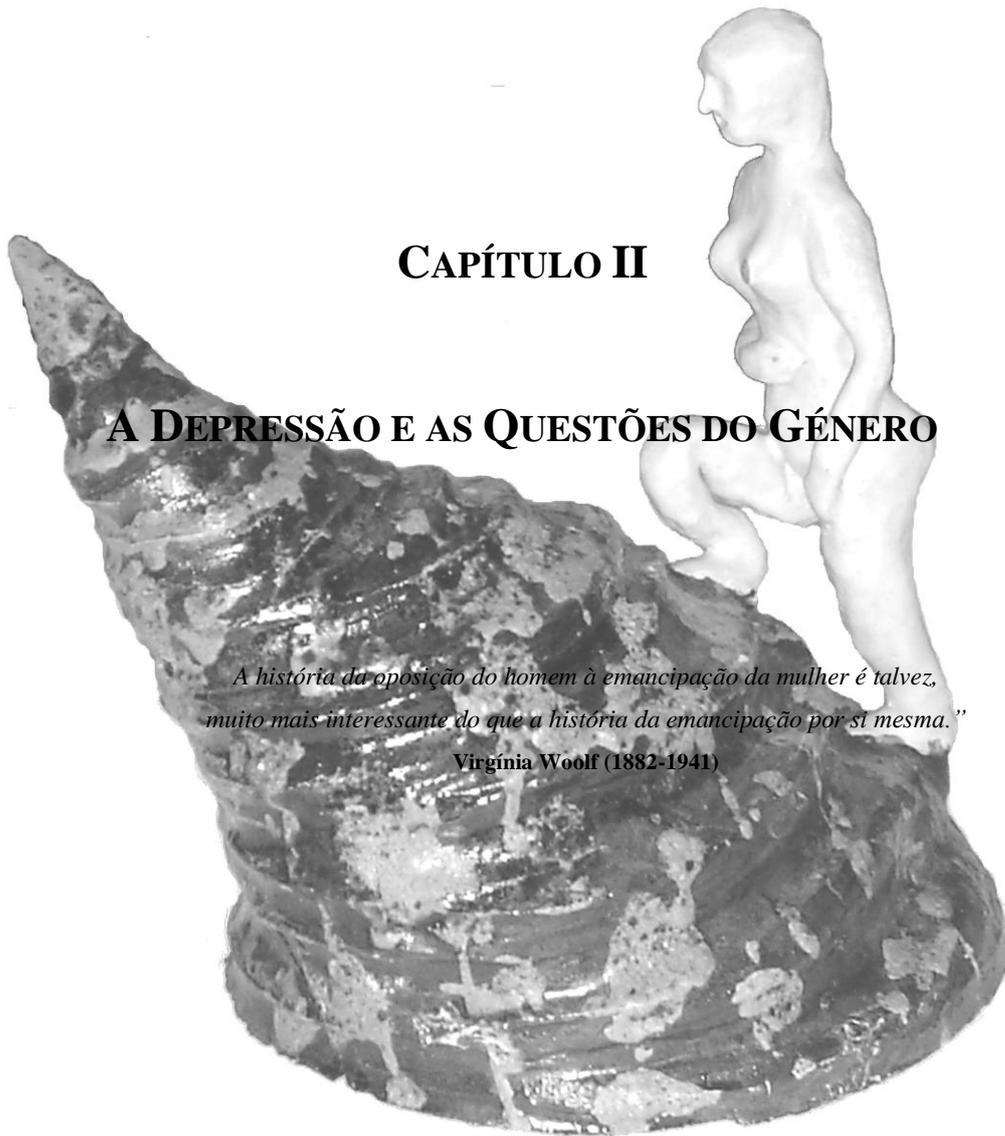


Imagem 3: Peça elaborada no atelier de cerâmica do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos

2.1 DIFERENÇAS SOCIAIS ENTRE HOMENS E MULHERES

Muito se tem escrito e investigado sobre as diferenças entre homens e mulheres. Que são distintos biologicamente não existem dúvidas, mas como foram construídas as assimetrias sociais é uma outra questão. Actualmente os estudos não estão só limitados às evidências biológicas. Incluem também a noção de género que entra no campo do social, cultural e psicológico, factores estes reconhecidos como reguladores e influentes na carga subjectiva e objectiva que distingue homens e mulheres.

Contudo, não podemos negligenciar o início e a evolução história da humanidade sendo, portanto, significativo abordar sucintamente alguns aspectos contextuais que contribuíram para a construção do “estereótipo” masculino e feminino.

Consideremos algo em concreto que se relaciona com a divisão de tarefas, ou seja, o papel das mulheres de cuidar dos filhos e o dos homens em irem para a caça em busca do alimento.

Este simples contexto permitiu desenvolver capacidades e identidades que distinguem o ser masculino do feminino e que ainda hoje são passíveis de ser observadas. Estas vivências permitiram a determinadas estruturas cerebrais, nomeadamente na zona do córtex pré-frontal, diferentes evoluções. Nas mulheres esta zona proliferou criando uma conexão entre os hemisférios cerebrais mais estreita e eficaz, especialmente na zona do corpo caloso. Esta interligação confere-lhes entre outras capacidades, o pensamento em rede, melhor lateralidade, a capacidade de realizarem várias actividades ao mesmo tempo, visão holística das situações em que está envolvida, necessidade de estabelecer relações afectivas com as pessoas com quem lidam mais de perto, emotividade e facilidade em exporem os seus sentimentos, os sentidos mais apurados (visão, cheiro, tacto), serem o elo de ligação nos laços familiares e uma visão mais ampla e diversificada perante um problema (H. Fisher, 2001).

Esta panóplia de características permitiu atribuir às mulheres, a famosa intuição feminina que, na prática, resulta de uma melhor integração a nível cerebral dos sinais que o corpo envia, quer sejam verbais ou não, que com a experiência acumulada revela ser um precioso instrumento de reconhecimento de pessoas e situações. É importante ressaltar que, contrariamente ao que tem sido descrito, o género feminino contribuiu significativamente para a distinção social de género, através dos cuidados maternos, considerada a primeira fonte social (E. Badinter, 1987).

Por outro lado, os homens desenvolveram a capacidade de atenção concentrada, melhor orientação espaço-visuo-temporal, maior capacidade de alerta, maior pragmatismo, resolução de problemas a médio prazo, menor dependência nas relações interpessoais.

Ainda na época da pré-história parece ser a divisão do trabalho que distingue e caracteriza homens e mulheres, atribuindo à mulher o papel de cuidadora e ao homem o sustento da família. Mesmo assim, permanece sempre a questão de saber porque é que em sociedades e culturas diferentes esta divisão também é distinta, isto é, o que numas sociedades é atribuído às mulheres e aos homens não o é noutras (M.E. Leandro, 2001).

Curioso é que, apesar deste factor ser algo demarcado desde há 3 milhões de anos, a arte do paleolítico não mostra esta divisão, “... *a arte das cavernas não diz apenas a sua complementaridade, indica também que Um não tem melhor lugar do que o Outro*” (E. Badinter, 1987: 41).

Se durante bastante tempo a criação do estereótipo masculino e feminino circulava em redor dos componentes neurobiológicos, actualmente esta visão não é suficiente e explicativa desta concepção. Na prática, as assimetrias sociais são construídas e mantidas pelos próprios grupos sociais, circunscritas às características que compõem a individualidade de cada pessoa.

Eriksson (1946,1956) no final da segunda guerra mundial, explorou esta construção social conceptualizando aquilo a que ele chamou de identidade do ego, ou seja, a individualidade do ser humano que engloba o seu percurso passado, presente e futuro, adaptado ao momento socio-económico. Logo, a identidade, sendo a dinâmica do eu e do grupo, revela ter um significado impregnado e constante na vida social. Esta identidade é formada desde a infância e, quando integra o significado de confiança, permite à criança desenvolver relações sociais mais seguras e gratificantes. J. Lorber (1997), corrobora este facto assinalando que as práticas sociais influenciam o ser humano mesmo antes de nascer e prolongam-se até à sua morte.

Por outro lado, considera H. Tajfel (1978) citado por S. Skevington e D. Baker (1989), que a identidade social faz parte do auto-conceito de um indivíduo que deriva do seu conhecimento como membro de um grupo social (ou grupos), juntamente com o valor e significado emocional agregado a cada membro.

O mesmo autor acrescenta que a noção de identidade central depende dos sentimentos positivos associados à participação de grupo e o nível de investimento emocional imprimido por cada membro.

Tanto a homens como a mulheres são impostos pela sociedade determinados comportamentos, atitudes e valores que, quando são desviados ou incongruentes com o que se espera deles, rapidamente são vistos como diferentes. Este facto é observado com alguma frequência no mundo do trabalho e já anteriormente relatado pela antropóloga Margaret Mead (1975), nas suas publicações sobre o estudo de algumas sociedades primitivas de ilhas dos mares do sul, onde observava a distinção entre homens e mulheres, mais particularmente na divisão de tarefas.

C. Nogueira (2001: 183), esclarece que *“apesar de mulheres e homens poderem ter as mesmas competências, o facto de enfrentarem diferentes circunstâncias, constrangimentos e expectativas resulta que frequentemente tomam decisões distintas relativamente ao seu repertório de acções.”*

Estas diferenças sempre suscitaram interesse em várias áreas de investigação. Na psicologia um forte contributo foi o de Freud ao introduzir uma nova teoria explicativa do ser masculino e feminino. Considerava que estas diferenças são visíveis na puberdade e que resultam das vivências infantis, nomeadamente através do conflito psicológico, que emerge do desenvolvimento da sexualidade e da repressão exercida pela sociedade, conduzindo ao complexo de Édipo/Electra. Nos homens este complexo reflecte-se no receio de castração, que conduz à atracção pela mãe e à identificação positiva com a figura paternal que representa a autoridade. Nas mulheres o receio de castração é substituído pelo próprio sentimento de castração e atracção pelo progenitor do sexo oposto, resultando numa identificação negativa do progenitor do mesmo sexo. Assim, Freud considerava que existia uma evolução para o sexo masculino e uma regressão para o sexo feminino.

No âmbito sociológico destaca-se o trabalho de T. Parsons et al. (1956) ao analisar as dinâmicas familiares americanas. Concluiu que no seio da família, juntamente com a socialização, que os papéis sexuais são clivados e diferenciados, evidenciando o modelo de autoridade agregado ao ser masculino e representativo do valor universal mais importante e ao ser feminino o papel expressivo.

L. Amâncio (1994: 46), considera esta conexão determinante na formação dos estereótipos assinalando que *“a articulação psicossociológica pressupõe, precisamente, o estabelecimento de uma ligação entre produções cognitivas e relações entre grupos, nomeadamente através da análise das funções de diferenciação, justificação e antecipação, desempenhadas pelos estereótipos na dinâmica das relações intergrupos”*.

Na perspectiva funcionalista os papéis sociais, a sua importância e funcionalidade dependem das épocas históricas. Para a mulher foi necessário avançar vários séculos para que emergisse a obrigatoriedade de se escrever a história das mulheres e de se tentar compreender o curso da sua passagem pelo mundo.

A imagem associada à mulher ao longo da história pode ser comparada a um gráfico com vários picos. Na era greco-romana, as mulheres adoptavam papéis de deusas, figuras mitológicas, rainhas, mulheres de grande poder, que influenciavam o sentido dos destinos daqueles povos, como o caso de Hércules que para se purificar da morte de Ífito, vendeu-se como escravo a Ônfale, rainha da Lídia, comprometendo-se a servi-la durante três anos. Nesta época as mulheres desfrutavam de grande liberdade e reconhecimento social mesmo depois do casamento, onde continuavam a ser donas da sua pessoa e dos seus bens. Após esta fase, a valorização e a importância da mulher na sociedade iniciou um processo de queda que culminou com o silêncio e subjugação ao poder masculino durante demasiado tempo (P.S. Pantel, 1990). O mesmo autor caracteriza a história das mulheres como um rumo ao género, uma escalada social, ou seja, uma diferenciação entre homens e mulheres que dá lugar a uma dimensão relacional entre ambos, mas distinta.

Com o progresso das sociedades e da moralidade, a mulher foi perdendo esta característica de força e de ousadia que a colocava em pé de igualdade no tempo da pré-história com o género masculino e até de algum poder na civilização greco-romana (E. Badinter, 1987).

Os anos 60/70 do século passado representam historicamente uma viragem na concepção da vida feminina, iniciada com o movimento feminista. Este permitiu a incorporação da mulher em diferentes contextos da sociedade. Por exemplo, através da expansão do mercado de trabalho, tanto para mulheres de baixo extracto sócio-económico como do alto, do aumento da escolaridade e da redução das taxas de fecundidade.

Os Estados Unidos da América foram pioneiros na luta dos direitos das mulheres. Criaram as primeiras convenções e em 1920, com excepção do estado do Novo México, todas as mulheres tinham direito de voto. Na Europa, alguns países como a Alemanha e a Inglaterra iam acompanhando estes feitos.

O feminismo foi, e ainda é, um movimento que desperta diversas reacções, claramente distintas no homem e na mulher, mas o termo mais premente na consciência social será o extremismo. Todavia, reduzi-lo unicamente a este adjectivo seria pouco

coerente e verdadeiro. Assim, T. Hartey e D. Jones (1998) propõem a divisão da teoria feminista em três vertentes: o feminismo liberal, acreditando que as diferenças de género são basicamente o resultado da socialização dos papéis de género, que começam logo na infância e que a discriminação no trabalho impede as mulheres de acederem a oportunidades iguais às dos homens; o feminismo radical, preconizando que os homens exploram e oprimem as mulheres; o feminismo marxista, onde a posição inferior das mulheres é o resultado da exploração da classe capitalista.

A partir dos anos 60 do séc. XX, o feminismo dimensionou-se em diferentes contextos como, por exemplo, o desenvolvimento do movimento da saúde das mulheres resultante em grande parte dos sentimentos destas perante os médicos, sentimentos estes, de desconfiança e de reduzida autonomia no controlo do seu corpo.

Estas críticas trouxeram ao de cima, debates em volta das questões de poder, da importância do género no domínio público e privado e nas relações entre homens e mulheres. O estudo do corpo e mais em concreto o impacto do meio sócio-cultural na individualização do corpo feminino e masculino, também foi um assunto inovador e veio ao encontro da queixa feminista de que a sociedade apenas via a mulher numa perspectiva reprodutiva, em vez de seres sociais, o que a alienou e impediu de ocupar um lugar similar ao homem. Ainda hoje o corpo da mulher tem um cariz de maior flexibilidade e de identidade cultural de um povo, funcionando um pouco como o espelho de uma sociedade. Tal acontece com mais regularidade por exemplo, nas culturas orientais, especialmente na maioria dos povos árabes onde as mulheres andam completamente tapadas só deixando a descoberto os olhos, andando quase que ocultas, reflectindo-se também no contributo e no peso que elas têm para estas sociedades. Mulheres de regiões africanas que são mutiladas por terem cometido adultério, e por todo o mundo adolescentes que “vendem” o seu corpo na prostituição. Em contrapartida, o acesso ao médico de modo individualizado, permite-lhes aceder às práticas anticoncepcionais de cariz médico e outros saberes acerca da saúde reprodutiva. Através do controlo da fecundidade vários aspectos foram alterados na relação homem/mulher. Esta passa a poder escolher de quem e quando quer ter filhos, adquirindo igualdade no acto da tração, pois já não gera filhos indesejados, ou seja, o conceito de amor foi redimensionado. Também permitiu às mulheres manter os seus postos de trabalho e poder competir com os homens neste ramo. Aliás, este passou a ter para as mulheres um papel de destaque. E. Badinter (1987: 25) afirma que *“para elas, o trabalho já não é um símbolo de fracasso, mas, pelo contrário, o signo mais evidente do*

seu êxito social, económico e até pessoal”. As mulheres viram que através desta diferenciação poderiam ter uma maior autonomia e uma maior aceitação noutros círculos, até então vedados pela sociedade.

Na década de 1970 algumas áreas de investigação dedicaram-se ao estudo do género feminino tais como a historiografia, a antropologia e a sociologia. Foi, no entanto, fundamental a introdução de dois conceitos “sexismo” e “discriminação sexual”. O poder destas palavras permitiu derrubar barreiras e valorizar as características femininas, mas especialmente tem contribuído para modificar as mentalidades sociais e culturais. Nos E.U.A. foram intituladas de geração “baby boomer” as mulheres que nas duas décadas seguintes à segunda guerra mundial, conduziram as suas vidas de forma mais independente, organizando-se para ir ao encontro dos seus objectivos pessoais e de trabalho. Esta mudança permitiu a multiplicação de papéis e readaptações familiares e sociais.

Todavia, permanece ainda uma tendência demasiado marcada para se exigir socialmente à mulher o papel de “boa mulher”, isto é, aquela pessoa que desempenha papéis de esposa e mãe na perfeição, que coloca a família à frente da profissão e que consegue ter tudo sob controlo sem qualquer queixume.

Resumindo, não se pode afirmar que existe uma identidade social agregada às mulheres, mas sim múltiplas, que se manifestam ao longo dos diferentes estádios de vida. Alguns estudos assinalam este aspecto em fases distintas tais como a infância, a maternidade, o início da vida profissional e muitas outras. Contudo, permanece uma tendência para tratar as mulheres de forma categorial e não individual.

A identidade social feminina, ao longo dos séculos XX e XXI, tem sofrido fortes e drásticas alterações, às quais a sociedade mundial tem apresentado sérias dificuldades em aceitar e integrar estas “novas” mulheres e os seus feitos, até pela rapidez com que tudo isto tem sido processado.

A própria individualização que prevalece na sociedade leva as mulheres a emanciparem-se e a quererem os mesmos direitos que os homens. Porém, querer os mesmos direitos não será dizer igualdade, mas sim oportunidades iguais.

Apesar dos ganhos efectivados até ao presente, nomeadamente na sociedade ocidental, a mulher continua em desvantagem como consequência dos papéis sociais e familiares que lhe são exigidos e impostos. De facto, à mulher têm acrescido papéis e responsabilidades com as quais ela tem que lidar com mestria, eficácia e afecto esperando-se igualmente que mantenha o estereótipo maternal e de dona de casa.

L. Amâncio (1994) considera que, a construção social entre pessoas do sexo masculino e feminino é assimétrica. Esta diferença vem do processo de socialização e das construções simbólicas inerentes ao meio onde cada um de nós nasce.

Claro que todas estas mudanças a nível familiar, profissional e social implicam custos na construção social da identidade da mulher e na sua própria individualidade, que aos poucos se vão sentindo. Um maior número de divórcios e mães solteiras que têm a seu cargo a gestão da casa, dos filhos e da carreira profissional, têm que optar entre a vida familiar e a profissional, ou então, gerir ambas auferindo um enorme esforço físico e psicológico para tal, discriminação no local de trabalho, maior dispêndio de tempo de trabalho para “provarem que são tão capazes como os homens”. No fundo este excesso de trabalho, de investimento, de desdobramento, tem implicado reajustes a nível interno e externo para os quais muitas mulheres ainda não estão preparadas, bem como a própria sociedade.

2.2 SERÁ A DEPRESSÃO UMA DOENÇA NO FEMININO?

O conceito de género refere-se a uma construção social e à auto-expressão de ser mulher ou homem em conformidade com a mesma. C. Helman (2003), define género como a junção de vários componentes que incluem o genético, somático, psicológico e social, sendo este o mais flexível e influenciável.

Sociólogos e feministas concordam com o determinismo biológico na relação com o sexo e tendem a aceitar as diferenças anatómicas entre homens e mulheres, o que não é a mesma coisa com a relação de género.

J. Lober (1997:94), aponta que “*os factores sociais estão incorporados nos sistemas de papéis e práticas legitimadas pelas normas e valores, que os sociólogos chamam instituições – a economia, a família, o sistema médico e a ordem do género*”.

Ser homem ou ser mulher implica sentidos e formas diferentes de estar no mundo. Esta diversidade é notória nos contextos públicos e privados, reflectindo-se nos comportamentos, valores, sentimentos e pensamentos de cada um e também nas escolhas que fazem. Existem profissões eminentemente associadas a mulheres, valores, atitudes, estilos de vida e claro, doenças. A própria comunidade científica sentiu necessidade de direccionar as suas linhas de investigação mediante as questões de

género, por reconhecer que homens e mulheres têm de facto realidades internas e externas distintas.

Quando se pronuncia a palavra depressão quase que imediatamente se associa ao género feminino. Os motivos para tal facto são vários. Socialmente são conotados com mais facilidade os sentimentos de tristeza e passividade à mulher do que ao homem; também a exteriorização de emoções e sentimentos é algo mais associado à mulher, tanto no seio familiar como no social. Neste seguimento a emotividade feminina tornou-se um importante objecto de análise. Estudos realizados em 22 países, com culturas distintas, as mulheres foram sempre consideradas mais emotivas do que os homens (H. Fisher, 2001).

Apesar de estes também manifestarem sentimentos intensos, não se expressam de forma directa, optando por outros comportamentos tais como: ingestão de bebidas alcoólicas, dizer piadas ou remeterem-se ao silêncio.

Perante estas evidências será correcto afirmar que as mulheres são mais emotivas que os homens? Será que podemos confundir o ser mais emocional com a capacidade ou não de se exprimir? Serão as mulheres mais intensas que os homens? E qual o papel da família e da socialização a este respeito? Algumas teorias, nomeadamente a teoria da socialização, desenvolvem estas questões baseadas nos pressupostos de que é dentro do meio familiar que se estrutura a concepção de género e o nível de socialização, ou seja, coloca o género como algo que deve ser apreendido na infância através dos modelos dos pais, o que subentende a pertença a um modelo tradicional de família. Contudo e face às mudanças sofridas na definição e constituição do modelo familiar, esta teoria parece estar desajustada à realidade contemporânea.

Os próprios especialistas da saúde mental têm dúvidas. Apesar de as mulheres apresentarem resultados duas vezes superiores aos homens quando se trata de depressão, poderá ser por estas terem uma maior tendência para pedir ajuda e por expressarem mais claramente o que sentem e poder haver também a existência de definições de depressão mais facilmente aplicadas às mulheres.

Os dados estatísticos apresentados pelo DSM-IV revelam um valor mais elevado de depressão para as mulheres do que para os homens. As percentagens são entre 5-9% nas mulheres e 2-3% nos homens, sendo, no entanto, importante ressaltar que estes dados dizem respeito à depressão ligeira, pelo que na depressão grave os valores são muito próximos em ambos os géneros. Um outro ponto a assinalar é que a taxa de suicídio é menor nas mulheres do que nos homens. Mas porque será que estas

discrepâncias se verificam? Serão factores orgânicos? Psicológicos? Serão feitas mais exigências familiares e sociais às mulheres do que aos homens?

Os factores de risco associados à depressão mais estudados são: o género, a idade, a classe social e o estado civil. Para além destes, os menores privilégios socio-económicos, a história familiar passada de desordens afectivas, o estado de “ex-casados”, também têm uma importância a considerar na predisposição de desenvolver uma depressão.

Estudos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, que correlacionam o género com a saúde, lançaram alguns resultados em Junho de 2002 onde apontam como factores de interligação, a interacção entre o campo biológico e a vulnerabilidade social a que as mulheres estão sujeitas, bem como as alterações de humor relacionadas com as mudanças hormonais (existe evidência significativa que 20% a 30% das mulheres menstruadas reportam alteração moderada de humor ou sintomas sintomáticos no ciclo); as vivências relacionadas com os períodos neo e pós natal associadas a desarmonia no casal, pobreza e pouco suporte social revelam ser fases de grande risco para contrair uma depressão. Também a infertilidade e a dificuldade em engravidar são factores que aumentam o despoletar desta doença mental. A nível social é lhes exigido uma multiplicidade de papéis e funções que quando não são realizados produzem sentimentos de desvalorização e perda de auto-confiança, dificultando a vivência social. Por outro lado a violência doméstica existente na vida de muitas mulheres, conduz ao consumo de medicação psicotrópica, ao abuso de substâncias, à proliferação de problemas de saúde mental associados, favorecendo o aparecimento da doença depressiva que muitas vezes culmina no suicídio.

Outros dados retirados do mesmo estudo da OMS revelam que, nos países industrializados a afluência de mulheres aos cuidados de saúde é bastante mais elevada que a dos homens, especialmente nos cuidados primários, afectando desproporcionalmente as mulheres, pois o relato das experiências e a elaboração do diagnóstico por parte dos clínicos gerais influencia o “rótulo” de depressão e a prescrição de psicotrópicos às mulheres.

J. Stoppard (2000) alude que os modelos psicossociais explicam uma maior susceptibilidade das mulheres para a depressão porque presumem ou uma maior prevalência das características psicológicas favorecedoras, ou uma maior frequência relativa de acontecimentos de vida negativos. Os modelos sociais valorizam a importância de factores sociais estruturais das relações interpessoais e de outros factores

de adversidade que se localizam no dia-a-dia das pessoas. Os modelos biológicos como sabemos, sublinham a importância da genética e da bioquímica. Mas para uma compreensão integral da depressão, na mulher, a autora mencionada alega que os modelos referidos desvalorizam a importância do género, da experiência subjectiva e da incorporação (in M.Quartilho, 2001: 103-104).

Pensar na mulher apenas como um corpo biológico não explica a sua essência e a sua complexidade. É também fundamental entrar na sua subjectividade, no seu processo de crescimento como seres sociais e em todas as vertentes que isto implica.

De acordo com Strongman (1987) existe pouca evidência para suportar a perspectiva de que a mulher é mais emocional que o homem. Contudo, tendem a prestar mais atenção às emoções das outras pessoas e aos seus problemas, sendo mais influenciadas por estes do que os homens e talvez seja por isso, possam ser vistas como mais emocionais do que os homens, ainda que isto possa ser especulativo. Será também importante ressaltar que durante uma boa parte da história a expressão das emoções foram-lhes negadas e fazia parte daquilo que era esperado pelos homens, dominá-las e ocultá-las.

Normalmente as respostas que os homens têm em relação a situações emotivas reflectem-se a nível fisiológico (perda de peso), utilizando pouco os canais verbais e emotivos. As mulheres têm mais frequentemente a chamada depressão atípica ou seja humor reactivo, hipersónia, hiperfagia, paralisia, agitação e perda ou ganho de peso.

Existem determinadas singularidades que, em termos sociais, se encontram mais agregadas ao género feminino tais como: ser maternal, frágil, dependente, afectuosa, sensível, emotiva, submissa, romântica, meiga, enquanto que relativamente ao género masculino os estereótipos têm que ver com o ser ambicioso, autoritário, corajoso, desinibido, dominador, independente, machista, paternalista, rígido, viril e desorganizado.

Algumas investigadoras feministas têm-se debruçado sobre o estudo do desenvolvimento do “self” nas mulheres. De acordo com M. Lafrance, J. Stoppard (2006) o auto-conceito desenvolve-se de forma diferente nos homens e nas mulheres, ou seja, este revela mais conexões e inter-relacionamentos entre o self e o outro no caso feminino, enquanto no masculino o seu carácter é mais individualista e separado dos outros. Assim o “self” ideal e a sua percepção permite uma maior ou menor auto-estima e auto-valorização, reflectindo-se na capacidade de dar um sentido e significado à vida,

acreditar que vão ter crescimento pessoal, que vão manter relacionamentos afectivos positivos, o auto-controlo e autonomia.

O género feminino fruto da sua herança pré-histórica, dos modelos e estereótipos criados e construídos em seu redor, que o remeteram para um papel subvalorizado e com escasso protagonismo social, acedeu tarde à sociedade, todavia e como explica F. De Singly (2003) fizeram-no à sua maneira impondo uma visão do mundo mais próxima, ou seja, “...transformam a sua competência social de atenção aos outros na vida privada em principio de regulação das relações na totalidade da existência.”

Esta ascensão tem produzido diversas modificações na forma de estar e de sentir da mulher nos vários domínios em que se movimenta, acarretando consequências que podem muito bem ser manifestadas através da doença.

2.3 EU SEM DEPRESSÃO

2.3.1 Os Laços Sociais à Luz dos Fundadores da Sociologia

O estudo dos laços sociais remonta às origens da própria sociologia como ciência e de maneira geral foram objecto de estudo da maioria dos seus fundadores designadamente Durkheim, Weber e Simmel (M. Xiberras, 1993). Todos contribuíram com perspectivas e focus de interesse distintos no que diz respeito a esta temática.

Durkheim interessou-se pelo estudo do laço social nas sociedades, ou seja, como são estabelecidas as relações de solidariedade e o que une os Homens entre si.

De acordo com M. Xiberras (1993), Durkheim considera que a forma do laço social permite explicar a ordem ou o ordenamento social global. As forças ou características que unem os indivíduos entre si possibilitam e ao mesmo tempo unem cada indivíduo à colectividade. Para compreender a origem e o modo como o laço social estrutura a sociedade num quadro funcionalista, em que cada parte desempenha uma função e onde todas estão interligadas, sendo que só é possível desvendar a essência do laço social regredindo ao estudo mais elementar e primitivo da estruturação social. Na perspectiva do autor a instituição religiosa representa um exemplo basilar desta compreensão, na medida em que esta representa quase na íntegra o processo de socialização, tal como refere M.E. Leandro e D. Cardoso (2005: 98), “... embora o sagrado seja uma força invisível, tal como a sociedade, aquele, tal como esta, dá-se a

ver nos constrangimentos que exerce sobre as formas de agir dos indivíduos que rege.”

Na busca e no estudo que implementou, Durkheim focou a sua observação nos grandes pilares da solidariedade social, tendo assim posto em destaque dois tipos de solidariedade: a “solidariedade mecânica” onde todos os homens que a ela pertencem são iguais na forma de pensar, nas crenças, nos valores, nas atitudes, fluindo de forma natural; e a “solidariedade orgânica” organização não tão natural, onde existe a divisão social do trabalho, a diferenciação de papéis sociais. Nesta situação o indivíduo não partilha de uma mesma identidade social e tem consciência desta diferença. Este tipo de solidariedade é típica da sociedade moderna, onde de acordo com este autor prevalece uma diminuição da densidade moral e uma quebra da coesão social e, conseqüentemente, do laço social, culminando em última instância na anomia. Esta última é promotora da sociologia de desvio, responsável pelo estudo dos comportamentos desviantes prementes da sociedade.

Aqui Durkheim (1897) explica que quanto maior for a densidade moral (forte coerência das representações sociais) menor é a probabilidade de existir o suicídio e mais compacta será a coesão social. Na sua obra *Divisão do trabalho social* (1897:176) considera que “...de uma maneira geral, a solidariedade mecânica liga menos fortemente os homens do que a solidariedade orgânica mas ainda, à medida que se avança na evolução social, vai cada vez mais afrouxando”. Na mesma sequência reconhece e aponta a força dos laços sociais como uma condição que varia mediante três factores: a relação entre o volume da consciência comum e da individual, a intensidade média dos estados de consciência colectiva; a determinação maior ou menor destes mesmos estados, ou seja, quanto mais enraizadas estão as crenças e as práticas definidas, menos lugar existe para as divergências individuais.

Numa vertente de interacção, Simmel (1983) tentou perceber as relações decorrentes das díades e das tríades que são estabelecidas entre os homens e de que forma interagem, cingindo a sua área de investigação a um microcosmo social e mais especificamente à relação dos estrangeiros com os autóctones. Através destas ligações observa como o laço social é construído ou desconstruído à luz de quatro variáveis: distância-proximidade, mobilidade, objectividade e abstracção.

Weber interessava-se pelo estudo dos laços verticais na sociedade, isto é, quais os valores colectivos que unem os indivíduos às grandes instituições e mais particularmente através dos laços com o político.

Formula, assim, como definição da relação social de *autoridade*, a decomposição em duas outras relações que interagem ou estão em relação “orgânica”: por um lado, a dominação que indica a possibilidade, para um indivíduo ou para um grupo, de encontrar uma ou várias pessoas prontas a obedecer, e, por outro, o poder que significa a possibilidade para um indivíduo ou para um grupo de fazer triunfar a sua vontade no seio de uma relação social (M. Xiberras, 2003: 77).

Tal como os outros dois autores citados, encontrou grandes dificuldades em explicar o laço social da modernidade de acordo com o agrupamento político, isto porque o próprio grupo apresenta disfuncionalidades, não lhe conferindo legitimidade. Por isso, desloca o seu interesse para outras fundações sociais, tais como a religiosa e a económica.

Estes três fundadores da sociologia conseguem abranger a natureza do laço social na sua globalidade, nas diversas formas vertical, horizontal e no microcosmo social.

Assinalam de forma diferenciada as lacunas da sociedade moderna, Durkheim refere que há um enorme vazio nas representações sociais atingindo o laço social e levando à anomia. Simmel considera que o grande problema das sociedades modernas reside na carência, ou num erro de perspectiva e na escolha das representações colectivas. Por fim Weber, considera que nem a legitimidade legal-razional, nem a ética económica do capitalismo são suficientes e congruentes para cobrir de forma igual todos os valores necessários à sobrevivência de todos os membros de uma sociedade (M. Xiberras, 2003: 86-88).

As grandes instituições e representações colectivas da sociedade moderna perderam a força e a credibilidade de outrora. As pessoas sentem-se sós, perdidas e frágeis, sem valores onde se apoiarem e principalmente em que acreditarem. Existe uma grave lacuna na construção e solidificação do laço social de tipo orgânico.

Como afirma J-J. Rousseau na sua obra *Contrato Social* (1977), o homem necessita de encontrar uma forma de associação que o defenda e proteja de toda a força comum à pessoa e aos bens de cada associado e em que cada um, ao unir-se a todos, só a si mesmo obedeça e continue tão livre como antes (M. Leandro, D. Cardoso, 2005).

No fundo, pretende-se que através do pacto social, o Homem obtenha igualdade moral e legitimidade e que esta seja um direito para, assim, lhe conferir liberdade.

Todavia, contrariamente à morfologia das comunidades tradicionais, fundadas sobre um laço de filiação, as comunidades modernas agrupam os homens em função de

critérios, mais transversais relativamente ao corpo social na sua totalidade. Nomeadamente à volta de práticas, de sentimentos, ou de valores, que lhes são comuns, num tempo e num dado espaço (M. Xiberras, 2003: 240).

Outro sociólogo, mais contemporâneo e da era pós-moderna, M. Maffesoli, conseguiu de certa forma agregar algumas das teorias destes fundadores da sociologia, inovando com o conceito de “neotribalismo” onde propõe a substituição do individualismo criado na sociedade moderna pela criação de grupos, onde as pessoas têm oportunidade para estabelecer relações emocionais, embora fugazes e pouco intimistas mas que permitem criar um laço social embora mais efémero. Por outro lado, também considera que o “neotribalismo” é uma resposta à sociedade burocrática, fria e competitiva em que vivemos, pois permite que os indivíduos se unam a determinados grupos sociais de acordo com as suas identificações e expectativas que estabelecem, saltando de grupo para grupo. Para desenvolver este conceito foi “buscar” às comunidades emocionais de Weber e os laços sociais da solidariedade mecânica de Durkheim, contudo nunca lhe deu uma definição precisa, o que é objecto de muita controvérsia na análise sociológica a este respeito

Definir laços sociais revela ser algo complexo pois agrega múltiplas realidades, para M.E. Leandro (2008:10) *“podem abarcar situações desde um conjunto de relações concretas entre membros de uma família, entre grupos de amigos, entre vizinhos, entre associados de uma colectividade, entre alunos de determinada turma ou ano escolar, até aos mecanismos da solidariedade que são implementados à escala de uma nação, passando pelas normas e pelas regras, as identidades sociais e os valores comuns que nos dotam de um mínimo de sentido de pertença colectiva”*.

Claro que falar de laços implica falar de confiança, dado que esta é fundamental para se estabelecerem relações sociais e para que estas se mantenham estáveis. Actualmente a nossa sociedade vive uma fraude ao nível da confiança. Os actores sociais vivem situações de grande vulnerabilidade e desconfiança, até então confiáveis, por exemplo: a perda do emprego, mulheres oriundas de Leste que são enganadas e colocadas em redes de prostituição, pessoas que investem as suas poupanças e perdem tudo (V. Châtel, 2006:50).

Por sua vez, as grandes transformações que se têm vindo a operar na família, designadamente relacionadas com rupturas como o divórcio ou a separação, levam a romper com os laços conjugais e sociais, podendo também ter influência nos laços filiais-parentais. Contudo, A. Giddens (1990:97) afirma que *“as relações de parentesco,*

para a maioria da população, permanecem importantes, especialmente no interior da família nuclear, mas já não são os veículos de laços sociais intensamente organizados através do tempo-espaço.”

F. Singly (2003) considera que foi com a 2ª modernidade, a partir dos anos 60, e com o casamento por amor que se operaram estas modificações, juntamente com a individualização das mulheres, graças a uma escolaridade comparável à dos homens, obtenção de trabalho remunerado mesmo após a maternidade e ao domínio do corpo.

Mesmo assim, a realidade, indica que é a nível da família que os laços sociais ainda são mais fortes e que se constroem os suportes sociais mais consistentes (M.E. Leandro, 2008).

A precariedade dos laços sociais reflecte-se em diversos campos das relações interpessoais. A necessidade de uma base de confiança e a falta desta enfraquece os laços, pois rapidamente se passa de uma situação de intimidade para uma de distanciamento.

2.3.2 A intitulada “crise” dos laços familiares e sociais

A crise dos laços sociais, é um assunto que tem suscitado alguma controvérsia e debate no âmbito da sociologia. Algumas questões podem ser equacionadas tais como: será que a crise existe na realidade? E se sim, acarreta benefícios ou prejuízos? As consequências são nefastas para a sociedade? É necessário existir conflito para que as sociedades possam crescer?

F. De Singly (2003:130) concebe esta problemática da seguinte forma *“a crise dos laços sociais deriva não em primeiro lugar da ausência de relações entre os indivíduos de uma mesma sociedade – para muitos, o tempo passado a comunicar com as pessoas próximas é importante – mas da falta de confiança, de fiabilidade nos outros não conhecidos. O universo está dividido em dois: o «meu» que engloba as pessoas conhecidas, as pessoas próximas que aprecio ou que pelo menos não receio muito e o outro mundo que inclui os indivíduos, anónimo”*.

A. Tourraine (1994), traz-nos uma visão da sociedade contemporânea onde considera que o sujeito está quase em permanente conflito, não só com ele próprio como também com as relações sociais que articula. Mas esta conflitualidade é necessária para o curso da história, pois é só através da desordem e da discussão que emerge a mudança

social sujeita contudo, a orientações culturais. Nesta perspectiva também G. Simmel (1983) na sua obra *Sociologia*, afirmava que era do interesse das sociedades que os períodos de guerra e paz oscilassem, pois a luta contra uma potência estrangeira dá ao grupo um sentido de unidade e de urgência em defendê-la.

Mas na actual modernidade o valor fomentado é o individualismo, no sentido de que podemos escolher os grupos a que queremos pertencer, sem obrigatoriedade moral, sendo desta forma a criação dos laços sociais algo mais livre e verdadeiro. Os valores das sociedades modernas são respeitadores da liberdade de cada um, e acima de tudo da individualidade e heterogeneidade.

Porém, tal facto não significa que estes sejam mais coesos ou libertos de normas sociais, dado que a coesão é mais precária, mas continua a ser necessária no respeitar e até no inovar do cumprimento das regras sociais. Para F. De Singly (2003) os laços sociais podem seguir três caminhos: o concorrencial próprio do mercado; o relacional próprio do afectivo; e a cidadania própria do político. Todas estas formas conferem ao indivíduo liberdade contudo, acarretam a susceptibilidade de escolha e de elaboração de um contracto.

Algo que parece quase certo é que o individuo está cada vez mais entregue a si próprio e àquilo a que o seu corpo é capaz, ficando para trás o tempo em que o Estado-Providência era o promotor da unificação de valores e de laços e estabilizador e compensador das desigualdades sociais, o que vem no enlace das palavras de M.E. Leandro (2008:24), “ *Nesta perspectiva, o Estado-Providência, diminuindo a sua intervenção ou tendendo mesmo a não assegurar situações, como até há bem pouco tempo o fazia, não só deixa os indivíduos e as famílias em risco, como ele próprio risca de ter dificuldade em assegurar a protecção social de que é responsável*”.

Em linguagem sociológica é cada vez mais difícil fazer prevalecer a solidariedade orgânica, deixando à conta de cada um estabelece-la, o que se revela uma tarefa muito difícil, podendo conduzir ao isolamento e à exclusão social e consequentemente á quebra do laço social.

Também A. Tourraine (1994:224) considera que “*a política já não pretende «mudar a vida» e os Parlamentos perdem o seu papel de representação das exigências sociais*”. Por sua vez, F. De Singly (2003:126) afirma que “*na sociedade moderna, as pertenças permanecem, mas tornaram-se mais frágeis, podendo ser cortadas pela vontade individual. As instituições perderam terreno face ao contrato*”. O mesmo autor

baseado em J. Donzelot (2003), sugere três atitudes passíveis de serem tomadas na iminência da crise dos laços sociais.

São elas: o deixar-fazer, ou seja, deixar o mercado ocupar todo o espaço, organizado em permanentes “eleições”; dotar os jovens de consciência cívica, como a crise deriva da falta de socialização, e a família e a escola deixaram de ser eficazes, deve-se apostar nos indivíduos para mudar a situação e não no estado; a reabilitação da sociedade civil, onde haja uma democracia participativa que venha de baixo para cima, havendo uma transformação a todos os níveis.

A “crise” parece subsistir, se calhar sempre esteve presente na nossa sociedade.

Provavelmente as nossas carências e fragilidades fazem-na surgir com mais clareza, ou então, a liberdade permite esta transparência. F. De Singly (2003), diz que a crise dos laços sociais poderá ser afemeada quando cada um de nós se conseguir realizar dentro de diferentes grupos, no sentido de ter várias pertenças.

A identidade de cada um é representada pelos laços que estabelecem, sendo representativos da posição que ocupam socialmente, quais os seus valores, qual o seu poder económico, quais as suas crenças, fazendo jus ao ditado “*diz-me com quem andas dir-te-ei quem és*”. Vivemos, então, numa sociedade onde o laço social é menos coeso mas mais plural. Poderemos provávelmente colocar a questão da crise do laço social numa visão qualitativa e não quantitativa.

Nesta trilha G. Bajoit (2006:69-70) caracteriza os laços sociais actuais como:

- (i) Mais reflectidos, pois temos mais autonomia perante as normas sociais e sobre os que detém autoridade para as aplicar;
- (ii) Mais frágeis, especialmente nas relações afectivas. Atribui-se uma maior importância à vida afectiva. Contudo a taxa de insucesso nas relações é cada vez maior. Esta fragilidade também se faz sentir em outros domínios: trabalho, política, desporto, economia, etc. O autor explica esta maior precariedade aludindo que às expectativas exigentes está associado um controlo social coercivo.
- (iii) Mais estratégicos, na medida em que são mais utilitários e regidos por mais interesses do que por valores.
- (iv) Mais electivos e selectivos, dado que as relações são mais escolhidas do que impostas e os meios sociais não são tão fechados.
- (v) Mais criativos, na medida em que os papéis sociais são menos codificados.

(vi) Mais distantes, dada a desconfiança perante a entrega ao outro, o medo do abandono de si nas mãos do outro provocando indiferença e uma maior reserva.

No âmbito da nossa problemática é imperativo abordar a importância que os laços familiares e sociais exercem na saúde/doença, uma vez que este binómio inscreve-se obrigatoriamente no contexto familiar e social.

A família influencia a saúde de diversas maneiras nomeadamente através da alimentação, das condições habitacionais, do acesso à escolarização, higiene, acesso aos serviços de saúde. G. Cresson (1995) citado por M.E. Leandro (2001:90), afirma que independentemente das condições de género, são as famílias com mais alto nível de escolarização e condição social que têm um papel mais interventivo na saúde, não só nas práticas de vida quotidiana bem como no acesso mais assíduo aos serviços médicos e seguindo de forma mais regular as orientações dadas pelos profissionais de saúde.

A própria situação familiar imprime um factor determinante no acesso e na construção de diferentes tipos de suportes sociais. Le Desert (1985) citado por M.E. Leandro (2001:86) assinala que um bom suporte social de apoio ou relacional exerce uma influência decisiva em doenças do foro psiquiátrico especialmente nas patologias que conduzem ao suicídio ou outras.

Também neste aspecto as diferenças de género fazem-se sentir, uma vez que homens e mulheres desempenham papéis diferentes na gestão e na promoção da saúde dentro do seio familiar. Ao homem, como trabalhador exterior, é exigida a função de zelar pela boa saúde dos seus familiares providenciando um bom suporte económico. À mulher, é esperado que dentro do espaço doméstico, assumam a responsabilidade e a intervenção junto dos familiares que necessitam de cuidados de saúde, tornando-se desta forma o actor principal na promoção e intervenção da saúde, criando maior proximidade junto dos profissionais de saúde e capacitando-a com um maior número de conhecimentos sobre a saúde/doença.

CAPÍTULO III

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“ O Homem não poderá descobrir novos oceanos se não tiver coragem de perder a terra de vista”

André Gide (1869-1951)

Imagem 4: Peça elaborada no atelier de cerâmica do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos

3.1. METODOLOGIA UTILIZADA

S. Taylor, R. Bogdan (1998) definem metodologia como a via pela qual abordamos problemas e procuramos respostas, direccionando a nossa análise, interpretação e discussão das teorias e/ou fenómenos que pretendemos estudar. As ciências sociais oferecem-nos uma panóplia de recursos metodológicos, entre eles a metodologia qualitativa que foi inspirada pelo “... «*verstehen*» de Weber, a fenomenologia de Schutz, o interaccionismo da Escola de Chicago, o método progressivo-regressivo de Sartre, o criticismo literário e a análise etnográfica ...” (B. Roberts, 2002: 6-7).

Na visão de S. Merriam (1998:5) esta “...é um guarda-chuva que reúne várias formas de inquirir que ajudam a compreender e explorar o significado do fenómeno social com a menor disrupção possível do contexto natural”. Neste sentido, a mesma autora, identifica algumas características inerentes a este método que nos parecem importantes tais como: o interesse na compreensão dos significados de cada pessoa, vê-la numa concepção holística e de acordo com a sua perspectiva, ser da responsabilidade do investigador preparar o contexto e ir ao encontro das pessoas, implementar e induzir a estratégia de campo e fundamentalmente a grande riqueza descritiva e compreensiva da informação recolhida.

Para o investigador “...a abordagem qualitativa é aquela onde o investigador obtém conhecimento baseado em primeiro lugar na perspectiva construtivista, ou seja, múltiplos significados históricos com o objectivo de desenvolver uma teoria ou padrão, na perspectiva participativa ou em ambas” (J. Creswell, 2003:18).

A nossa justificação para a escolha desta metodologia assenta nos seguintes pressupostos:

- (i) A metodologia qualitativa permite avaliar a representatividade social, o sentido social e a diversidade, e o significado dos fenómenos que se pretendem estudar;
- (ii) Na psiquiatria o narrar, a entrevista, o diálogo são recursos primordiais no estabelecer da relação entre médico-doente e muito particularmente na elaboração do diagnóstico. Nesta área é fundamental construir o percurso de vida do doente e enquadrá-lo com os seus diversos contextos, para que seja possível compreender o aparecimento da doença e respectivas repercussões naquela pessoa em particular. M. Fleming (2003) afirma que muitas vezes ao

sofrimento psíquico está associado narrativas. A linguagem psiquiátrica é uma linguagem simbólica, fruto das interações sociais, das crenças, valores, preconceitos mas essencialmente subjectiva e individualizada;

(iii) Sendo o género uma noção construída sob a alçada da componente sócio-cultural é natural, tal como considera C. Nogueira (2001:56) que exista “(...) *uma ideologia dentro da qual as diferentes narrativas são criadas, as distinções de género ocorrem disseminadamente na sociedade. O discurso do género envolve a construção da masculinidade e feminilidade como pólos opostos e a essencialização das diferenças aí resultantes*”;

(iv) Por fim, e considerando o universo da nossa amostra – Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos – cujas práticas são fundamentadas pelo modelo biopsicossocial, faz sentido avaliar e compreender o doente na perspectiva daquilo que C. Helman (2003) concebeu como “*illness*”, ou seja, conceber a patologia como algo biológico mas circundante por um meio sócio-cultural.

3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Fundamenta-se a nossa preferência pela entrevista semi-estruturada, pois é nosso objectivo estudar a experiência antes e depois da doença e neste caso, parafraseando S. Merriam (1998:72) as entrevistas “(...) *são necessárias quando não se pode observar o comportamento, sentimentos, e como as pessoas interpretam o mundo à sua volta*”.

A. Maia (2001:202) justifica que as entrevistas semi-estruturadas, são consideradas mais válidas quando se pretende avaliar a presença ou ausência de depressão clínica, ou seja, “*utilizando uma metodologia qualitativa foi possível aceder às construções de significado da população deprimida, dando assim origem a uma forma de conhecimento baseada na própria experiência de ser deprimido*”.

São ainda especialmente úteis na recordação de eventos passados que só são passíveis de serem revividos através das memórias. Nesta trilha acedemos ao que A. Damásio, designa de si autobiográfico, isto é, a nossa “*memória autobiográfica, constituída por memórias implícitas de múltiplos exemplos de experiência passada individual e de futuro antecipado*” (1999: 206), que aumenta com a experiência de vida.

Este tipo de entrevista em profundidade de acordo com I. Guerra (2006), só é possível nas sociedades ocidentais onde subsiste o individualismo, não sendo possível numa sociedade por exemplo, do tipo africano, onde prevalece a identidade grupal sobre a individual.

As técnicas de investigação seleccionadas para este estudo baseiam-se na:

- (i) Observação participante, o observador funciona como participante, uma vez que como profissional do local onde se vai realizar o trabalho de campo estabelece relações de maior ou menor formalidade com os elementos da amostra, permitindo-lhe observar outro tipo de interacções e situações que não são possíveis aquando da aplicação da entrevista;
- (ii) Pesquisa bibliográfica e documental, permitiu definir e enquadrar o objecto de estudo, bem como forneceu importantes dados sobre os procedimentos metodológicos e conseqüente interpretação e interligação dos resultados obtidos com a literatura;
- (iii) Entrevista semi-estruturada aprofundada em perspectiva diacrónica, onde o objectivo não é apenas considerar a actual situação de vida de cada entrevistada mas também a sua trajectória de vida desde a infância até à idade adulta, focando aspectos pré-definidos.

Para a sua aplicação foram necessários seguir determinados passos nomeadamente efectuar o pedido de autorização ao Concelho de Administração da instituição para a sua aplicação e a elaboração de um guião de entrevista, previamente sujeito a testagem através da realização de duas entrevistas exploratórias, ficando depois sujeito a algumas reformulações.

3.3. ESCOLHA DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo pertence ao universo das mulheres do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos. A sua selecção obedeceu ao facto de a investigadora exercer funções profissionais neste serviço, permitindo-lhe um acesso mais facilitado aos elementos da amostra que se pretendia estudar.

A modalidade da nossa amostra é por caso múltiplo sendo o tipo de amostragem por contraste/saturação uma vez que o objectivo é reunir entrevistas onde se abordam

alguns tópicos. A finalidade teórica é combinar a amostra por contraste e por homogeneização (I. Guerra, 2006: 46-47).

Assim, foram considerados os seguintes critérios:

- (i) Elementos do género feminino com faixa etária correspondente a 18-65 anos, quando iniciaram a frequência no SRP;
- (ii) Com diagnóstico enquadrado nas perturbações de humor e especificamente nos episódios depressivos;
- (iii) Seguimento em psiquiatria há mais de 12 meses;
- (iv) Estabilizadas sob o ponto de vista clínico.

No que diz respeito ao número de elementos vai ao encontro do designado “fenómeno de saturação”, ou seja, dependerá dos conteúdos recolhidos, sendo considerada ideal quando se esgota toda e qualquer nova informação referente aos temas de estudo (J. Poirier et al., 1999). Mais uma vez reforça-se o proferido por I. Guerra (2006:48) “(...) *não se trata de interrogar indivíduos cujas respostas serão somadas, mas informadores susceptíveis de comunicar as suas percepções da realidade através da experiência vivida, não se procura nem a representatividade estatística, nem as regularidades, mas antes uma representatividade social e a diversidade dos fenómenos.*”

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

O quadro número dois caracteriza a nossa amostra quanto ao número de elementos (ao todo são quinze pessoas), à idade, habilitações literárias, profissão (aquela que desempenhou durante mais tempo), estado civil e situação profissional actual.

Quadro n.º 2: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

| | Idade | Habilitações literárias | Profissão | Estado civil | Situação Profissional Actual |
|------------------------|--------------|---------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|
| Entrevistada 1 | 37 anos | 5º ano | Costureira | Casada | Baixa médica |
| Entrevistada 2 | 45 anos | 4º ano | Doméstica | Casada | Reformada |
| Entrevistada 3 | 50 anos | 11º ano | Escriturária | Casada | Baixa médica |
| Entrevistada 4 | 50 anos | 6º ano | Chefe de armazém | Divorciada | Desempregada |
| Entrevistada 5 | 51 anos | 6º ano | Auxiliar de acção educativa | Casada | Baixa médica |
| Entrevistada 6 | 52 anos | 9º ano | Secretária | Casada | Desempregada |
| Entrevistada 7 | 53 anos | 9º ano | Vendedora | Casada | Desempregada |
| Entrevistada 8 | 54 anos | 9º ano | Artista plástica | Casada | Promotora de vendas |
| Entrevistada 9 | 55 anos | 12º ano | Empregada de snack-bar | Separada | Desempregada |
| Entrevistada 10 | 56 anos | 4º ano | Operária/empregada doméstica/vendedora | Casada | Reformada |
| Entrevistada 11 | 56 anos | Licenciatura em Farmácia | Professora | Casada | Reformada |
| Entrevistada 12 | 59 anos | 12º ano | Auxiliar do ensino especial | Casada | Baixa médica |
| Entrevistada 13 | 60 anos | Licenciatura em educadora de infância | Educadora de infância | Divorciada | Baixa médica |
| Entrevistada 14 | 62 anos | 4º ano | Cabeleireira | Solteira | Reformada |
| Entrevistada 15 | 68 anos | 6º ano | Telefonista/vendedora | Casada | Reformada |

3.5. A ANÁLISE DE CONTEÚDO

L. Bardin (1977: 38) define a análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.”

I. Guerra (2006:62) considera a análise de conteúdo como uma técnica que “ (...) tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.”

O tipo de análise de conteúdo escolhido para o nosso estudo é o categorial.

Para que o sistema categorial seja válido as categorias devem obedecer a determinados critérios. L. Bardin (1977:36) propõe que estas devem ser: homogéneas, sem misturas de conteúdos; exaustivas, esgotar a totalidade da informação; exclusivas, um mesmo elemento de conteúdo não pode ser classificada em duas categorias diferentes; objectivas, no que diz respeito aos resultados que se quer obter; adequadas ou pertinentes em relação ao conteúdo e objectivo do estudo.

O nosso trabalho foi estruturado de acordo com duas categorias de análise, elaboradas *à posteriori*, que se subdividiram em subcategorias e itens, que podem ser observados no quadro n.º 3, abaixo exposto.

Quadro n.º 3 – Descrição das categorias, subcategorias e itens de análise

| Categorias | Subcategorias | Itens |
|-----------------------------|----------------------------|---|
| Trajectórias de Vida | A) Vivências de infância | A1) Recordações de infância A2) Frequência escolar A3) Brincadeiras e relações entre pares A4) Juventude |
| | B) Relações familiares | B1) Dentro da família de origem B2) Idealização e construção da família nuclear |
| | C) Actividade Profissional | C1) Percurso Profissional C2) Conjugação entre a vida familiar e a actividade profissional C3) Relações sociais no trabalho |
| | D) Férias e tempo de lazer | |

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|---|
| Mulheres com Depressão | A) Transição saúde/doença | A1) Noção do estado de saúde A2) Início do acompanhamento psiquiátrico e factores determinantes A3) Alterações sentidas com a doença A4) Relações sociais |
| | B) Depois da doença | B1) Auto-imagem B2) Pessoas que admira e em quem confiança B3) Natureza das relações sociais após a doença B4) O que segura a vida B5) O valor do dinheiro B6) O horizonte do futuro |

3.6. ONDE TEM LUGAR O TRABALHO DE CAMPO

3.6.1. Breve resenha histórica dos hospitais psiquiátricos

A alienação e a segregação sempre fizeram parte da história do Homem, vários são os seus exemplos: a perseguição aos cristãos, às bruxas, a segregação dos leprosos, o racismo, a xenofobia, o machismo e a loucura.

A história da loucura tem tido pautada por acontecimentos que envolvem o isolamento, a violência e o aprisionamento. A perda da razão sempre foi algo que assustou e produziu incompreensão na sociedade. Durante um longo período de tempo as pessoas que padeciam desta doença tinham como destino a fogueira, a tortura ou a enclausuramento (caso da celebre Joana D`Arc), não existindo qualquer meio passível de as acudirem, pois a própria sociedade exigia segurança e norma. Este período negro parecia estar a clarear quando se deu o Renascimento e o Iluminismo, altura em que se

criaram os primeiros asilos/manicómios, inicialmente com o intuito de proteger e dar abrigo aos doentes mentais, mas rapidamente produziram uma manifesta segregação.

Foi com a Revolução Francesa que se operarem modificações significativas no decurso do destino dos doentes mentais. Dentre essas destaca-se a nova noção de sujeito, como novo valor da modernidade, centrada na ideia do indivíduo como ser racional. Esta nova visão é sustentada pelos movimentos Cartesiano, Liberalismo, Revolução Francesa e Iluminismo, conectando o indivíduo à norma. Nesta trilha a loucura representa o sujeito da desrazão, o alienado, e como tal é necessário estudá-lo numa outra perspectiva, para que assim seja permissível enquadrá-lo nesta nova sociedade. Ocorre também a valorização do pensamento científico. É neste seguimento que surgem os hospitais como espaços terapêuticos. É importante referir que a própria origem da palavra hospital vem do latim *hospitalis* que significa ser afável e caritativo para com os seus hóspedes.

Assim, do séc. XVIII para o séc. XIX, tudo parece estar no seu lugar, primeiro o internamento, do qual saíram os primeiros asilos e donde nasce a curiosidade transformada em piedade; depois a solicitude social, que permite o movimentos das grandes reformas e a entrada de novos intervenientes (M. Foucault, 1972:392).

Para que tal fosse possível ocorreram alguns acontecimentos fundamentais em diferentes países. Em França no ano de 1793 Pinel foi o primeiro médico a libertar os doentes mentais fechados no Hospital de Bicêtre, introduzindo o tratamento moral que se baseava na pedagogia disciplinar e em actividades que ocupavam os doentes. Com este passo deu-se início à institucionalização. Em Inglaterra, no séc. XIX, Conelly e Tuke começaram a utilizar a técnica do “no-restraint”, ou seja, uma menor utilização de meios de coação corporal como diminuição do sofrimento. Nos Estados Unidos da América em meados de 1812 Rush elaborou o 1º tratado de psicoterapia com estrutura científica.

O final do séc. XIX foi marcado pela criação dos grandes hospitais psiquiátricos, o reconhecimento da psiquiatria como uma ciência médica e a primeira construção do conceito de doença mental. Um pouco por toda a Europa iam surgindo as grandes instituições com os seus muros altos e intransponíveis que isolavam os que aí se encontravam.

Portugal acompanhou esta evolução com a abertura da primeira instituição destinada ao internamento de doentes mentais em 1848, então designado de manicómio de Rilhafoles, em Lisboa (actual Hospital Miguel Bombarda). Em 1883 foi inaugurado

no Porto o Hospital de Conde Ferreira, pertença da Misericórdia do Porto. Em 1889 apareceu a publicação da Lei da assistência psiquiátrica mais conhecida como Lei Sena (nome do seu impulsionador). Nos anos de 1893 e 1895 a Ordem S. João de Deus abre duas instituições: a Casa de Saúde do Telhal e a Casa da Idanha (esta última destinada exclusivamente à população feminina), iniciando um papel fundamental e da máxima importância no tratamento e acolhimento aos doentes mentais.

A entrada no séc. XX, foi marcada por um clima de adormecimento no meio psiquiátrico. Em Portugal os marcos mais importantes ocorreram após os anos 40 com a criação do Hospital Júlio de Matos em Lisboa no ano de 1942, seguindo em 1946 o Hospital Sobral Cid em Coimbra e a Lei da assistência psiquiátrica, na qual se previa a implementação dos primeiros serviços abertos à comunidade. Em 1958 é criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica (extinto em 1984).

Em 1963 com a Lei da Saúde Mental, bastante avançada para a época, existe uma tentativa de regionalização e descentralização dos serviços de Saúde Mental.

A nível Europeu, o feito mais notável foi protagonizado por Franco Basaglia em Itália na década de 60 nas cidades de Gorizia e Trieste através do encerramento dos hospitais psiquiátricos, em simultâneo, e como alternativa a construção de estruturas na comunidade. F. Basaglia era um feroz defensor da desinstitucionalização e da criação da psiquiatria comunitária, actualmente bastante em voga. Paralelamente o mesmo sucedeu no Reino Unido e nos Estados Unidos da América.

A década de 70 foi marcada pelo avanço da psicofarmacologia, nomeadamente por uma maior eficiência dos neurolépticos, que proporcionou a vida exterior aos psicóticos, e dos antidepressivos e ansiolíticos que reduziram os sintomas e o número de dias de internamento.

No nosso país a trajectória da saúde mental pode ser agrupada da seguinte forma: anos 1960 e 1970 sectorização; anos 1980 integração nos cuidados primários; anos 1990 integração hospitalar e a reforma em 1998 (F. Alves, L. Silva, 2004:57). Esta é caracterizada pelo início da desinstitucionalização e pela aproximação à comunidade, existindo legislação que regulamenta e permite a criação de empresas de inserção e residências para este tipo de população.

Presentemente, e de acordo com a Declaração para a Saúde Mental, emitida em Helsínquia em 2005, com o Plano Nacional de Saúde Mental, os objectivos que se pretendem atingir são:

- (i) promoção do bem-estar mental;

-
- (ii) luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;
 - (iii) prevenção dos problemas de Saúde Mental;
 - (iv) prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e cuidadores;
 - (v) reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais.

Apesar dos avanços significativos no que diz respeito à abertura das instituições psiquiátricas à comunidade, no combate ao estigma da doença mental, na promoção da saúde mental, na criação de estruturas residenciais e empresas de emprego protegido para pessoas com doença mental, de existir uma maior preocupação e sensibilização para as questões do foro psiquiátrico, ainda fica a cargo das instituições psiquiátricas e dos profissionais que nelas trabalham implementarem, dinamizarem e acompanharem todo este processo. Tal facto coloca a descoberto a falta de envolvimento de outro tipo de estruturas e da própria sociedade nesta problemática.

3.6.2. A Instituição - Hospital de Magalhães Lemos

O Hospital de Magalhães Lemos (HML) nasceu institucionalmente em 1953, com a publicação do Decreto-Lei nº39 306, de 10 de Agosto do mesmo ano, que autoriza o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar um hospital psiquiátrico, ao qual é dado o nome de Magalhães Lemos, em homenagem a um psiquiatra de destaque na época. Em Outubro de 1962, é inaugurado pelo Ministro da Saúde e Assistência, o primeiro edifício do Hospital, onde fica instalado o Dispensário do Centro de Saúde Mental do Porto, que integra o atendimento de urgência e o Hospital de Dia.

No primeiro mês do ano de 1970, em consequência de um incêndio, que deflagrou numa das enfermarias do Hospital Conde Ferreira ocupadas pelos serviços do Estado, são internados os primeiros doentes no Hospital de Magalhães Lemos. Em 1976, na sequência da intervenção do Estado no Hospital do Conde Ferreira, integrado na rede hospitalar pública, o H.M.L., passa a designar-se Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto, tendo-se igualmente emancipado da sua estrutura os Centros de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia, de Penafiel, de Vila Real e Infantil e Juvenil do Porto. Em 1988 é criado, a partir da estrutura do Serviço de Alcoologia do Hospital, o Centro Regional de Alcoologia do Porto, com inteira autonomia.

Como resultado da publicação do Decreto-Lei nº 127/92, de 3 de Julho de 1992, o Hospital volta a ser considerado Hospital Central Especializado, com a designação original. Em 1994 inicia-se um processo profundo de beneficiação/remodelação e modernização das instalações e equipamentos do Hospital. Culminando um longo processo negocial e legislativo, é publicado o Decreto-Lei nº 131/98, de 13 de Maio de 1998, que atribui ao Hospital a responsabilidade de assumir parte das funções assistenciais até aí atribuídas ao Hospital do Conde Ferreira, tendo em vista a devolução da sua gestão à Santa Casa da Misericórdia do Porto, a partir de 1 Janeiro de 2002, o H.M.L. assume por inteiro essas responsabilidades assistenciais, tornando-se no único hospital especializado em psiquiatria na zona norte.

3.6.3. O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães

Lemos

Historicamente, a reabilitação surge da necessidade de responder aos reptos da reforma psiquiátrica e em particular da desinstitucionalização. A reabilitação psiquiátrica foi fundamentalmente uma prática profissional que foi inventando caminhos, criando soluções e produzindo um discurso teórico e ideológico, que orienta a sua acção e prática.

Segundo Rodriguez (1996) os principais factores de aparecimento da reabilitação foram:

- (i) desinstitucionalização psiquiátrica marcada por um processo de reinserção comunitária dos doentes;
- (ii) concepção comunitária da Saúde Mental e assistência psiquiátrica que promove a manutenção e integração do doente no meio social da sua escolha;
- (iii) aparição dos termos “incapacidade” e “desvantagem” no funcionamento psicossocial;
- (iv) constatação de que a cronicidade não é um curso obrigatório e necessário em todos os casos;
- (v) limitações dos tratamentos psicofarmacológicos e das terapias tradicionais;
- (vi) aplicação de novas técnicas de intervenção procedentes da psicologia da aprendizagem social, modificação do comportamento e dos recursos humanos.

A definição dada pela OMS sobre Reabilitação Psicossocial (2001) é a seguinte: processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social, individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Para além doutras vantagens, o processo de Reabilitação do doente psiquiátrico, dá aos utentes a ideia dos seus direitos constitucionais e civis, tanto no sentido de não tornar o portador de doença mental objecto de atentados contra o direito, mas também a possibilidade de realizar um tratamento suficiente, racional e adequado, de ter uma casa para viver e de obter alguma inclusão social minimizando a estigmatização.

O Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos está integrado, conjuntamente com o Laboratório de Patologia Clínica, na Unidade de Electroconvulsivoterapia e a Unidade de Electrofisiologia, no *Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica*, assegurando ainda a prestação de cuidados de reabilitação e reinserção aos doentes de evolução prolongada, internados na Unidade de Apoio (unidade destinada a utentes sem retaguarda familiar e que residem no hospital). Este Serviço dirige a sua intervenção aos utentes pertencentes à área de influência do HML, ou seja, o grande Porto, Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, Valongo e Santo Tirso, portadores de doença mental grave e crónica com dificuldades no funcionamento psicossocial e na sua integração comunitária. Possuindo como recursos fundamentais a existência de uma equipa multidisciplinar e um variado leque de ateliers terapêuticos, este Serviço pretende desenvolver um trabalho que possibilite a aquisição de competências para que o utente seja mais autónomo no seu funcionamento psicossocial e se sinta mais gratificado no desempenho dos seus papéis sociais.

3.7. CONDIÇÕES PARA APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Quando se opta pela técnica da entrevista são necessários alguns cuidados no que diz respeito à preparação do espaço onde vão decorrer as entrevistas, à postura e

atitude do entrevistador, à comunicação verbal e não-verbal subjacente à sua aplicação. Todos estes aspectos devem ser previamente delineados e treinados de forma a ocorrer o menor número de erros. A entrevista semi-estruturada exige domínio do guião, uma vez que as questões a colocar apenas orientam o assunto a explorar, podendo não se seguir uma ordem em específico. Reside aqui uma das suas vantagens que é a adaptabilidade.

As questões devem ser de fácil compreensão, simples e padronizadas, na medida em que facilita a compilação e quantificação dos resultados.

Ao investigador cabem as funções de criar um ambiente de confiança, abertura, empatia e disponibilidade e controlar as possíveis interferências que possam ocorrer no desenrolar das entrevistas. E ter presente dois princípios éticos que são: informar correctamente os indivíduos acerca dos objectivos da investigação e proteger as fontes (I. Guerra, 2006:22).

Do ponto de vista do sujeito interrogado, “(...) *as entrevistas em profundidade exigem-lhe um processo de totalização através do qual procurará dar consistência a racionalidades dispersas, a estratégias flutuantes e temporais, enfim, à sua vida tal como ele a concebe nesse momento*” (I. Guerra, 2006:19).

As entrevistas decorreram nas instalações do Serviço de Reabilitação Psicossocial do HML por ser um espaço familiar às entrevistadas e por reunir as condições ideais para a realização das mesmas. Todas as entrevistas foram gravadas, com consentimento autorizado das entrevistadas. Esta opção patenteia ser a mais rigorosa na recolha dos dados, libertando o investigador exclusivamente para a condução da entrevista (A. Gonçalves, 2004).

O período de tempo em que decorreram as entrevistas foi entre Abril e Julho de 2008. Todas as entrevistas foram marcadas previamente. Antes do início de cada entrevista, era questionada cada entrevistada, visando obter o seu acordo para participar neste estudo. Em caso afirmativo, era então explicado o objectivo do estudo e como iria ser recolhida a informação. Todas as entrevistadas mostraram-se disponíveis para colaborar no estudo, adoptando uma atitude de grande envolvimento, disponibilidade e confiança perante a investigadora.

As entrevistas tiveram uma duração média de 2 horas. A mais longa demorou aproximadamente 3 horas e a mais curta 1 hora. Todas elas foram realizadas e transcritas pela investigadora.



CAPÍTULO IV

TRAJECTÓRIAS DE VIDA E DEPRESSÃO NO FEMININO

*“Toda a descida em nós mesmos é simultaneamente uma ascensão,
uma assunção, uma vista do verdadeiro exterior”*

Novalis (1772 – 1801)

4.1. VIVÊNCIAS DE INFÂNCIA

As vivências de infância são algo que marca todo o nosso percurso de vida, que nos define e molda como pessoas sociais e individualizadas. Ninguém é indiferente às memórias infantis e quando acedemos a elas enchemo-nos de emoções e sentimentos fortes que nos trazem saudade, alegria, melancolia, angustia, (in) compreensão e que facilmente conotamos como boas ou más. De um modo geral, as nossas entrevistadas sentiram que nas suas infâncias tiveram recordações positivas e negativas, com excepção de duas entrevistadas que afirmaram: *“Não tenho recordações que considero positivas ou negativas, pois tenho mesmo poucas recordações”* (M., 50 anos, casada).

“Não tenho nenhuma recordação positiva...não tenho recordações bonitas” (M., 68 anos, casada).

Nos seus discursos verifica-se, que são mais expansivas e pormenorizadas no relato das más recordações. Estas reportam-se a vivências afectivas com os pais, ou figuras de igual representação, e com os irmãos manifestadas através de violência doméstica, trabalho infantil, sentimentos de desvalorização e de ciúmes, medo, incompreensão e carência afectiva. Estas experiências estão bem patentes nas expressões de algumas entrevistadas, que passamos a citar: *“(...) nas relações humanas era não ter a minha mãe por perto, era uma ama que tomava conta de nós, e isso afectou-me muito, para toda a vida, sinto falta do afecto da minha mãe”* (M., 56 anos, casada).

“Tenho uma recordação má com o meu pai também, ele dava-me muita atenção quando eu era miúda. A partir do momento em que comecei a ser menstruada o meu pai deixou de me tratar da mesma maneira, senti muito e acho que fiquei com uma carência afectiva que ainda hoje sinto. Eu vivia muito os problemas do meu pai, não ter dinheiro para pagar as contas, eu pensava que o meu pai no outro dia não ia aparecer em casa e ia para a cama aflita mas nunca falava com ninguém” (M., 55 anos, separada).

“As más... só brincávamos ao domingo, um bocadinho, não íamos a festas, nem a lado nenhum. Levantávamo-nos muito cedo, com 5/6 anos, e íamos para o campo. O meu pai batia-nos muito, muito, apanhávamos muita chuva, andávamos descalços, éramos mal alimentados, o meu pai batia na minha mãe” (M., 59 anos, casada).

“Acho que se calhar eu tinha sempre muitos ciúmes da minha irmã. Ela era loirinha, e eu moreninha, e depois só faziam festas á minha irmã... Eu continuo sempre

a remoer, a lamentar sobre coisas da infância que ficaram entaladas.” (M., 60 anos, divorciada). Apenas uma entrevistada verbalizou, aparentemente, um episódio menos significativo, em que aponta como acontecimento mais negativo da sua infância ter tido um acidente em que feriu a perna e levou 30 pontos e o facto de não ter prosseguido os estudos (M., 45 anos, casada).

Estas recordações vão ao encontro do explanado por J. Bowlby (1985:259-260) relativamente à origem da depressão, ou seja, esta pode estar na combinação de três aspectos: a probabilidade da pessoa nunca ter estabelecido uma relação estável com os pais; nunca se ter sentido valorizada e amada; ter sofrido a perda real de um dos pais.

Também vêm confirmar a já referida importância que os factores psicossociais têm como determinantes nesta doença, especialmente os acontecimentos que reportam, experiências de infância adversas, rede social limitada e baixa auto-estima (D. Baldwin et al. 2000),

Mais uma vez nas recordações agradáveis a temática foca-se novamente nas relações com as figuras paternas. Uma das interlocutoras, contrariando um pouco o que relatou anteriormente, onde descreveu a sua infância como uma fase negativa pela falta de afecto demonstrada por parte da mãe, afirma o seguinte: *“Fui uma criança feliz, porque antigamente qualquer coisa satisfazia...vivíamos bem, nunca faltou nada...de resto não foi uma infância má”* (M., 56 anos, casada).

As restantes recordam com saudade o afecto e o carinho dado por pessoas da sua família de origem, citando sensações, emoções e pequenas histórias daquela altura: *“Boas recordações... tenho dos tempos passados em Lisboa com a tia. Aquela minha tia só me dava carinho”* (M., 37 anos, casada);

“Eram pais espectaculares, fizeram sempre imenso para pôr os filhos a estudar...Tenho uma recordação de infância que eu acho lindíssima, o cheiro da terra quando chove e quando está calor, quando está a passagem da estação, o cheiro da maçã na pasta que eu levava para a escola” (M., 55 anos, separada).

“ Recordações boas só da minha mãe, coitadinha, que tentava dar-nos toda a atenção” (M., 54 anos, casada).

“Tenho recordações com a minha mãe adoptiva, dentro da felicidade que a minha mãe adoptiva me tentou transmitir e sempre me deu o melhor que ela podia...” (M., 53 anos, casada).

“ Poucas...andar descalça. Era muito bom o contacto com a terra e o chão, com a água, o chão molhado. Isso foi até aos 5 anos quando nós íamos para a aldeia, eu

tenho umas saudades enorme...outra a minha amiga Carolina, e eu gostava de conversar com ela. Ainda me lembro do cheiro a fumo. Tenho boas recordações da minha avó, porque era uma pessoa que gostava de mim, acho eu, incondicionalmente” (M., 60 anos, casada).

Atendendo às respostas dadas pelas entrevistadas subentende-se que o tipo de educação a que foram sujeitas foi rígida, no entanto comum para a época. Prevalece o conceito de família da razão em detrimento do da família de afecto, conceitos introduzidos por P. Ariés (1973) citado por M.E. Leandro (2001). As demonstrações afectivas eram escassas e quase sempre partiam de um elemento feminino (mãe/tia/avó), embora em algumas situações a proximidade ao pai seja notória e muito significativa, confirmando a noção psicanalítica desenvolvida por Freud de Complexo de Electra (correspondente ao complexo de Édipo no elemento feminino). É aqui reforçada a importância que a família de origem desempenha na construção da identidade de cada indivíduo e como as situações de maior ou menor adversidade influenciam o processo de saúde/doença.

4.2. MEMÓRIAS ESCOLARES

A entrada para a escola representa uma fase em que há separação da família mas também a entrada em novos contextos que lhe vão permitir desenvolver as relações entre pares e colocar em evidência determinadas capacidades e dificuldades. A nível de escolaridade as nossas entrevistadas apresentam alguma diversidade. Como podemos verificar através do quadro n.º 2: duas possuem licenciatura, duas o 12º ano, uma o 11º ano, três o 9º ano, três o 6º ano, uma o 5º ano e duas o 4º ano. É importante assinalar que a maioria das inquiridas atingiu o seu actual grau escolar em idade adulta, o que demonstra empenho e interesse na procura de maior conhecimento e qualificação.

Para facilitar a compreensão do impacto que a escola teve nestas mulheres, direccionamos o nosso campo de análise para as recordações desse tempo das suas vidas e a sua socialização. As vivências mais valorizadas destacam-se das outras e são pautadas por recordações que são representativas de relações satisfatórias com os colegas e com os professores, por serem fonte de aprendizagem e de valorização

peçoal, visíveis nas seguintes respostas: *“As minhas colegas eram muito amigas, os professores também...eu e outra éramos as melhores da escola”* (M., 56 anos, casada);

“ Andei na escola até à 4ª classe. Foi uma experiência muito boa. Retirei tudo da escola, porque é na escola que a gente aprende e tem convivência com tudo. Éramos 40 e tal crianças...era bom” (M., 62 anos, solteira).

“A primária fi-la em casa dos meus avós. Gostei imenso. Acho que é uma fase bonita. Nunca fui de desacatos, gostava de estar com as outras crianças, brincar...” (M., 52 anos, casada).

Por outro lado, a escola também significava fuga a um ambiente familiar hostil: *“ Era boa aluna, levava tudo decorado. Gostava da escola porque era uma fuga de casa. Sempre gostei de ler, estudar. Na altura estudei até à 4ª classe, com 10 anos. Depois fui para Trás-os-Montes... A partir daí não estudei”* (M., 54 anos, casada).

As entrevistadas que relatam recordações desagradáveis ou menos benéficas associam estas experiências a contextos austeros, rígidos, com demasiadas regras e obrigações, onde se sentiam pouco gratificadas e integradas. Acontece assim com uma que fez a sua escolaridade num colégio de freiras, e que descreve esta fase da sua vida com as seguintes palavras: *“ Não tenho nenhuma recordação positiva, eu no colégio sentia-me muito infeliz, chorava muito, só ia a casa nas férias (...) sentia-me sempre muito triste. Fiz a 4ª classe no colégio e depois vim cá para fora. Da primária não me recordo de nada... O colégio era de freiras. A disciplina era muito rigorosa, não podíamos falar quando queríamos, o convívio com as outras raparigas cá fora foi uma novidade...Havia uma rapariga no colégio que gostava de mim. Tínhamos muitas tarefas e rezávamos muito.”* (M., 68 anos, casada). Este tipo de instituições (conventuais) que E. Goffman (1961) designou de totais possuem um funcionamento que reduz significativamente o contacto com o mundo exterior, subsistindo no eu do internado sempre a divisão entre o mundo “cá de fora” e o de “lá de dentro”. A vida do internado é gerida superiormente, as comunicações são reduzidas, os rituais e tarefas são obrigatórias, levando a perdas de papéis, que podem ou não ser recuperados posteriormente.

Uma entrevistada foi bastante clara ao evidenciar a sua experiência mais ou menos dolorosa deixando a descoberto algumas das suas dificuldades de aprendizagem e a rigidez infligida pela professora: *“A escola para mim era horrível, nunca gostei da escola...Eu era muito distraída, a professora dizia que eu era muito desatenta e eu levava muitas réguas, foi um trauma”* (M., 37 anos, casada).

Outra revê o seu percurso escolar como uma prática que a traumatizou pelo receio de se expor: “*Sai da escola aos 10 anos com a 4ª classe. Tinha muito medo. Gostava de aprender, embora tivesse um trauma muito grande quando ia ao quadro*” (M., 50 anos, divorciada). Uma outra entrevistada curiosamente relacionou o seu período escolar como mais uma situação em que tinha de trabalhar, tal como em casa, exprime-se nestes termos: “*De vez em quando, eu ia para a escola, e na escola a professora também nos batia. Ela tinha uma cana enorme, fiz até à 3ª classe. Era mais o tempo que não íamos a escola do que aquele que íamos. A água para beber e para consumo na escola, tínhamos que a ir buscar a mais de 500 metros à fonte. A professora também nos punha a trabalhar*” (M., 59 anos, casada).

Há ainda aquelas que não guardam com exactidão as vivências escolares, uma apenas assinala que quando vai de visita à aldeia encontra alguns colegas (M., 50 anos, casada), outra recorda que conciliava a frequência escolar com os trabalhos no campo para ajudar a família (M., 51 anos, casada). Há também uma outra que alega que os momentos que passou na escola não foram significativos e que os professores não a marcaram: “*À escola ia com a minha irmã mais velha do que eu dois anos. Ela chumbou na 1ª classe...andou comigo da 1ª a 4ª classe. Ela era muito boa em contas e eu gostava mais de português, mas tínhamos uma professora muito má, eu achava. Nós tivemos duas professoras, da 1ª à 2ª classe e da 3ª à 4ª, mas as professoras não me marcaram muito*” (M., 55 anos, separada).

Mas também quem afirme ter ressentimento e mágoa por não ter continuado com os estudos: “*Fui para a escola...fiz a 4ª classe mas devido a esse problema (visual) não prossegui os estudos...as professoras diziam que eu era uma menina muito inteligente... mas não houve iniciativa de ninguém para eu prosseguir os estudos*” (M., 45 anos, doméstica).

De um modo geral as nossas entrevistadas não foram marcadas positivamente pelos seus percursos escolares. Estes não foram prolongados e foram conduzidos por um sistema de valores rígidos, onde por um lado era comum a punição e o trabalho escolar, e por outro onde a proximidade aos educadores era escassa. Constituindo o contexto escolar também uma obrigação.

A condição social das suas famílias não será um factor a descurar, uma vez que a maior parte pertencia a um baixo estrato sócio-económico e viviam em meios rurais onde se conjugava a frequência escolar até à 4ª classe com o trabalho rural. Tendo em consideração a faixa etária das nossas entrevistadas (37-68 anos), a altura em que

fizeram a sua escolarização não preconizava um grande investimento escolar por parte das famílias de origem. As expectativas em prosseguir os estudos eram baixas, acabando a maior parte delas por integrarem o mercado de trabalho e outras ficaram em casa a aprenderem as tarefas domésticas, tal como era suposto para as mulheres.

A baixa escolarização apresentada é um elemento de análise no percurso da doença uma vez que tal como o citado por M..E. Leandro (2001), um índice mais elevado de escolarização fomenta um papel mais interventivo e conhecedor em matéria de saúde. Por outro lado, o facto de provirem de um nível sócio-económico baixo é um considerado factor potenciador de doença mental (A.Miles, 1981).

4.3. BRINCADEIRAS E RELAÇÕES ENTRE PARES

A fase da infância proporciona momentos de grande fantasia, criatividade, partilha e estabelecimento de relações entre pares, vividos através do brincar. As brincadeiras e as pessoas com as quais as praticamos dificilmente esquecemos. Contudo nem sempre as mantemos no nosso círculo de amizades durante as restantes fases de vida. No nosso estudo apenas uma mulher mantém uma amizade dos seus tempos de escola. Neste caso particular foram criados vínculos de amizade que se estenderam à sua filha, de quem é madrinha de baptismo, e também por facilidade geográfica, uma vez que residem próximo uma da outra (M., 50 anos, divorciada).

As restantes entrevistadas por motivos de vária ordem, não mantiveram qualquer amizade dos seus tempos de infância. Por exemplo seis das entrevistadas alegam que perderam esses contactos pois mudaram de residência: algumas durante a infância e outras já em idade adulta. Todavia, quando vão à aldeia costumam reencontrar essas colegas tal como referem duas entrevistadas: “ *Contacto assim não, mas quando vou lá à minha terra encontro amigos de escola*” (M., 50 anos, casada).

“ *Convivo com as amigas da escola quando lá vou em Agosto, ou passar o fim-de-semana, ou quando dá e gosto muito*” (M., 62 anos, solteira).

Outras duas, ocasionalmente, encontram no seu dia-a-dia algumas dessas colegas, no entanto são encontros não programados e de passagem. Algumas das nossas interlocutoras, não mantiveram essas amizades pelas características da instituição que frequentaram durante o período escolar, perda dos contactos, ou ainda por timidez.

Assim, afirmam: *“Eu sempre fui muito tímida. Comia o lanche no corredor, brincava às rodas mas ficava à beira das empregadas. Não ficou nenhuma amizade”* (M., 37 anos, casada).

“Tinha amigos. Perdi os contactos todos da primária. No ciclo mantive as amizades enquanto não namorei” (M., 53 anos, casada).

Verificamos que a manutenção e a proliferação da relação entre pares na nossa amostra durante a infância limita-se muito mais ao período de escolarização, não tendo daí resultado amizades. Ou seja, a natureza das relações de amizade desenvolvidas durante a frequência escolar foi frágil e descontínua, não permitindo a constituição de uma rede de suporte social baseada na amizade e que de certa forma condicionou o desenvolvimento de componentes sócio-afectivas, cognitivas, criativas e simbólicas.

O brincar é a actividade infantil por excelência que permite estimular as componentes acima enumeradas. As nossas entrevistadas têm todas recordações das suas brincadeiras de criança que consideram ser: *“...normais para a idade”* (M., 50 anos, casada). As brincadeiras praticadas eram as da época e sobretudo para quem vivia em meio rural: jogar à corda, macaca, mata, futebol, corridas, elástico, escondidinhas, pataca, danças, cantigas, jardim da celeste. Eram repartidas entre o contexto familiar e escolar e os companheiros eram os irmãos, vizinhos, primos e ocasionalmente colegas de escola. Apesar de relatarem momentos de brincadeira, estes em algumas situações, eram escassos pois tinham que ser partilhados com tarefas domésticas.

Algumas referem que brincavam muitas vezes sozinhas: *“A minha mãe não me deixava levar amigas para casa, juntavam-nos ao primo direito, que às vezes vinha brincar comigo mas era muito difícil, inventava muitas brincadeiras: trapezista, montava casinhas... No final da tarde chegavam os meus irmãos e eu chateava-os para brincarem comigo, eles não queriam”* (M., 56 anos, casada).

“ Brincava sempre muito sozinha, com bonecas, as casinhas e às costureiras e lembro-me de costurar vestidos para as bonecas. Embora eu tenha irmãos. Tenho uma irmã 14 meses mais nova do que eu, lembro-me de brincar às vezes com ela. Também me lembro dos miúdos na rua a brincar e eu atrás das grades do portão a ver e a não puder. Nunca percebi a minha mãe... O que era estranho pois ela sempre brincou na rua” (M., 60 anos, divorciada).

“ Brincava com os netos da minha mãe adoptiva, que na altura eram pequenos. E eu adorava crianças. ... era uma maneira de eu me entreter, uma vez que tinha de estar em casa . A minha mãe adoptiva não me deixava sair” (M., 53 anos, casada).

Há uma entrevistada que só se recorda de brincar quando frequentava o colégio: “ *As brincadeiras eram andar á roda, mata, mas sempre no colégio*” (M., 68 anos, casada). No entanto estas eram intercaladas entre as tarefas que tinha que cumprir no colégio e rezar. O tempo de brincar e de interagir das nossas inquiridas foi condicionado e regulado pelas dinâmicas familiares, nomeadamente por regras rígidas e pela necessidade dessas famílias contarem com elas como elementos de trabalho, o que era prática comum para a época especialmente aquelas que viviam em meio rural. É também de assinalar o registo sócio-cultural de algumas famílias que fomentavam o lado privado destas confinadas ao interior da casa, que de acordo com M.E. Leandro (2001:129) “*Em Portugal, tal como em outras sociedades, cultiva-se esta tendência acentuada para o investimento familiar no privado, no interior da casa e, ao invés, ainda que se acuse o isolamento como factor de muitos males sociais, cultiva-se frequentemente, a formação de fronteiras que impedem a relação com o outro, exterior à família íntima, ao vizinho do lado...*”. O que vem contrariar o que se passa actualmente na nossa sociedade onde o privado é cada vez mais público.

4.4. O PERCURSO DA JUVENTUDE

As vicissitudes da juventude das nossas entrevistadas foram repletas de vivências bastante heterogéneas. As entrevistadas que relatam uma juventude mais alegre e satisfatória, curiosamente são as que passaram este período em meio rural: “*A minha juventude foi passada na aldeia e costumava divertir-me com um grupo de rapazes e raparigas que faziam parte da minha turma do liceu, andávamos sempre juntos... não havia discoteca, não havia nada... passeávamos*” (M., 50 anos, casada).

“ *Fui para Trás-os-Montes, onde passei a minha mocidade. Arranjei lá os meus amigos, brincava, andava muito a cavalo, também trabalhávamos na quinta, com a tia, o pai já não batia, não nos obrigava, já nos respeitava, ficou totalmente diferente. Tínhamos amigos, tínhamos os bailes, e os bailes de domingo, nas várias aldeias. A mocidade já foi melhor. A quinta era longe da vila, íamos a pé ou a cavalo. Íamos á missa... Foram uns dez anos que valeram para aí uns 20 ou 25*” (M., 54 anos, casada).

Há entrevistadas que descrevem a sua juventude como pouco gratificante, com algum isolamento social, com pouca liberdade e coincidente com o início da actividade

profissional, visíveis nas seguintes declarações: “ *Vivia só com a minha mãe, não tinha amigos, nunca saía para lado nenhum, até começar a namorar, mas a minha mãe ia sempre comigo*” (M., 68 anos, casada).

“ *A minha juventude foi passada no Porto. Arranjei amigas, ainda tenho amigas de quando era solteira, vemo-nos de ano a ano mas continuamos amigas. Não saía muito, tinha uma tia que quando estava cá íamos ao cinema e à praia.*” (M., 59 anos, casada); “*Trabalhava vinha para casa, a minha amiga era a minha irmã, não saía de casa... a minha juventude foi passada em França*” (M., 56 anos, casada).

“ *(...) não quis ir para o quinto ano para poder ir trabalhar e ajudar o meu pai*” (M., 55 anos, separada).

“*Na minha juventude os meus irmãos não me deixavam fazer nada, nenhum rapaz se podia aproximar de mim.*” (M., 56 anos, casada). Posteriormente no decorrer da entrevista, uma entrevistada assinalou como episódio traumatizante da sua juventude ter realizado um aborto aos 15 anos (M., 50 anos, divorciada).

Outras associam a sua juventude ao abandono escolar, começo da actividade profissional e do namoro, tal como expõem: “*Conheci o meu marido com 17 anos... comecei a trabalhar por volta dos 16/17 anos... estava cheia de estar na escola*” (M., 37 anos, casada).

“ *Na juventude andávamos de bicicletas. Fazíamos corridas á volta da casa. Comecei a namorar com 13 anos, mas não com o marido. Depois, comecei a namorar com o meu marido tinha 15 anos e os amigos eram depois os dele. Depois queria ir trabalhar, mas era muito nova tinha 17 anos, não me deixaram, e então fui tirar um curso de corte e costura*” (M., 60 anos, divorciada).

Uma entrevistada em consequência da sua deficiência visual, viu-se impossibilitada de continuar os estudos como era o seu desejo. Assim ficou em casa a aprender as tarefas domésticas, também nesta época começou a namorar o seu futuro marido. Tal como ela disse: “*Era uma menina de casa*” (M., 45 anos, casada).

Outra fez uma mudança a nível da sua residência, indo para Angola que para ela foi algo de muito importante: “*Fui lá fazer os meus 18 anos. Foi uma fase boa, muito boa da minha vida, porque tudo o que aqui parecia mal, lá já se fazia. Os rapazes e as raparigas iam dançar...Foi bom. Foi muito bom!*” (M., 52 anos, casada). Nesta afirmação é notória a influência que a vertente cultural tem nos comportamentos sociais e o que é ou não aceitável em diferentes sociedades.

Há ainda entrevistadas que tendo na sua infância gozado de pouca liberdade viram nesta altura uma oportunidade para se soltar do rigidez da educação: “ *Eu já gostava de sair, mas ela não me deixava (mãe adoptiva). Quando eu fui para a Clara de Resende, ela fazia o percurso a pé comigo, para saber que tempo demorava. Não tinha hipóteses. Mas tive umas maroteiras...*” (M., 53 anos, casada).

As vivências da juventude das nossas entrevistadas apontam para uma evidência clara entre as que passaram este período em meio rural e em meio urbano. As primeiras relatam experiências com mais liberdade, mais interacção social e mais alegria e divertimento. Por outro lado, as do meio urbano estavam confinadas a uma maior rigidez em termos de saídas e de convívio, a que não será de todo imune o facto de serem mulheres e de as regras sociais serem mais rígidas para com elas não só a nível social como laboral.

4.5. RELAÇÕES FAMILIARES

4.5.1. Família de origem

A família é uma das nossas grandes instituições e apesar de todas as alterações que tem sofrido ainda persiste como uma estrutura fulcral na construção da identidade do indivíduo. O seu conceito é polissémico pois está em constante transformação. Podemos, no entanto avançar com a noção de “ *conjunto de pessoas unidas por três tipos de laços: de aliança, de sangue, institucionais, isto é, exclusivamente jurídicos ou jurídicos e religiosos.*” (M.E. Leandro, 2001:43-44). As suas alterações assentam basicamente nas dinâmicas conjugais, parentais e filiais, nas relações inter-geracionais e das dificuldades integradoras da organização social, apelando à família uma maior emergência de novos laços familiares, sociais, entre outros aspectos (M.E. Leandro, 2001:17). As nossas vivências familiares são memórias marcantes e que moldam a identidade de cada pessoa juntamente com as outras formas de socialização. No fundo transmitem a identidade real da pessoa e o que é percebido pelo outro, ambos importantes para a participação social e sentimento de pertença.

Do global das nossas entrevistadas apenas três afirmaram que mantiveram um relacionamento satisfatório com ambos os progenitores, perceptíveis nas seguintes declarações: “*Eram pais espectaculares, fizeram sempre imenso para pôr os filhos a*

estudar”, acrescenta “O meu pai, ele que fazia as vontades todas aos filhos (aos que lhe davam a volta), colocou o meu irmão no colégio de ricos e o meu irmão não aparecia as aulas, uns tiveram tudo e outros não, mas não se esforçavam porque o meu pai dava tudo” (M., 55 anos, separada).

” Tenho muito carinho dos meus pais e dos meus irmãos, dos meus sobrinhos, são muito queridos e têm muita consideração pelo meu problema de visão. Os meus pais não tinham toda a informação (refere-se à sua doença visual) ” (M., 45 anos, casada).

Duas das entrevistadas cresceram no seio de famílias monoparentais, ambas constituídas pela figura materna. Contudo as circunstâncias foram distintas. Uma perdeu o pai quando tinha 3 meses de idade e a outra assim a descreve: *“O meu pai deixou a minha mãe quando tinha eu 2 anos, a minha mãe andava a trabalhar e eu ficava com uma senhora...vivia só com a minha mãe” (M., 68 anos, casada).*

Nove das entrevistadas manifestam, alternadamente laços mais fortes com uma das figuras paternas ou com algum familiar (tia, avó, mãe adoptiva). Sete com a figura materna e duas com a figura paterna. Por regra todo o amor e afecto era transferido para esse relacionamento preferencial como podemos ver nas seguintes afirmações: *“A minha mãe era muito nossa amiga, era uma família numerosa, o meu pai ficou doente muito cedo, quando ele estava com o álcool era um bocado mau com a minha mãe e nós também tínhamos medo que ele nos batesse, mas nunca aconteceu” (M., 51 anos, casada).*

“A minha mãe tentava dar-nos tudo...éramos 10 irmãos, dávamo-nos todos bem, como o pai nos castigava a todos nós, éramos muito unidos. Não sei porque o meu pai nos batia, não havia motivo, ele não bebia. Mais tarde foi internado aqui no hospital e antes em S. João de Deus (instituição psiquiátrica) ” (M., 59 anos, casada).

“Tenho boas recordações da minha avó, porque era uma pessoa que gostava de mim, acho eu, incondicionalmente” (M., 60 anos, divorciada).

“ O meu pai nunca me bateu, amor à minha mãe, não, tinha medo e respeito” (M., 37 anos, casada).

“Pelo meu pai tinha um amor imensurável, fui sua cuidadora ele morreu nos meus braços...parece que esperou por mim. A minha mãe não estava por perto, era uma ama que tomava conta de nós. A minha mãe está em minha casa desde que ele morreu, há 16 anos, ela manda. A minha empregada foi mais minha mãe do que a minha própria mãe” (M., 56 anos, casada).

Em alguns discursos é verbalizado claramente a falta de carinho, afecto e compreensão que as entrevistadas sentiram no relacionamento com a mãe (em regra conotado como elemento de transmissão de afectividade): “ *A minha mãe nunca inclinou assim muito comigo...a minha mãe não tinha muito jeito para crianças. Quem tratava de nós era uma irmã do meu pai que tinha sido freira, e era uma belíssima pessoa, que eu considere sempre mais minha mãe do que a minha própria mãe*” (M., 50 anos, divorciada).

“ *A minha mãe tinha um feitio muito complicado, ela era diferente, sempre com discussões, tudo ao contrário do que eu tinha tido com os meus avós... eu não estava habituada aquele género de vida*” (M., 52 anos, casada).

“*Eu achava que a minha mãe, e notava-se, toda a gente notava, que ela gostava mais da minha irmã. O que ela mais gostava era de ter uma filha parecida com ela, mas com os olhos grandes, então a minha irmã era chapada da minha mãe, mas com olhos grandes. E eu como tinha ciúmes portava-me pior e depois chamava a atenção pela negativa. Depois veio a minha irmã mais nova, com paralisia infantil aos 7 meses. Ela mais tarde foi a coqueluche*” (M., 60 anos, divorciada).

No que diz respeito ao relacionamento com os irmãos e com os pais na actualidade, na maioria das nossas entrevistadas são escassos. Estes eram mais frequentes quando os filhos eram pequenos ou quando ambos os pais eram vivos.

Todavia existem algumas que têm como prática habitual conviver com os seus familiares directos (pais, irmãos, primos) retirando desses contactos apoio e satisfação. Por exemplo o caso da seguinte entrevistada: “ *Quando vêm as minhas primas de França vêm ver a minha casa e fico toda contente. A minha irmã está em França. A da Marinha Grande, quando eu estava com a depressão, disse-me vem imediatamente para cá. O meu irmão do Canadá também mandou-me bilhete para eu lá ir, eu não queria ir mas ele depois telefonou e mandou o bilhete e eu fui, fez-me bem, foi a minha terapia*” (M., 55 anos, separada).

Por outro lado, algumas entrevistadas sentem que o tempo que actualmente passam com os seus pais é doloroso: “ *Quando a minha mãe vem eu fico muito em baixo, é muito complicado a mãe é muito conflituosa. Quando vem para minha casa faço o possível para que ela se sintam bem. Não nos juntamos nas festas (refere-se à mãe e aos irmãos)*” (M., 50 anos, divorciada).

Quatro das entrevistadas apontam como um momento traumatizante na sua vida a morte de um dos progenitores e da dificuldade em ultrapassarem esse acontecimento:

“Dentro da felicidade que a minha mãe adotiva me transmitiu, sempre me deu o melhor que ela podia, eu tive o privilégio de conseguir ultrapassar muitos dos problemas que existiram depois. Falo muito com ela. Choro muito, e ela faz-me muita falta, porque infelizmente perdi-a aos 18 anos” (M., 53 anos, casada).

“Prestei cuidados à minha mãe durante 12 anos, em rotatividade com os meus irmãos, ficava sempre a dormir com ela, nem ia à minha cama, sofri muito com a doença dela...” (M., 50 anos, casada).

Assim e apesar da evolução na estrutura da família contemporânea, fortemente influenciada pelas mutações sociais, onde se valoriza a autonomia e a multiplicação social, na maior parte das famílias de origem das nossas entrevistadas o contexto em que cresceram não permitiu a proliferação destas componentes. Manifestam sentimentos de medo, incompreensão, falta de afecto, carinho e diálogo, conduzindo ao desenvolvimento de sentimentos de solidão, desamparo e tristeza. Descrevem ambientes hostis e austeros donde emerge o alcoolismo e a doença mental. O que mais uma vez remete para alguns dos factores determinantes da depressão, ou seja, história familiar de doença e vivências infantis traumáticas que ocorrem a maior parte das vezes durante o experienciado com a família de origem na fase da infância e que se prolonga pela adolescência incapacitando a pessoa para estabelecer e manter relações afectivas satisfatórias (J. Bowlby, 1985)

4.5.2. Idealização e construção da família nuclear

Na cultura ocidental o casamento constitui por excelência o sistema jurídico conjugal e familiar (M.E. Leandro, 2001:177). As nossas entrevistadas não fugiram à regra e todas elas, com excepção de uma que é solteira, constituíram família própria. Onze ainda a conservam, duas estão divorciadas e uma separada.

A faixa etária com que casaram situa-se maioritariamente na casa dos vinte. A mais nova casou com 18 e a mais velha com 26, o que se enquadra nos padrões normativos da época, tal como explica a seguinte entrevistada: *“Casei com 26 anos, não foi muito nova mas foi a tempo, nem devia ter casado, nunca me puxou para casar, a sociedade empurra um pouco as pessoas para o casamento. Vivía com a minha mãe, depois já namorava há 6 anos e as pessoas diziam já namoram há tanto tempo...não me puxava, eu queria ter ficado com a minha mãe”* (M., 53 anos, separada).

Todas desempenham o papel de mãe, excepto duas entrevistadas. Uma expressa alguma tristeza e pesar em relação a este facto: “ *Eu gostava de ter um filho. Eu gostava se pudesse até de adoptar uma criança...mas não dá, a mim, Deus não me quis dar*” (M., 37 anos, casada). O assumir deste papel é bastante valorizado e gratificante, sendo em todos os casos o que mais as prende à família, como se pode constatar nas seguintes declarações: “ *(...) o carinho que as minhas filhas me dão, o do marido não chega*” (M., 50 anos, casada).

“ *Dantes era a minha mãe e os meus filhos, agora são os meus filhos*” (M., 55 anos, casada).

“ *As minhas filhas são o mais importante, o meu marido é muito atencioso comigo mas sei lá já não há aquela paixão...*” (M., 45 anos, casada).

“ *Eu gosto muito que eles estejam comigo, que venham jantar com a mãe, qualquer dia é um bom dia para juntar a família. O mais da família são eles*” (M., 52 anos, casada). Estes sentimentos vão ao encontro do estudo de P. Lalande (2000) onde conclui que o papel de mãe e a relação com os filhos são domínios de grande satisfação e realização na vida e na construção da identidade feminina.

Apenas duas entrevistadas não expressam estes sentimentos pelos filhos. Uma assim o justifica: “ *...fiz tudo pelos filhos, até o casamento sacrifiquei, fiz tudo, acho que não estou a ter a retribuição, mas não é pelas minhas filhas mas sim pelos genros*” (M., 53 anos, casada).

Quando se aborda o sentir de cada uma das entrevistadas dentro da sua própria família, nota-se em alguns discursos conformismo relativamente à relação com o cônjuge assinalando sentimentos de falta de afecto, compreensão e ciúmes: “ *O meu marido trabalha há 3 anos em Barcelona e ainda bem porque estávamos numa fase menos boa, Deus escreve direito por linhas tortas. Sinto-me conformada, feliz é difícil, não sei bem o que é felicidade nunca o senti, falta-me amor, falta muito, eu tenho muito a dar. Queria que eles tivessem quietinhos, que não me chateassem, falta muito amor, carinho, uma festa, até a minha filha ficou diferente desde que a minha mãe veio para minha casa, transformou-a, deu-lhe outra educação, que não a minha, ela faz o que quer...tudo o que eu tenho ela agarra*” (M., 56 anos, casada).

“ *Dou-me bem...quer dizer as filhas são o mais importante para mim, o marido é mas sou franca não sei, estamos casados à 28 anos as coisas estão um bocadinho estremecidas, ele é meu amigo...mas é derivado ao seu feitio ele é muito parado, depois devido ao meu problema psicológico tenho uma disfunção sexual, quer dizer nesse acto*

eu não participo e ele ultimamente amua, é teimoso, mas o corpo é meu” (M., 45 anos, casada).

“O relacionamento com o marido neste momento é bom, já foi mau, porque como ele diz sou uma mãe galinha. Mas não há aquele carinho é o feitiço dele não vale a pena...eu sei que ela está próximo de mim e essas coisas todas mas...” (M., 52 anos, casada).

“O meu marido era demasiado possessivo, ciumento, fechava-me em casa e isso durante algum tempo” (M., 53 anos, casada).

Quatro entrevistadas manifestam uma vida conjugal satisfatória onde sentem que os maridos as apoiam especialmente no processo de doença, e que se dão bem com os seus familiares: *“ Sonhamos sempre, termos o nosso príncipe em cavalo branco. Depois da vida que levei que tive oportunidade de casar rica e não quis porque eu era romântica e tinha que ter o meu príncipe, alto, olhos azuis ou verdes. Foi o que aconteceu, e que soubesse cantar. Eu tenho um casamento feliz já vou fazer 33 anos, também tenho filhos muito bons” (M., 54 anos, casada).*

“O meu marido é uma pessoa excepcional, que sempre me compreendeu, sempre me acompanhou, acarinhou, sempre aceitou a minha família, nunca pôs entraves a nada. Agora temos uns problemas mas tudo passa” (M., 59 anos, casada).

“ Sou feliz com o marido, sinto-me bem com ele é uma pessoa excepcional, dá-se bem como o meu pai e com a minha mãe” (M., 37 anos, casada).

No que diz respeito aos motivos pelos quais três das nossas entrevistadas tiveram rupturas conjugais, estes são remetidos para contextos de violência, falta de liberdade e desvalorização pessoal: *“ O meu marido era violento e adúltero, nós tivemos muitas discussões mesmo em namorados. Pelos meus pais eu não devia ter casado com ele...tenho cicatrizes pois numa das discussões ele atirou-me um copo. Eu acho que casei para sair de casa, não podia fazer coisa nenhuma, não podia ir a lado nenhum, a minha irmã podia, era mais nova e não tinha namorado. Fui eu que pus um ponto final na relação, a filha meteu-se no meio e apanhou também” (M., 60 anos, divorciada).*

“ Quando casei senti o peso da responsabilidade e pensei que seria para toda a vida. Eu era bastante nova. Às vezes sou bastante revoltada com isso, o meu marido não soube ser um homem em condições para mim, agora casou outra vez e tem a vida dele. Para mim é muito difícil. São sempre os meus filhos que me chamam à atenção «mãe esquece...» mas eles continuam a conviver com ele... Sinto-me feliz por ter os

meus filhos e o meu netinho. A outro nível sinto-me muito sozinha.” (M., 50 anos, divorciada); *“Deu-me assim uma coisa na minha cabeça e disse-lhe a ela, vou lutar por mim, agora não tenho quem me diga o que fazer e tive uma conversa com os meus filhos.”* (M., 55 anos, separada). É de assinalar que nenhuma destas mulheres recompôs a sua vida afectiva.

Quando questionadas sobre o que poderá faltar à sua família, duas das entrevistadas consideram que elas são o principal motivo da lacuna: *“Não sei... talvez o que faça falta é a mim, vontade de viver”* (M., 50 anos, casada).

“A falta... (pausa), eu era muito alegre... a minha mãe costuma dizer «onde está a (nome da entrevistada) que eu conheci outrora?»” (M., 37 anos, casada).

Outras alegam a falta de diálogo entre os elementos da família, a falta de carinho por parte do cônjuge, alguma autonomia económica para não dependerem dos filhos e outra não tem opinião.

Nesta sequência de relatos é notória a importância dada aos laços filiais como algo irrevogável e incondicional, que prevalece, ao contrário do laço conjugal que pode ser frágil e até mesmo quebrar, tal como um contrato. Por outro lado, as nossas entrevistadas sentiram na relação com o cônjuge, opressão, desvalorização, agressão física e excesso de responsabilidade com o despontar da vida familiar. Estes sentimentos vão na linha de pensamento de F. De Singly (2000) quando afirma que nas mulheres os laços conjugais muitas vezes não permitem o desenvolvimento do seu “eu” pois estas sentem em demasia o peso das obrigações e das responsabilidades de cuidar dos filhos e dos maridos. O que também reforça o divulgado por alguns estudos de que o casamento representa um elemento protector para a saúde dos homens, enquanto que, para as mulheres casadas representa um factor de acréscimo à probabilidade da doença mental pelo aumento do número de papéis sociais e respectivas funções (K. Messing, J. Stellman, 1982).

Porém, e apesar dos sentimentos de insatisfação, de possessão, do conformismo e da violência, a instituição casamento, contra todas as adversidades, ainda prevalece junto das nossas entrevistadas como um laço de união e de confiança.

4.6. ACTIVIDADE PROFISSIONAL

4.6.1. Percurso profissional

A entrada para o mundo do trabalho representa um marco importante na vida de qualquer indivíduo. O trabalho não é unicamente um factor de produção indispensável ao funcionamento da identidade individual é também um meio unânime de reconhecimento da sua integração na vida social. (V. De Gaulejac, 1994:101)

Permite desenvolver sentimentos de autonomia, de valorização, de gratificação, de auto-estima, bem como independência económica, acesso a bens e serviços, desenvolvimento de relações sociais e crescimento intelectual.

Neste campo, todas as entrevistadas, com a excepção de uma, desenvolveram actividade profissional iniciaram-na em idades distintas, sendo a mais precoce com 10 anos, e as restantes entre os 13 e os 21 anos de idade. Os motivos para o início da actividade foram vários: para uma foi a conclusão do curso, quatro pela experiência escolar pouco gratificante, cinco pela necessidade de ajudarem tanto a família de origem como posteriormente a família nuclear, três por imposição familiar através do trabalho agrícola e uma simplesmente manifestou vontade de começar a trabalhar.

No que diz respeito à estabilidade profissional apenas uma entrevistada manteve a mesma profissão durante todo o seu trajecto. As restantes tiveram mais do que um emprego embora quatro delas tivessem mantido o último emprego durante vários anos tendo mesmo dele constituído carreira. As profissões desenvolvidas pelas nossas entrevistadas são na sua maioria aquelas que estão associadas ao estereótipo feminino, ou seja, comércio e serviços, secretariado, ensino, operária fabril, limpezas, prestação de cuidados a outros.

Todas as entrevistadas consideraram o facto de terem trabalhado como algo importante e gratificante na sua vida. Todavia têm diferentes perspectivas sobre o impacto e os ganhos que retiraram da sua vida profissional. A maioria considera extremamente positivo e enriquecedor trabalhar, como podemos constatar: *“Eu gostava do que fazia, em qualquer trabalho. Era importante trabalhar porque eu gosto de conviver com as pessoas. Só convivia com as pessoas durante o trabalho”* (M., 53 anos, casada).

“Sentia-me realizada, gosto do que faço, as coisas complicadas ficavam para mim, o dinheiro claro... ganho mais ou menos, é um vencimento bom...” (M., 50 anos, casada).

“ O trabalho é muito importante, desenvolve as capacidades” (M., 56 anos, casada).

“ Eu gostei sempre muito de trabalhar. O trabalho acrescentava-me, porque eu estava sempre a criar coisas minhas. O que eu gostava mesmo de fazer, o que eu quis sempre ser era pediatra” (M., 54 anos, casada).

Três entrevistadas expressam sentimentos de frustração, de insatisfação perante a condição de trabalho, associando pontualmente ao início da sua doença como por exemplo: *“Fui para outra fábrica... foi donde veio esta depressão, foi totalmente diferente...é importante, mas não tenho forças”* (M., 37 anos, casada).

“ Nunca fiz o que gostava, por isso tirei o curso de química, que deu equivalência ao 12ºano. Gosto de análises (analítica), mas depois decidi casar e tive o 1º filho. No café era muito stress. Mas não consigo trabalhar por dinheiro” (M., 55 anos, casada). É uma entrevistada que expressa grande tristeza por nunca ter exercido uma profissão: *“Eu queria ser professora do ensino superior ou psicóloga. Gostava, era a minha ambição... Aconteceu que pronto. Lá está tinha a 4ª classe, como era míope...cheguei até às 24 dioptrias. Tinha sempre aquela mágoa de não seguir os estudos, mas não houve iniciativa de ninguém para eu prosseguir os estudos. Foi uma coisa que me afectou até aos dias de hoje”* (M., 45 anos, casada). Estas condicionantes poderão ter contribuído para o potenciar da patologia depressiva, uma vez que ao nível da formação da identidade falharam duas características fundamentais que são: a necessidade de valorização e a identificação a um grupo. Ambas desenvolvidas pela inclusão laboral, tão importante nos tempos modernos.

Assim, a actual situação profissional das nossas entrevistadas é a seguinte: cinco encontram-se de baixa médica, cinco estão reformadas, quatro estão desempregadas e apenas uma trabalha. Os motivos apontados para esta precariedade são problemas de saúde, nomeadamente doenças oncológicas e fibromialgia; ambiente de trabalho conflituoso; abandono da actividade profissional após o nascimento dos filhos; e despedimento.

V. De Gaulejac (1994) aponta as transformações do mundo do trabalho contemporâneo como algo que fragiliza os laços sociais. A própria noção de trabalho tem-se alterado, o que dantes era considerado penoso e um simples meio de

sobrevivência, agora dá satisfação, auto-realização, protagonismo, uma vez que toda a sociedade está organizada em função daquilo que produzem e como o produzem. O facto de praticamente todas as nossas entrevistadas estarem sem actividade profissional conduz a uma ruptura de confiança do indivíduo em si mesmo e nos sistemas abstractos, que aprisionam os indivíduos em estruturas rotineiras desvalorizantes e degradantes. Ou seja, impõe a criação de uma nova identidade no indivíduo associada ao insucesso e à perda, reflectindo-se nas relações familiares e sociais, que ficam mais frágeis e com menos confiança (N. Burnay, 2006).

4.6.2. Conjugação entre a vida familiar e a actividade profissional

A integração da mulher no mercado de emprego e as trajectórias femininas que daí decorrem constitui um dos factores sociais mais importantes das últimas décadas (M.E. Leandro, 2001:199). Permite à mulher ganhar mais autonomia individual, familiar e social. Todavia, significou um acréscimo de funções e de responsabilidades, uma vez que continua a ser exigido ao elemento feminino a gestão e o desempenho das tarefas domésticas e os cuidados com os filhos e restantes familiares.

Nesta trilha quisemos saber como foi gerida pelas nossas entrevistadas a conjugação entre a vida familiar e a actividade profissional e se esta influenciou a primeira. Quatro das entrevistadas apontam os ciúmes dos cônjuges como impedimento no investimento da carreira profissional e no relacionamento com os colegas. Uma entrevistada relata uma situação extrema deste tipo de comportamento: *“O meu marido como era muito possessivo, ciumento...estava de meia em meia hora a telefonar... Ele ia-me levar de manhã, ia-me buscar para almoçar, deixava-me ficar e depois ia-me buscar. ...Saímos do almoço, ele passa pelo Hospital de S. João e não pára.....Ele disse que se tinha acabado o trabalho. Não ia mais trabalhar. E eu era muito infantil, muito infantil, toda contente, porreiro, vou ficar em casa, não tenho mais que ir trabalhar. Aceitei perfeitamente. Se fosse hoje não ficava, mas hoje é diferente”* (M., 53 anos, casada). Outra expõe a mesma vivência mas com um desfecho diferente: *“Agora começo a perceber que sim, o trabalho interferia com a vida familiar. Porque o meu marido não é pessoa de falar muito, nem de mostrar, mas eu acho que ele sentia certas coisas como ciúmes. O sair com os colegas, eles irem-me levar a casa...ele andava zangado e eu não percebia por que era. Ao fim de algum tempo descobri mas continuei a trabalhar e fiz de conta que não ligava.”*; (M., 52 anos, casada). Nestes dois relatos

emergem as dificuldades sentidas por ambos os cônjuges em gerirem a independência das mulheres a nível profissional reagindo com comportamentos agressivos.

Duas entrevistadas referem que a vida profissional interferiu na vida família, uma por trazer trabalho para casa (contudo na prática a gestão doméstica ficava assegurada pois só se dedicava ao trabalho após a realização dessas tarefas) e outra assinala em específico o período em que leccionou numa instituição prisional como o mais problemático a nível da gestão familiar.

Outras duas afirmam que o trabalho nunca influenciou a sua vida familiar:

“ *O trabalho nunca influenciou a família... eu andava satisfeita* ” (M., 68 anos, casada).

“ *O trabalho nunca interferiu na vida familiar...* ” (M., 51 anos, casada).

Algumas entrevistadas não assinalaram nada de muito significativo neste item, o que pode levar a concluir que não ocorreram interferências. Por outro lado, algumas quando constituíram a sua própria família ou com o nascimento do primeiro levou ao abandono da vida profissional, o que numa delas deixou este pesar: “ *Conheci o meu marido na escola com 20 anos e casei aos 21, depois deixei de trabalhar e de estudar, foi uma grande asneira que fiz* ” (M., 54 anos, casada).

Neste campo de análise pode-se apurar que entre a carreira profissional e a vida familiar a escolha recaiu sempre na segunda, tanto por imposição do cônjuge como pelo sentir do peso da responsabilidade de cuidar da família, nomeadamente dos filhos. Quando tinham excesso de trabalho este era sempre cumprido para além do tempo dedicado às tarefas domésticas. Sugerindo a intitulada “dupla jornada de trabalho” em que existe uma sobrecarga física e mental para as mulheres, que muitas vezes, mesmo não estando em casa têm que planear e organizar toda a gestão doméstica (M.E.Leandro, 2001).

Transparece nos seus discursos algum conformismo e arrependimento por terem abandonado as suas carreiras, posição que actualmente não tomavam. O que pode levar a supor que tiveram dificuldades em gerir que F. De Singly (2000:41) intitula de ideal social do eu feminino, ou seja, mulheres que não devem ser nem solteiras «carreiristas» nem «donas de casa».

Alguns estudos (Brown e Harris, 1978; Cochrane e Stopes-Roe, 1981; Parry e Shapiro, 1986) revelam que o emprego é protector da depressão tanto para os homens como para as mulheres e que no caso de mulheres da classe trabalhadora, trabalhar fora de casa está menos associado à depressão.

4.6.3. Relações sociais no trabalho

O contexto de trabalho permite estabelecer e criar novas relações sociais, tanto com colegas como com superiores hierárquicos, representando uma dimensão fundamental na vida de qualquer pessoa.

Das quinze entrevistadas, onze referem que sempre tiveram bom relacionamento de trabalho com os colegas e com os chefes e que este contacto era importante e gratificante e em alguns casos estendia-se para fora do horário de trabalho: *“Sempre me dei bem, o meu superior era uma pessoa diferente...ainda vou almoçar com o pessoal antigo”* (M., 50 anos, casada).

“O contacto com os colegas de trabalho era bom, convivíamos fora do trabalho. Dava-me bem com os chefes, excepto nos vinhos” (M., 56 anos, casada).

“Como patroa havia boa camaradagem, era um grupo que trabalhava. Ainda me dou com duas que lá trabalhavam” (M., 62 anos, solteira).

“Sempre gostei daquilo que fazia, portanto, gostava de conviver com as pessoas. Sentia-me realizada, sempre foi o relacionamento com os colegas e com os chefes. Fazíamos alguns passeios fora do horário de trabalho” (M., 52 anos, casada).

Uma teve sempre empregos em que trabalhava sozinha pelo que o relacionamento com outros era escasso e outra nunca trabalhou.

Apenas duas entrevistadas relataram episódios de maior conflito e de difícil gestão com os colegas de trabalho: *“Cheguei a ir trabalhar aos domingos, sábados. Gostava de todo o trabalho que fazia, mas não na confecção porque a relação com as colegas era conflituosa, e eu não queria ferir ninguém. Tinha medo, nunca me impunha. Nunca gostei de mandar. No armazém era chefe, eram todos educados”* (M., 50 anos, divorciada).

“As colegas que eu pensava que eram amigas deixaram de ser. Recebi uma carta em casa a dizer que queriam despedir-me com um processo disciplinar. Tudo do que me acusavam era mentira. Nos anos seguintes estive em Lousada. Depois no Marco, mas não me dei bem com as colegas. Houve conflito com um aluno...Esse trabalho foi muito trabalhoso e desgastante. Como tinha mau ambiente comecei a não querer ir trabalhar. Acordava a chorar... No ano seguinte vim-me embora, foi um alívio. Acabei em Resende...gostei muito de lá estar. Aquilo é um lugar único, é uma maravilha” (M., 60 anos, divorciada).

Neste ponto de análise pode-se afirmar que o contexto de trabalho e as relações sociais que daí advêm podem ser, por um lado promotoras de suporte social e de convívio prazeroso, e por outro, potenciadoras de conflitos. O que no caso da nossa amostra o facto de actualmente não exercerem qualquer actividade profissional conduz a uma perda significativa de suporte social e de inclusão social bem como sentimentos de valorização e realização.

4.7. FÉRIAS E TEMPO DE LAZER

Os momentos de lazer e de recreação são cruciais na vida dos seres humanos. Assim quisemos saber como as nossas entrevistadas viveram estas dimensões de vida, tanto com a família de origem como com a família nuclear.

No que diz respeito aos períodos de férias com a família de origem, constatou-se que apenas uma das entrevistadas descreve essa vivência: “*Íamos para a aldeia...para a praia... para fora do Porto com a mãe e os irmãos*” (M., 60 anos, divorciada). A isto não será imune o facto de ser esta a entrevistada que apresentava um estrato social mais alto no seio da sua família de origem. Sendo nas restantes uma prática inexistente.

Quanto aos períodos de férias que desfrutaram com a família nuclear onze das entrevistadas referem que essas práticas eram mais habituais quando os filhos eram pequenos. Excepto uma que recorda uma ida a França para um casamento e oito dias que passou em Palma de Maiorca com uma prima.

Uma das entrevistadas menciona que: “*não tirava férias em família...*” (M., 56 anos, casada), e duas dedicavam esses momentos a tratar da casa e dos filhos sem planearem nada em concreto.

A maior parte das nossas entrevistadas reconhecem que os tempos que tinham disponíveis para o lazer sempre foram escassos, especialmente quando os filhos eram mais pequenos. Tomando o exemplo de uma entrevistada que assim esclarece: “*... ficávamos mais por casa... a vida era ocupada com os filhos. Tinha um grupo de amigos quando era nova, mas com os filhos comecei-me a afastar e a viver só para eles...*” (M., 52 anos, casada). Outras entrevistadas não tinham hábitos de lazer, porque não disponham de tempo livre entre as tarefas domésticas e as profissionais.

As restantes de uma maneira geral disponham de algum tempo para o lazer que era repartido por algumas actividades realizadas dentro e fora de casa. Em casa as

actividades eram do foro manual nomeadamente croché, costura e malha, quase sempre com o objectivo de confeccionar roupa para os filhos. Outras actividades apontadas foram: jogos de mesa, remodelar a casa e pintar.

O lazer realizado fora de casa foi referido por cinco entrevistadas. Este era constituído por passeios à beira mar, passeios religiosos, reuniões familiares e idas ao cinema.

O relato pelas entrevistadas vai ao encontro das práticas sociais adoptadas pela maioria das mulheres quando constituem família, ou seja, dedicam-se às famílias em particular aos filhos especialmente quando estes são pequenos e necessitam de maiores cuidados, deixando sempre o lazer para segundo plano, preenchendo os tempos livres com tarefas domésticas e familiares em prol de todos. As experiências destas mulheres ainda se coadunam com padrões de ocupação em que têm que conciliar o trabalho com as obrigações familiares deixando pouco tempo para actividades de lazer.

Actualmente algumas das entrevistadas consideram que têm mais tempo livre, pois os filhos já são adolescentes ou adultos, e não necessitam tanto dos seus cuidados, ou então porque já estão reformadas. Assim estruturam e desempenham algumas actividades de lazer, exemplo da seguinte entrevistada que refere: “*Gosto muito de andar a pé...faço estas actividades mais agora, porque tenho mais tempo...*”(M., 55 anos, separada), uma outra ainda recentemente fez um passeio a Fátima, outra costuma ir mais frequentemente à aldeia e por fim uma dedica-se à pintura. As restantes reconhecem que têm dificuldade em reestruturar os seus tempos de lazer e identificam as suas actividades de lazer, aquelas que frequentam no Serviço de Reabilitação Psicossocial onde se sentem bastante integradas, apesar deste tipo de lazer ser sujeito a supervisão e orientação por parte de pessoal especializado. Aparentemente o período pós doença, para algumas entrevistadas revela ser pouco fértil em termos de actividades de lazer, estas são reduzidas e desagregadas, fruto de alguma sintomatologia (avolição, diminuição de energia, isolamento social, embotamento afectivo, etc) mas também de desorganização, de falta de recursos económicos e de padrões de rotina.

O estudo de F. Breslin et al. (2006), que relaciona as diferenças de género, aos sintomas depressivos e às actividades de lazer comenta que nesta correlação as mulheres são mais prejudicadas do que nos homens. Uma das explicações possíveis remete para o tipo de actividades que cada classe desenvolve, os homens dedicam-se a actividades fora de casa como por exemplo, praticar desporto, frequentar eventos, e menos tempo a visitar amigos e familiares como as mulheres. Desenvolvendo um maior número de

relações sociais e de oportunidades para conviver enquanto se dedicam a este tipo de actividades de lazer do que as mulheres que se dedicam a actividades menos promotoras de interacção social.

CAPÍTULO V

MULHERES COM DEPRESSÃO

“Dar a cada emoção uma personalidade, a cada estado de alma uma alma.”

Bernardo Soares



Imagem 6: Peça elaborada no atelier de cerâmica do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos

5.1. CONCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PESSOAL

Na questão de auto-avaliação sobre como cada entrevistada sentia o seu estado de saúde ao longo da vida, apenas quatro referiram a doença psiquiátrica como causa principal do seu estado de doença. Em todas as outras subsistiu uma tendência clara para associar estado de saúde à vertente física, o que não deixa de ser curioso na medida em que todas as entrevistadas frequentam um serviço de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Esta propensão poderá estar relacionada com o estigma social. Segundo Pescosolido et al. (2000) citado por Pyne et al. (2004) a associação entre estigma e doença mental não tem sofrido alterações nos últimos 50 anos, apesar dos investimentos que se tem realizado ao nível da sensibilização das comunidades, os doentes mentais continuam a sentirem-se segregados e com sentimentos desvalorizantes, o que dificulta a aceitação da doença, o início e continuidade do tratamento. Também W. Sword et al. (2008) identificam a presença de estigma como um dos factores que dificulta o despiste precoce da depressão. Na perspectiva psicanalítica de J. Bowlby (1985) é comum haver uma desconexão relativamente à situação que provocou a depressão.

Assim algumas das inquiridas apontam o início das suas complicações de saúde aos tempos de infância tais como: *“Sempre fui muito fraca. Já na escola primária tinha dores da cabeça”* (M., 50 anos, casada).

“Era míope, aos 5 anos parti a clavícula. Os ossos, o pescoço, a coluna, de manhã as mãos estão adormecidas...osteoporose. Aos 19 anos, sentia medo para ir trabalhar, de andar de bicicleta, a minha irmã tinha que me ir levar, se via um pássaro assustava-me, tinha fobias” (M., 56 anos, casada).

Três associam a doença após o nascimento dos filhos: *“Não tenho grandes problemas. O que tenho são artroses, quando tive o meu filho fiquei a sofrer da coluna. Tenho uma hérnia e varizes. A cabeça, ora bem; eu olhando para alguns que estão aqui, eu não estou tão mal é... aquelas tristezas que às vezes sinto e quando estou mais em baixo penso em morrer”* (M., 68 anos, casada).

Outras abordam especificamente doenças do foro orgânico (cancro, lúpus, insuficiência renal, problemas de visão) e complicações que daí advieram: *“ Tirei tudo. Há também uma coisa que mexeu muito comigo, que fui deixar de ter relações sexuais, eu não tenho necessidade mas gostava de ter, o marido não procura mas eu acho que foi pela operação...aquela mentalidade retrógrada”* (M., 53 anos, casada).

“Sou uma pessoa que tem vários problemas, em termos de visão piorei...o olho que ainda tem 20% de visão começou a ter muitas luzes, cheguei ao ponto de chorar com as dores... fui operada, a minha cirurgia correu mal” (M., 45 anos, casada).

Quatro entrevistadas abordam directamente a questão da depressão, no entanto os conteúdos dos seus discursos são diferentes, como pudemos observar nas seguintes declarações: *“Apanhei um esgotamento, e comecei a ter problemas de nervos...”* (M., 54 anos, casada).

“Ando a tratar uma depressão desde há bastantes anos atrás” (M., 52 anos, casada).

“Já ando a ser seguida em psiquiatria desde muito cedo. Tive várias tentativas de suicídio com medicação. Era internada...Já não tenho tiróide. Já não tenho parte do estômago. Já fui operada aos dois ombros. Já fui operada a um fibroma. Já fiz uma cesariana. Tenho muitas anestésias, incontinência, fui operada ao apêndice...” (M., 59 anos, casada).

“ Já há muito tempo, há uns anos atrás eu sentia-me muito em baixo, a não dar conta do recado. Tomava anti-depressivos... casos amorosos complicados, falta de dinheiro, mau ambiente de trabalho, sozinha a educar os filhos, e não tinha apoio” (M., 60 anos, divorciada). Estas diferenças nos conteúdos e formas dos discursos subentendem níveis diferentes de escolarização e de conhecimento relativamente à doença e sobretudo na capacidade que cada uma destas mulheres tem para interpretar a sua experiência com a doença. Noutro ponto de vista estas dificuldades de expressão e de compreensão podem estar relacionadas com tabus familiares e sociais, vergonha ou medo, aspectos estes já salientados no estudo de Brown e Harris (1978). Ressaltando a necessidade da promoção e esclarecimento da doença mental junto da opinião pública, uma vez que ainda existe uma conexão bastante negativa.

5.2. INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO E FACTORES DETERMINANTES

A procura da especialidade psiquiátrica foi precipitada e reconhecida pelas nossas entrevistadas à luz de diferentes perspectivas. De uma maneira geral relacionam ao aparecimento de sintomatologia própria da doença (dores de cabeça, tristeza, vontade

de morrer, perda de apetite) e a alguns acontecimentos de vida por exemplo: *“Recorri ao psiquiatra quando deixei de dormir, tinha a cabeça pesada, não sabia onde estava. A minha mãe foi uma lutadora... Quando adoeceu custou-me muito”* (M., 50 anos, casada).

“A cortisona mexe com o Sistema Nervoso Central, diagnosticaram-me como bipolar, o que não é verdade. Lembro-me de ter depressões desde 1973, desde muito nova” (M., 56 anos, casada).

“Aquelas tristezas que às vezes ainda sinto e quando estou mais em baixo penso em morrer. Já lá vão 30 anos e ainda está presente... foi uma traição, nós éramos tão amigas...” (M., 68 anos, casada).

“Adoeci aos 19 anos. Sentia medo de ir trabalhar, de andar de bicicleta. A minha irmã tinha que me ir levar. Se via um pássaro assustava-me. Tinha fobias. Também Por causa do meu pai... depois estive internada em França, a minha irmã também é acompanhada aqui” (M., 56 anos, casada).

“Já ando a ser seguida em psiquiatria desde muito cedo, stressava, discutia em casa, fechava-me em casa, não queria ver ninguém, deixava de comer, deitava-me, fechava as persianas e estava assim 2/3 dias. Tinha uns 20 e tal anos” (M., 59 anos, casada).

“Eu já andava em psiquiatria...rejeitava a medicação... Batia com a cabeça na parede mas não me magoava. Tinha esses comportamentos” (M., 53 anos, casada).

Em alguns casos a procura da especialidade veio após o despoletar de doenças de componente orgânico: *“Tive cancro. Não tive muito acompanhamento neste problema de saúde. Só do meu marido e da minha filha. Não tive amigos que me visitassem”* (M., 51 anos, casada).

“ Devido ao meu problema renal, não dormia, não descansava, não conseguia...” (M., 62 anos, solteira).

Noutros os próprios eventos de vida stressantes ou traumáticos são reconhecidos como desencadeantes da doença tais como: *“No café eu é que tratava das contas. Então... acho que foi ali o stress”* (M., 55 anos, separada).

“Sempre fui um bocadinho assim mas sempre lutei. Quando fui despedida só chorava, não aguentava o trabalho, também tive o divórcio, tinha mudado de casa, fiquei assim, não conseguia resolver os problemas. Sabia que precisava de ajuda, já tinha tentado várias vezes... Não sou muito apegada à vida. Foi tudo, foi a perda, a separação é sempre uma perda ” (M., 50 anos, divorciada).

“Apanhei um esgotamento e comecei a ter problemas de nervos quando percebi que a minha sócia da tabacaria não era quem eu pensava” (M., 54 anos, casada).

“Já era seguida no médico de família há muitos anos por depressão, mas depois o meu filho enamorou-se por uma sobrinha que era casada e foi um grande problema” (M., 53 anos, casada).

“Foi a morte do meu tio, da minha avó, outra coisa que ainda hoje não encaro foi em 88 a morte da minha tia” (M., 37 anos, casada).

Em suma, podemos afirmar que os factores determinantes da doença psiquiátrica nas nossas entrevistadas são vários desde situações de luto, de divórcio, de conflitos na relação conjugal, de adoecimento de um familiar, doença crónica e oncológica, desemprego, vivências de infância traumatizantes, problemas familiares e relacionamentos de amizade quebrados. Estes dados coincidem com a bibliografia consultada quando apontam que o elevado risco de depressão nas mulheres foca-se na intensidade e na natureza dos *life events* vivenciados e nas exigências associadas aos seus papéis sociais. Bem como na maior vulnerabilidade às respostas biológicas, comportamentais e psicossociais e ao facto de procurarem mais os serviços de saúde, o que aumenta a identificação dos problemas de saúde mental (F. Breslin, 2006).

Também se verificam fragilidades nas solidariedades tradicionais através da ruptura de alguns laços familiares e sociais como por exemplo o falecimento de entes próximos, amizades desfeitas envolvendo sentimentos de traição, perda do emprego. O que reforça o já enfatizado de que as condições familiares e sociais, nomeadamente os comportamentos e atitudes adoptados influenciam a posição e a condição dos indivíduos perante a saúde e a doença.

5.3. ALTERAÇÕES SENTIDAS COM A DOENÇA

Todas as entrevistadas foram peremptórias ao afirmar que o seu dia-a-dia sofreu alterações significativas após a doença. As alterações que expressam reportam-se a diferentes contextos mas os que mais se destacam são os sociais e os familiares, como se pode verificar nas seguintes afirmações: *“Alterou muita coisa, não dormia, andava sempre muito cansada, muito cansada, muito magra- 45kg- não tinha forças para nada, não me apetecia nada, sinto-me assim há 12 anos.”* (M., 50 anos, casada); *Com isto*

tudo não me sentia bem em casa, só chorava, metia-me na cama, não me dava para sair, tinha que ter alguma coisa que me fizesse sair de casa” (M., 51 anos, casada).

“Comecei aos poucos a não ter paciência para as pessoas. Por qualquer coisa chorava. Sim, ainda agora não me apetece sair de casa, de falar com ninguém, muita gente à minha volta faz-me confusão. De manhã sinto-me logo mal do estômago” (M., 55 anos, separada).

“Tomava aqueles comprimidos brancos que era para dormir à noite. De manhã levantava-me, fazia o pequeno-almoço para toda a gente ficar despachadinha. Tornava a tomar as pastilhas e voltava a dormir. À noite eles vinham. Eu fazia a comida, punha-os a comer e tornava-me a enfiar no quarto. E acabei por viver assim no quarto metida mais ou menos seis meses. Durmo muito, fecho-me muito, mas agora com uma agravante é que eu agora não posso fazer as coisas. A operação correu bem (refere-se a uma operação cardíaca) ” (M., 52 anos, casada).

“Na minha vida alterou a minha alegria, eu era uma pessoa muito alegre, mesmo muito alegre. Eu gostava de dançar, cantarolar, andava sempre a mudar os móveis da casa. Desde que comecei com os internamentos acabou. No trabalho reflectia-se já não tinha aquela vontade de estar tanto com os meninos... Socialmente saturei-me em pouco tempo. Noto diferença no meu desempenho do dia-a-dia. Tenho coisas para fazer, coisas para pintar, mas não pinto. Venho vindo a perder o interesse. Cada vez me interessa menos pelas coisas que tenho que fazer em casa” (M., 59 anos, casada).

“Fui internada aqui (HML) em 2004. Desde então nunca mais fiquei a mesma pessoa, eu não dei fé. Quem se apercebeu do meu estado foi a minha filha com quem moro. Eu não dormia, mas era normal, porque via televisão, fazia croché e dormia de manhã. Tinha muitas dores de cabeça. Não sei o que se passou, ficava a olhar para eles e só chorava... não me lembro de nada” (M., 53 anos, casada).

Os sentires expostos vão ao encontro da extensa lista de sintomas associados a esta doença e sobretudo aqueles que são considerados psicossomáticos (dores de cabeça, paralisias, perda de visão, dores musculares, cansaço) e que são característicos deste tipo de psicopatologia e particulares do género feminino. Mas também relatam experiências que manifestam dificuldades no desempenho de actividades de vida diária, na participação social, no desempenho profissional.

A expressividade emocional e a facilidade com que descrevem as suas vivências são uma particularidade da cultura ocidental e um importante factor na elaboração de um diagnóstico correcto.

5.4. RELAÇÕES SOCIAIS

Como já foi compreendido no item anterior o relacionamento social é uma das dimensões da vida da pessoa que é afectada significativamente com a depressão. Assim, moveu-nos o interesse em analisar como as nossas entrevistadas lidaram com a doença e concomitantemente com as relações sociais.

As respostas que obtivemos foram bastante heterogéneas para se conseguir um padrão. As pessoas que seleccionaram para falar da sua doença simbolizam os valores e as crenças que possuem e aquelas que consideravam que podiam ajudá-las.

Assim, uma desabafava preferencialmente com o padre, três com amigas, uma com a cunhada (irmã do marido), três com os profissionais de saúde que as acompanham no hospital. Quatro apontam o cônjuge como elemento de apoio no início da doença e na procura de ajuda especializada. Três entrevistadas esclarecem que não desabafavam com ninguém. Outra faz questão de referir que manteve sempre à vontade para falar sobre a sua doença com várias pessoas: *“Tenho sempre esse à vontade com o marido, as filhas, com os irmãos, com os pais, com as pessoas amigas, nunca escondi nada... mesmo na minha fase de isolamento”* (M., 45 anos, casada).

Relativamente à qualidade das relações sociais durante o período de doença, as nossas entrevistadas têm percepções diferentes no que diz respeito à manutenção destas. Senão vejamos, quatro entrevistadas sentiram que as pessoas mais próximas se afastaram delas: *“Acho que sim, a minha mãe chama-me de doida desde que venho para o HML”* (M., 56 anos, casada).

“As pessoas afastaram-se de mim desde que fiquei mais em baixo” (M., 56 anos, casada).

“A família desapareceu. Perdi os amigos. As pessoas afastaram-se de mim... não sei porquê... Tinha pessoas vizinhas que me diziam, anda até aqui, mas eu não ia não conseguia sair de casa” (M., 51 anos, casada).

Por outro lado, temos três entrevistadas que consideram que foram elas que se afastaram dos contactos sociais: “*Não sei, acho que fui eu que me afastei, a dizer que não queria, que não podia ir...*” (M., 50 anos, casada).

“*Afastei todos os amigos, nunca mais tive convívio...*” (M., 68 anos, casada).

“*Ainda agora não me apetece sair de casa, de falar com ninguém.*” (M., 55 anos, separada).

As restantes não sentiram esse afastamento, nem por parte dos outros nem delas próprias.

O estudo de K. Kenneth et al. (2005) que relaciona o género, o suporte social e o risco para a depressão sugere que as mulheres têm um risco mais elevado de contrair esta doença, na medida em que estas procuram na sua rede social um maior apoio emocional do que os homens, condicionando e aumentando a relação entre a psicopatologia e o suporte social. Ou seja, uma rede social baseada em relações de confiança funciona como elemento protector para a depressão.

5.5. DEPOIS DA DOENÇA

5.5.1. Auto-imagem

Falar da auto-imagem é falar do nosso corpo, do que nos distingue dos outros e o que nos coloca em contacto com eles e com o mundo. A relação das mulheres com o corpo não é algo pacífico. Na sociedade hodierna o corpo é percepcionado como uma máquina que deve funcionar em pleno para corresponder às expectativas individuais e colectivas. Ao corpo da mulher deixou de estar associada unicamente a função reprodutora. É objecto de beleza, de admiração, de simbologia. Neste sentido não será de estranhar as dificuldades que as nossas inquiridas tiveram em responder a esta questão iniciando quase sempre com um “*não sei*”, após um tempo de espera e de reflexão.

Sete das entrevistadas expressaram uma auto-imagem negativa, patentes nestas afirmações: “*Não me vejo ao espelho, achava que tinha a boca grande, o nariz, nunca gostei de mim, não tenho interesse em mim*” (M., 56 anos, casada).

“Em primeiro lugar não gosto de mim... As minhas rugas, eu não gosto de mim... Quando vou ao espelho pentear-me, fico doente. Não estou a encarar bem a minha velhice...Eu estou contra mim, não gosto de mim, tenho defeitos, vejo tudo negativo em mim” (M., 68 anos, casada).

“A imagem... não sei explicar aquilo que sou. Aqui sinto-me acarinhada por todos... Transmito uma imagem não muito saudável ou animada...as pessoas dizem que sou boa pessoa, que gostam de conversar comigo e eu com elas, não tenho nada a dizer de ninguém” (M., 56 anos, casada).

“Não é muito agradável, porque não gosto muito de mim. Estou muito forte, a minha imagem corporal é desagradável. Estou gordíssima, horrível. Era muito magra” (M., 50 anos, divorciada). De acordo com C. Herzlich (2004) é normal nas doenças crónicas haverem alterações na auto-estima pois existe por parte destes doentes uma sensação de “perda do eu (*self*)” especialmente na relação com os outros.

Uma entrevistada revela um registo diferente das outras, apresentando uma auto-imagem mais valorizada: *“Aceito-me. Sinto-me bem comigo própria. Sou uma pessoa simpática, comunicativa, faço amizades com facilidade. As pessoas gostam de mim”* (M., 45 anos, casada).

Outra afirma que este é um assunto com o qual lida bem e que não valoriza: *“Não sei, nem me preocupo com isso. Vivo bem comigo própria. Tento viver comigo própria da melhor maneira, com confiança para mim e para os outros, sem prejudicar ninguém.”* (M., 62 anos, solteira)

Algumas das entrevistadas tiveram dificuldades em responder a esta questão optando por descrever o modo como se relacionam com os outros por exemplo: *“Tento fazer as coisas o melhor que sei. Às vezes acho que faço...Há uma frase do Nietzsche que diz «há sempre qualquer coisa de perverso na bondade» e eu acho que é verdade, porque eu fazia bem aos outros porque estava a precisar de qualquer coisa para mim (isso é perverso), e as pessoas diziam fazes porque queres, aquilo magoava, porque as pessoas não são ingratas, mas ao mesmo tempo têm razão... é isso que eu estou a pensar controlar...”* (M., 55 anos, separada).

“ Era uma pessoa activa, gostava muito do trabalho que fazia ultimamente. Foi o que mais me realizou. Trabalhava com deficientes profundos, tenho imensa pena... Sou pessoa que gosto de me dar bem com toda a gente, não sou de discutir com ninguém... Sou feliz com o meu marido e com a minha filha” (M., 51 anos, casada).

“ De um modo geral acho que sou bem-disposta, aparentemente. As pessoas acham porque eu ando sempre bem-disposta, que não tenho problemas. Eu também não venho chorar para a rua. ...Saio de casa tudo bem, entro em casa vou-me a baixo com aquela confusão. Tenho a necessidade de viver em função dos outros, e não tenho ninguém em função de quem viver” (M., 60 anos, divorciada).

Duas entrevistadas aparentemente encontram-se num processo de aceitação em relação à sua própria imagem: *“Agora já gosto mais de me ver ao espelho. Vejo, talvez um bocado cansada, um bocado velha, gorda. Acho que tento ajudar os outros, ser amiga de toda a gente, ter um bom relacionamento”* (M., 52 anos, casada).

“ Gosto mais de mim. Não gostava de olhar ao espelho. Achava-me gorda, durante muito tempo. Consegui o meu objectivo, consigo controlar-me a comer. O viver em equilíbrio⁴ também ajudou” (M., 53 anos, casada).

As respostas obtidas direccionam-nos para duas componentes do corpo: a física e a sócio-afectiva. Ou seja, algumas das entrevistadas abordaram a sua auto-imagem fazendo referência ao seu corpo como elemento físico e visível perante elas e a sociedade e outras como elemento de interacção social. Os conteúdos da maioria dos discursos revela a importância ao corpo como algo que nos valoriza ou desvaloriza perante os outros. Tal característica é típica da sociedade ocidental moderna, que preza o individualismo acima do colectivo.

5.5.2. Pessoas que admira e em quem confia

As pessoas de confiança normalmente são as seleccionadas para desabafarem em momentos de maior tensão e de crise. Essas pessoas podem pertencer à esfera familiar, religiosa, social ou aos serviços de saúde. No caso da nossa amostra a maioria identifica em quem confia, excepto uma que verbaliza sérias dificuldades em estabelecer laços de confiança e outra que opta por escrever num diário. As restantes, identificam os filhos, os profissionais de saúde, Deus, irmãs, amigas e os cônjuges. Apenas uma outra não reconhece ninguém.

⁴ O viver em equilíbrio é um programa de saúde desenvolvido no SRP que combina sessões de psicoeducação sobre dieta saudável associada à prática de exercício físico.

No que concerne às pessoas que mais admiram mais uma vez, as escolhidas são familiares próximos e pessoas com quem lidam com alguma frequência e com quem têm proximidade por exemplo, os profissionais de saúde, os filhos, as utentes do SRP, etc.

Assim algumas das respostas obtidas foram as seguintes: *“Admiro a minha filha. A coragem que ela tem de estar a criar duas filhas sozinha, com a casa, o emprego, e as dificuldades todas. Admiro pessoas que conseguem tocar assim a vida para a frente. Admiro o meu marido”* (M., 59 anos, casada).

“ Os meus filhos são pessoas muito positivas, não têm nada haver comigo. São simples, positivos, honestos trabalhadores. E tenho o meu amigo” (M., 50 anos, divorciada).

“ Admiro vocês que dão muita ajuda, a médica, a Madalena, as professoras são boas, são óptimas. Fazem-nos arrebitar mas tenho sempre aquela tristeza dentro de mim. Quando venho para o Hospital esqueço-me um bocado” (M., 37 anos, casada).

“ A Ana Maria (utente do SRP) porque falo muito com ela, as professoras, os enfermeiros, a doutora” (M., 56 anos, casada).

“Admirava a minha sogra. Era uma mulher de trabalho, era muito boa pessoa... Marcou-me muito porque era uma pessoa espectacular. E os meus avós. Marcaram-me muito. Nunca os vi discutir. O meu pai também me marcou muito, porque era uma pessoa extraordinária. Muito carinhosa” (M., 52 anos, casada).

Três não identificam ninguém em particular, contudo uma delas faz esta ressalva: *“Há uma senhora que admiro muito mas depois ponho-me a pensar tem cuidado...”* (M., 68 anos, casada). O que vem demonstrar a sua vontade de estabelecer relações de amizade mas fruto de experiência passada traumática nunca mais conseguiu constituir uma relação de amizade.

A família, apesar de ser tida na actualidade como uma instituição em “crise”, continua a representar o contexto mais seguro e de maior confiança em alturas de doença e de inter-ajuda, continuando como estrutura basilar na sociedade.

Os profissionais de saúde constituem, nesta análise, um grupo fundamental no acompanhamento do processo de doença, uma vez que as nossas entrevistadas sentem que podem confiar neles. O contexto hospitalar continua a ser um lugar privilegiado no tratamento de doenças, que transmite segurança e no caso de algumas entrevistadas lugar de proliferação de laços sociais. Por ser uma instituição por excelência, o individualismo, valor moderno da nossa sociedade, encontra-se diluído no colectivo,

talvez por todas estarem neste contexto com um objectivo comum que é, melhorarem a sua condição de saúde.

5.5.3. Natureza das relações sociais após a doença

Atravessar uma fase de doença, em particular uma doença mental, implica alterações profundas nas dinâmicas sociais e familiares. As nossas inquiridas sentiram estas alterações de forma intensa e sofrida. Em alguns casos reflectiu-se de maneira significativa no contacto com os outros, como se pode verificar através dos seus discursos: “ *Não tenho vontade de estar com as pessoas, tenho menos interesse por tudo...* ” (M., 50 anos, casada).

“ *Só saio quando o marido está cá* ” (M., 56 anos, casada).

“ *Tenho momentos em que penso não vir para o hospital e não sair. Há 30 anos que não tenho amigas* ” (M., 68 anos, casada).

“ *Não saio com amigos. Quando tinha essa amiga do trabalho saía, agora não* ” (M., 37 anos, casada).

“ *Sim, sim e de que maneira, a situação de trabalho, por ser uma pessoa doente, sou mais triste...Com o embate que a gente levou, o meu marido anda sempre triste, não há disposição* ” (M., 56 anos, casada).

Uma ainda sente que ainda está numa encruzilhada social apesar de manter convívio com um grupo de amigos ao fim de semana e com uma amiga em particular:

“ *Conversei muito com ela durante a depressão, ela é muito teimosa depois deixei de falar com ela, pois ela contrariava-me e quando uma pessoa está com depressão não gosta de ser contrariada e eu afastei-me um pouco, agora tenho que lá ir mas só vou se tiver um compromisso, sou preguiçosa é um defeito meu* ” (M., 55 anos, separada).

Numa outra perspectiva, algumas entrevistadas consideram que tiveram modificações no seu dia-a-dia mas que a integração no SRP trouxe novas mudanças que acolhem com positivas, assim vejamos: “ *Houve alterações na minha vida após a doença. ...Comecei a arranjar-me para vir para o hospital. Agora se tiver de dizer alguma coisa digo, e quem não gostar, não gosta. É a única diferença que eu noto em mim, com os outros. O guardar tudo para mim faz-me mal, fui muito prejudicada. Se alguém me chateia eu respondo, digo logo o que tenho a dizer. Se há algum problema* ”

falo com o marido, acho que foi a coisa que mudei para melhor. Só tenho uma coisa má que é o matutar nas coisas. Ainda fico com aquele remorso, porque o meu feitio nunca foi esse e agora sinto aquela diferença” (M., 52 anos, casada).

“Sinto-me bem aqui, aqui no serviço. Já estou desde Setembro do ano passado. Tenho amigas para poder ir tomar um cafezinho, mas eu não sou pessoa de ir para um café, canso-me muito. Às vezes vou ter com a minha irmã e vamos lanchar, mas é muito raro. Chateia-me. Como o marido e com os filhos gosto de ir jantar fora, mas se estou muito tempo à espera da comida fico impaciente. As pessoas não se afastaram de mim. Eu, onde há muita confusão, sou eu mais que me afasto, eu isolo-me” (M., 59 anos, casada).

“A vinda para o serviço foi muito boa. Sinto-me muito apoiada. Em casa não me entendem...Sinto-me mal e depois há discussões. Em casa continuo a fazer tudo, quando estou mais doente custa mais, mas faço tudo. Profissionalmente, estou reformada desde ano passado. Tenho consciência que já não consigo” (M., 53 anos, casada).

Somente duas entrevistadas afirmam que as suas relações sociais não sofreram alterações com o processo de doença: *“Não sinto que a doença alterou as minhas relações. Naquela fase o marido viu que eu precisava e aceitou” (M., 45 anos, casada).*

“Não. Gosto de todos. Não tenho problemas com ninguém. Sempre fui assim (...) às vezes gostava de conviver mais um bocadinho, mas tenho medo porque hoje em dia não é fácil. A gente pensa que tem pessoas amigas e depois não tem. A sociedade hoje não é fácil. Agora não há palavra e nem sempre os contratos são cumpridos e respeitados. A doença não me impediu de fazer novas amizades e de manter as mesmas” (M., 62 anos, solteira). Nesta última citação é notória a perda de confiança nos valores da sociedade moderna remetendo as pessoas para um maior isolamento social e para sentimentos desconfiança e medo.

Apesar de todas as entrevistadas terem sentido alterações na sua vida social, a maneira como cada uma relata o que sentiu ou sente, é diferente. Inequívoca é a constatação da perda de capacidades sociais. Que em todos os casos conduziu ao encaminhamento para o SRP com o objectivo clínico de reduzir o isolamento social. O efeito produzido foi positivo, na medida em que estas mulheres encontraram um motivo para saírem de casa, para se arranjarem, para estarem com pessoas amigas.

5.5.4. O que segura a vida

Tendo em conta as trajetórias de vida das nossas entrevistadas, nesta fase tornou-se importante compreender o que é primordial na vida destas mulheres, o que mais valorizam e o que as prende à vida. Praticamente todas apontam como o que de mais valioso possuem na vida, os filhos e/ou os netos: *“A minha filha, tenho muito amor por ela como é lógico, não sei, não tenho assim mais nada, gosto de viver, de sentir que estou viva hoje, apesar das coisas más que me aconteceram, consegui vencer, ultrapassar mas é devido á minha força de vontade”* (M., 56 anos, casada).

“Uma pessoa importante neste momento é a minha neta (que tem 6 anos)” (M., 52 anos, casada).

“Os meus netos são muito importantes. Vou ser avó novamente” (M., 53 anos, casada).

Três consideram que recuperar a saúde ainda é o que as segura à vida e ver os filhos estáveis na vida: *“Não ter estes problemas que tenho. A minha vida foi mais passada em hospitais e doenças, em depressões... Acho que tenho poucos momentos, pouco tempo bom. Não me vejo na velhice ou a morrer de uma doença acho que me vou suicidar”* (M., 59 anos, casada).

“O mais importante é eu ficar boa, ver a minha filha bem, ela fez o curso de tradução e ainda não arranjou trabalho... que tivesse a vida dela organizada, família, filhos” (M., 51 anos, casada).

Duas afirmam: *“Nada é importante.”* (M., 50 anos, casada) e *“É o viver por viver...e o marido”* (M., 37 anos, casada). Outra afirma que não pensa muito no que será o mais importante na sua vida contudo valoriza a vertente monetária pois é importante para pagar as contas.

O que ressalta desta análise são os valores que regem e sustentam a vida destas mulheres. Um valor tradicional a família, e dois valores modernos a procura da saúde e autonomia económica (apontada pela única mulher solteira). Manifesta-se, embora ainda de forma ténue, as mudanças operadas na sociedade moderna em que outros valores se vão sobrepondo. Contudo prevalece em maior escala o bem-estar da família e em especialmente o dos filhos.

5.5.5.O valor do dinheiro

Numa sociedade em que o poder económico dita as regras e as oportunidades, pareceu-nos relevante avaliar a importância que as nossas entrevistadas dão ao dinheiro e o que faziam se pudessem dispor do valor do prémio do euromilhões

Quatro entrevistadas responderam que nunca tinham pensado nesta situação e que o dinheiro não era importante. Contudo fazem algumas projecções sobre como o utilizariam por exemplo: “ *Não é importante. Se saísse o euromilhões era igual, se calhar dava para uma instituição, ajudava quem precisava, talvez a minha família adoro dar presentes*” (M., 56 anos, casada).

“ *Nunca pensei nisso. Se me saísse muito dinheiro, distribuía pela família e então ficava só...*” (M., 68 anos, casada).

“*Não jogo no euromilhões. O dinheiro não é o mais importante... O dinheiro ajuda mas não trás felicidade. Se saísse gostava de ajudar os meninos com quem trabalhava, instituições, pessoas que têm necessidade, que têm necessidade que não conseguem fazer por elas próprias. Fazia mais depressa pelos deficientes e pelos idosos do que pelos drogados*” (M., 51 anos, casada).

“*Não tenho noção nenhuma. Gostava de ajudar algumas associações, este hospital que me ajudou muito, e os meus filhos. Não sei se sou a pessoa certa para sair o euromilhões, porque não sabia o que fazer ao dinheiro. O dinheiro faz falta para o dia-a-dia, para pagar as contas*” (M., 50 anos, divorciada).

Quatro referem que ajudavam os seus familiares (filhos) e que compravam alguns bens materiais para elas e para as suas famílias: “*Se ganhasse o euromilhões ajeitava a minha casa pois chove lá dentro e fazia uma capela, é o meu sonho e ajudava os meus filhos se pudesse... podia sair a 10 ou a 20, não sou muito ambiciosa*” (M., 56 anos, casada).

“ *Primeiro ia dar uma volta, agora estou sozinha, talvez não ficasse com dinheiro nenhum pois tenho a mania de distribuir, ajudava os meus filhos, comprava uma casinha á beira do rio é o meu sonho*” (M., 55 anos, separada).

“*Uma casa dos meus sonhos, com piscina, bem decorada, um carro bom para o marido e para as filhas, casa para filhas. E depois guardava o dinheirinho porque não se sabe o futuro. E ajudava a família*” (M., 45 anos, casada).

Por fim, uma entrevistada diz que não vivia mais a pensar no dinheiro e apenas duas disseram que o dinheiro de que disponham chegava para o seu dia-a-dia e que nem pensavam em tal situação.

O dinheiro não parece ser um factor demasiado importante na vida das nossas entrevistadas, talvez por outro valor mais alto se sobrepor a este que é falta de saúde, tal como refere a seguinte entrevistada: “ *Ajudava quem precisasse. Quando estamos deste lado vemos as coisas doutra maneira. Dinheiro não é felicidade, ajuda muito, ter para o dia-a-dia e prontos, quando me apeteceu ir a Lisboa...* ” (M., 37 anos, casada).

Demonstram sentimentos de altruísmo para com os mais necessitados e fundamentalmente têm como objectivo principal dar maior conforto e segurança financeira aos seus e a elas próprias.

5.5.6. O horizonte do futuro

Quando é solicitado que se projectem no futuro e que pensem como será a sua vida daqui a uns anos, algumas das entrevistas respondem que não pensam nisso, ou então não se conseguem colocar nessa situação: ” *Não me vejo. Passo o dia-a-dia, não faço projectos. Não vale a pena. Agora que me reformei não faço projectos. Não sei quem vai tratar de mim, porque eu é que sou a doente, mas ninguém me liga...* ” (M., 56 anos, casada).

“ *Não penso muito. Penso que vou morrer cedo. Penso na morte desde pequenina. Penso que não chego a ver as minhas filhas com a vida delas organizada. Gostava de ver os meus netinhos...* ” (M., 45 anos, casada).

“*Não penso no futuro. Presentemente vivo o dia-a-dia. Não vale a pena pensar no futuro. Depois das pancadas que a gente leva, o melhor é viver o dia de hoje, e depois esperar pelo amanhã. Tento ser uma pessoa positiva*” (M., 62 anos, solteira).

“ *Não penso muito no dia de amanhã, não me preocupo.* ” (M., 54 anos, casada).

Outras encaram o futuro com pessimismo, com ideação de morte: “*Tenho a ideia de querer acabar comigo*” (M., 50 anos, casada).

“ *Eu penso nisso... penso que com o problema que tenho nos ossos deixo de sair. Não posso andar e penso que nestes anos todos que o meu marido não me ligou, eu é que vou tratar dele... Entristece-me. Queria coragem para deixá-lo, talvez sozinha* ”

fosse mais feliz. Eu sinto dentro de mim muita vontade de viver. Eu faço coisas no teatro que nunca pensei fazer. Mas não tenho possibilidade” (M., 68 anos, casada).

“Negro, porque... a acabar comigo. Não me vejo a morrer de velhice, ou a morrer de uma doença, ou acho que me vou suicidar. Peço muitas vezes a morte. Já pensei mais nas minhas netas do que penso agora. Isso assusta-me” (M., 59 anos, casada).

“ O meu futuro é como as minhas filhas dizem, é um dia de cada vez... agora vem o meu netinho, será que vou morrer, será que vou ver a comunhão da minha netinha que é este ano... Penso muitas vezes na morte” (M., 56 anos, casada).

Algumas entrevistadas verbalizam o que gostariam de sentir e de fazer: *“Gostava de ultrapassar a doença, se eu pensar para a frente posso ultrapassar a doença, com a força de Deus e o meu pensamento, não me enfiar dentro de casa, conviver para não pensar no mesmo, eu quero ir para a frente, venho para aqui sinto-me realizada, sei que a casa está lá e tenho muito tempo para estar lá...” (M., 51 anos, casada).*

“Acho que é a saúde. Era a única coisa que eu necessitava mesmo de ter. E que as pessoas acreditem que eu estou mesmo doente. Às vezes sinto mesmo que os familiares não acreditam” (M., 50 anos, divorciada).

“Penso que vamos ficar velhos, e vou ter sempre os meus filhos ao meu lado quando for necessário. Acho que ele (marido) já se apercebeu que nós vamos viver os 2 sozinhos e temos que nos afeiçoar um ao outro, e está a acontecer” (M., 52 anos, casada).

“Era ter um atelier para fazer a minha cerâmica.” (M., 60 anos, divorciada).

O futuro que as nossas entrevistadas prevêm para elas sustenta-se em dois pólos, um mais pessimista e outro mais optimista. Contudo, prevalece com maior insistência o primeiro através da presença de alguma sintomatologia depressiva como ideação de morte, de pensamentos de ruína e negativismo. O mais optimista está voltado essencialmente para a melhoria da saúde e para a concretização de alguns projectos pessoais.

CONCLUSÃO

Um trabalho de investigação nunca está na realidade terminado. Esta é a sensação que fica quando se chega ao fim, para além da vontade de explorá-lo noutras perspectivas e sentidos. Considerando o tema em estudo *A depressão no feminino: o género e a doença como laboratório de laços sociais*, era nosso objectivo estudar as mudanças familiares e sociais sentidas nas trajectórias de vida de mulheres com depressão face às actuais mutações sociais, e de que forma a natureza dos laços familiares e sociais funciona como factor de protecção da depressão.

O interesse por esta temática prendeu-se com o facto de a depressão ser um assunto actual, de se verificar um aumento significativo de doentes no acesso aos serviços psiquiátricos (realidade da instituição do nosso estudo) e por existir concomitantemente um aumento de mulheres com patologia depressiva a serem encaminhadas para o Serviço de Reabilitação Psicossocial. O que poderá sugerir que a terapêutica medicamentosa por si só, em alguns casos, não será suficiente, havendo necessidade de outras linhas de intervenção; que a doença em si é incapacitante em diversas áreas de vida e que existe necessidade de auxílio na recuperação e na reestruturação dos modos de vida.

Para explorar e analisar estas questões socorremo-nos de um conjunto de técnicas enquadradas na metodologia qualitativa: observação participante, pesquisa bibliográfica e entrevista semi-estruturada. Estas constituíram um percurso que nos permitiu aceder à realidade subjectiva de mulheres que padecem de depressão.

As respostas obtidas foram sujeitas a análise de conteúdo, sendo os resultados apresentados nos capítulos IV e V, que sucintamente passaremos a explicar.

Quanto às trajectórias de vida das mulheres do nosso estudo, estas, de um modo geral, têm uma interpretação negativa destacando-se a privação sócio-afectiva por parte dos progenitores e a rigidez da educação, como factores de lacuna no desenvolvimento das suas identidades nomeadamente nas componentes de auto-confiança e auto-estima.

Não será de desvalorizar o baixo estrato sócio-económico onde a maior parte delas cresceram, bem como os contextos de alcoolismo, trabalho infantil, violência doméstica e monoparentalidade como aspectos preponderantes no provável despoletar de uma depressão, tal como fazem referência as teorias psicanalítica, comportamental e cognitiva na explicação da depressão.

A baixa escolaridade apresentada, fruto da precariedade económica da família de origem ou da falta de motivação por esta vertente, circunscreveu o progresso das capacidades académicas e sociais, subsistindo a sensação de que a escola era mais uma ocupação que tinham de realizar por obrigação e, em alguns casos, colocava em evidência as suas dificuldades de integração e de sentido de competência. Na fase da infância os tempos dedicados ao convívio entre pares eram escassos e quando existiam eram passados na escola. A conjugação entre as actividades escolares, o trabalho rural e as tarefas domésticas eram comuns restringindo a proliferação de relacionamentos interpessoais. O que na perspectiva de Eriksson (1946, 1956) influencia o desenvolvimento da identidade, uma vez que é desta dinâmica entre o eu e os grupos que advém o suporte afectivo e a segurança.

A fase da juventude não fugiu à regra no que concerne à alteração de papéis, acréscimo de responsabilidades e tarefas, tanto na família como no meio social. As experiências descritas fazem referência às primeiras vivências amorosas, ao início da actividade profissional e aos sentimentos de liberdade e divertimento, porém estes não foram notórios na sua globalidade produzindo sensações de isolamento e restrição especialmente para aquelas que residiam em meio urbano. As amizades de infância perderam-se pelo caminho e só muito excepcionalmente uma ou outra foi mantida até à idade adulta. O contracto matrimonial permitiu o afastamento das famílias de origem (que em determinadas situações constituíam vínculos promotores de doença). Verificase uma tentativa de aproximação aos modos de vida da sociedade contemporânea, ou seja, a conjugação entre as exigências domésticas e as profissionais. No que reporta às reminiscências e interacções com a família de origem, mais uma vez as recordações que têm baseiam-se na natureza das relações afectivas, o que vem reforçar a importância destes laços no crescimento, tanto no sentido negativo como positivo.

As situações que envolveram a morte de progenitores foram vividas como acontecimentos que despoletaram stress e nas palavras de uma das mulheres “...*foi a partir daí que comecei a ficar doente*” (M., 50 anos, casada). Fazendo a ponte com o interaccionismo simbólico o stress é percebido sob um ponto de vista *micro*, pois diz-nos a forma como o indivíduo interpreta as situações, e o modo como digere as tensões e conflitos no desempenho de papéis, tarefas e relações interpessoais (M. Quartilho, 2001: 68).

Os tempos dedicados ao convívio com os elementos da sua família de origem são reduzidos e espaçados. Estes eram mais regulares quando ambos os progenitores eram vivos ou quando os filhos eram pequenos.

A instituição casamento continua a ser um dos pilares da sociedade. No que concerne ao género feminino este era um meio de obter mais liberdade e um espaço próprio. Aludindo à época das nossas entrevistadas o que estava destinado às mulheres que entravam na vida adulta era, serem esposas, donas de casa e mães. Mesmo perante situações adversas (violência doméstica, ciúme patológico), salvo três exceções, o contrato matrimonial nunca foi quebrado. A qualidade das relações é maioritariamente insatisfatória e com teor de conformismo. O papel maternal é hipervalorizado pelas nossas entrevistadas. Ser mãe constituiu o papel mais importante e significativo das suas vidas, o que vem confirmar a importância da maternidade na formação da identidade da mulher e no sentido que dão à vida. O futuro dos filhos constituiu uma fonte de preocupação ou de tranquilidade, mediante as situações de vida em que se encontram.

Numa sociedade em que a actividade profissional é um reflexo da identidade de cada indivíduo, é de salientar que à excepção de uma entrevistada todas tiveram experiências profissionais mais ou menos significativas.

As profissões desempenhadas pelas entrevistadas coincidem com as actividades mais comuns entre o género feminino (educação, comércio e serviços, prestação de cuidados a outros). Apesar de o trabalho ser valorizado nos seus discursos bem como as relações sociais que daí advinham, a maioria não manteve empregos duradouros, abandonando-os por imposições familiares (ciúmes dos maridos, nascimento de filhos) ou perante situações laborais que podem ter contribuído para a sua patologia depressiva. Na conjugação entre a vida familiar e a actividade laboral, a primeira teve sempre prioridade perante a segunda. As obrigações domésticas e os cuidados aos filhos pesaram sempre mais no percurso de vida. Quando eram coincidentes, o tempo tinha que ser distribuído e planeado de forma a cobrir todas estas responsabilidades, acarretando um excesso de tarefas e papéis. O facto de não terem constituído uma carreira profissional com significado poderá tê-las privado de estabelecer relações sociais gratificantes e da construção de uma identidade profissional, que permite retirar sentimentos de utilidade, realização e auto-eficácia.

Os períodos dedicados a férias e tempos de lazer, ao longo das suas vidas, foram pouco frequentes. De uma maneira geral o espaço destinado ao lazer era muito reduzido ou quase nulo, o tempo livre era dedicado a cuidar da casa e dos filhos. Actualmente

têm mais tempo para se dedicarem a estas actividades pois os filhos já são adultos. É de assinalar que as actividades de lazer seleccionadas vão ao encontro daquelas que estão mais associadas ao género feminino que são: croché, tricot, pintura, passeios à beira mar. O que vem evidenciar o teor individualista das mesmas e a falta de interacção social.

Resumindo, as trajectórias de vida da nossa amostra colocam a descoberto algumas fragilidades familiares e sociais, fruto do próprio contexto onde cresceram, das oportunidades, e dos recursos que tiveram à sua disposição durante o seu desenvolvimento.

Por outro lado, a época em que a maioria iniciou a sua vida adulta remete para uma transição de valores e de papéis tanto no seio da família como na sociedade. Estas modificações trouxeram uma maior liberdade e um acesso mais facilitado ao mundo do trabalho, que permitiu abrir novos horizontes pessoais e sociais, perspectivando o que M.E. Leandro (2001:133) diz de que *“O indivíduo em si, não é um fim absoluto e abandonado a si próprio e sem laços familiares ou sociais sólidos, arrisca-se a cair na «anomia». Para contrariar esta eventualidade, convém reinventar outros laços sociais que não se restrinjam ao reduto familiar”*.

Os mesmos percursos de vida também sugerem alguns dos determinantes que podem potenciar a depressão que são: acontecimentos familiares, que podendo não ser graves podem ser fonte de preocupação persistente; história familiar de doença; ausência de relações pessoais satisfatórias; e o facto de não trabalharem fora de casa (Brown e Harris, 1978 citado por J. Bowlby, 1985).

Passando para o mundo particular da experiência da doença, as concepções que as nossas entrevistadas têm sobre o seu estado de saúde ao longo da vida, está directamente relacionado com a saúde física. Em determinadas situações (lúpus, cancro, insuficiência renal) foi a ausência dela que contribuiu para a patologia depressiva. A sua manifestação inicial foi marcada por sintomatologia física e reactividade a *life events*. O que vai ao encontro da bibliografia consultada que assinala os sintomas físicos como algo que camufla a elaboração do diagnóstico depressivo mais precoce e da já explorada maior reactividade que as mulheres têm em relação a acontecimentos stressantes.

As alterações sentidas com o início da doença são diversas e atingem diferentes componentes, pessoal, familiar, profissional e social, ressaltando a incapacidade que esta doença acarreta em todas as áreas de vida. No que diz respeito ao impacto que a doença teve nas relações sociais, os pareceres foram contrários, ou seja, umas sentiram

que o afastamento partiu delas e outras o inverso. As pessoas em quem depositam confiança e que admiram, regra geral são pessoas próximas (familiares directos, amigos), ou então, os profissionais de saúde que as acompanham no Hospital de Magalhães Lemos e mais especificamente no Serviço de Reabilitação Psicossocial. Uma vez que sentem que estes as ajudam a ultrapassar os momentos de crise. Neste seguimento, também algumas das utentes que frequentam o referido serviço são identificadas como elementos de confiança, pela partilha de sentimentos e vivências comuns. Aparentemente o facto de terem adoecido e de terem iniciado a sua intervenção reabilitativa no SRP, potenciou a criação de novos laços sociais e também o descobrir de novas competências e feitos até à altura desconhecidos: “ (...) *nunca pensei fazer as coisas que faço no teatro*” (M., 68 anos, casada). Contudo, não deixa de ser notório em alguns discursos a falta de confiança que depositam na sociedade actual relativamente à constituição de novos laços.

A imagem que têm delas próprias é na sua globalidade negativa, demonstrando sérias dificuldades em expôr essa intimidade, tentando desvalorizar esta questão ou contornando com outro tipo de respostas. Os aspectos que consideram mais importantes e que de certa forma as mantêm vivas são a família e a saúde. A primeira continua a assumir-se como um valor fundamental na vida de qualquer pessoa e a segunda surge como um novo valor que emergiu com a sociedade moderna e sobretudo com a noção de que a saúde é um bem a que qualquer cidadão tem direito, mas também pelo qual é responsabilizado. Outro aspecto valorizado na sociedade actual é o dinheiro. Na eventualidade de ganharem o euromilhões, nenhuma das nossas entrevistadas demonstrou grande entusiasmo com tal facto. Para elas o dinheiro é algo que dá segurança e conforto mas que não traz felicidade, apesar de poder trazer bem-estar aos seus familiares mais próximos e a alguns grupos mais carenciados. O futuro que para elas deslumbram é sombrio, referem ideação de morte, perspectivas negras. Por outro lado expressam vontade de recuperarem a saúde e de verem os filhos bem na vida e os netos a crescerem. No entanto, a condição de doentes pesa bastante naquilo que mais desejam.

Em jeito de conclusão, parece-nos que o aumento excessivo da doença depressiva não está isolado deste mundo contraditório e exigente com que nos deparamos na actualidade. As fragilidades familiares e sociais fazem-se sentir de forma singular em cada indivíduo, com maior ou menor intensidade, podendo conduzir à depressão. Identificar, este ou aquele acontecimento ou determinado contexto como

promotor da depressão no género feminino não é de todo rigoroso, uma vez que é a sua multiplicidade associada à subjectividade, adaptação e gestão das situações familiares, relacionais, laborais e sociais que conduzem a este estado de doença. Fazendo uso das palavras de M. Augé (1984) citado por C. Herzlich (2004:384) “(...) *a experiência da doença é que ela é tanto mais individual quanto a mais social das coisas.*”

Algo inequívoco é que própria doença trás uma ruptura social significativa, muitas vezes aumentada com o estigma que a sociedade faz sentir nestas pessoas.

Nesta sequência podemos afirmar que as nossas hipóteses são confirmadas na medida em que as trajetórias de vida de mulheres com depressão revelam ser, na sua globalidade, problemáticas no que diz respeito às relações familiares e sociais e que as mutações sociais poderão ter contribuído para uma maior fragilidade nestas relações fundamentalmente pelo acréscimo de papéis, funções e responsabilidades. Por outro lado um bom suporte social e a existência de relações familiares e sociais significativas e protectoras funcionam como preservação da depressão, demonstrando que a natureza dos laços sociais antes e depois do processo de doença tem um efeito importante no desenvolvimento das doenças mentais, tal como o verificado no estudo de Tucci et al. (2001).

Um aspecto que nos parece importante referir, na problemática deste estudo, é a preocupação existente por parte das entidades governamentais portuguesas em lançar novas metas e valores no que diz respeito à prevenção e intervenção da doença mental na nossa sociedade. Estas foram descritas no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e preconizam um maior envolvimento por parte do doente no seu processo de recuperação bem como o da família, uma maior abertura e proximidade à comunidade, protecção aos grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade) e uma maior abrangência de serviços na comunidade.

O nosso estudo como qualquer trabalho de investigação compreendeu limitações, que se revelaram úteis, na medida em que nos permitiram fazer uma reflexão sobre todo o trabalho desenvolvido. Assinalamos o facto de a investigadora do estudo ser um dos elementos da equipa técnica do SRP, o que poderá ter contribuído para uma maior proximidade na aplicação da entrevista e de certa forma ter impedido uma atitude neutral e o facto de a entrevista semi-estruturada constituir um elemento de avaliação único.

Uma vez que o tema em estudo não se esgotou, bem pelo contrário, consideramos pertinentes alguns conteúdos que poderão ser desenvolvidos com mais

profundidade como por exemplo: como se manifesta a doença depressiva em mulheres do meio rural e do meio urbano; realizar um estudo comparativo entre o género feminino e o género masculino utilizando a mesma metodologia mas incidindo sobre as actividades de lazer; analisar quais são os critérios utilizados no encaminhamento de doentes com depressão dos cuidados de saúde primários para os serviços de psiquiatria e quais as dificuldades sentidas pelos médicos de família nesta transição.

Termina-se este trabalho com a intenção que se tenham atingido os objectivos propostos e acrescentados novos dados na compreensão do impacto que as relações familiares e sociais têm nas trajetórias de vida de mulheres com depressão, e como a natureza dos laços sociais são importantes na protecção da doença mental, deixando a certeza de que os nossos conhecimentos teóricos foram aumentados e a nossa prática amplamente melhorada.

BIBLIOGRAFIA

AINSWORTH, Patricia (2000), *Understanding depression*, Jackson, University Press of Mississippi.

ALVES, Fátima (2001), *Acção social na área da saúde mental*, Lisboa, Universidade Aberta.

ALVES, Fátima, DA SILVA, Luísa Ferreira (2004), “Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão”, Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, pp. 56-64.

AMÂNCIO, Lúcia (1994), *Masculino e Feminino*, Porto, Edições Afrontamento.

AMENDOEIRA, Jorge (2006), “ Da necessidade de protecção à confiança nos profissionais de saúde” Balsa, Casimiro, *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 229-237.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), *DSM –IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, Climepsi Editores, Quarta edição.

ATKINSON, Robert (1998), *The life story interview*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.

BADINTER, Elisabeth (1987), *Um é o outro*, Lisboa, Relógio d`água.

BAJOIT, Guy (2006), “O papel da confiança na formação da identidade e do vínculo social”, Balsa, Casimiro, *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 61-76.

BALDWIN, David S., Birtwistle, John (2002), *An atlas of depression*, Boca Raton, London, New York, Washington d.c., The Parthenon Publishing Group.

BALSA, Casimiro (2006), “Relações de confiança e modalidades de laço social”,
BALSA, Casimiro, *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 9-24.

BASTIDE, Roger (1965), *Sociologia das doenças mentais*, Publicações Europa-América.

BENEDICT, Ruth (1964), *Padrões de cultura*, Lisboa, Edição «Livros do Brasil», (Coleção “Vida e cultura”).

BLUM, Linda M., STRACUZZI, Nena, F. (2004), “Gender in the Prozac Nation: popular discourse and productive femininity”, *Gender & Society*, Vol. 18, nº 3, pp. 269-286.

BOWLBY, John (1985), *Perda, tristeza e depressão*, São Paulo, Martins Fontes (Coleção Psicologia e Pedagogia).

BRESLIN, F. Curtis, GNAM, William, FRANCHE, René – Louise, MUSTRAD, Cameron, LIN, Elisabeth (2006), “Depression and activity limitations: examining gender differences in the general population”, *Soc. Psychiatry Epidemiology*, 41, pp. 648-655.

BRETON, David le (2007), *A sociologia do corpo*, Petrópolis, Editora Vozes, 2ª edição.

BURNAY, Nathalie (2006), “ Rupturas profissionais e refundação das relações de confiança”, BALSA, Casimiro, *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 109-118.

CARVALHO, Cláudia (2004), “Do poder das palavras às palavras do poder” *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol. 6, nº 001, pp.55-62.

CHÂTEL, Viviane (2006), “A responsabilidade-pelo-outro: um preliminar à confiança”, BALSA, Casimiro, *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO da CID-10 (1993), Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas.

COELHO, Maria Theresa Ávila Dantas, FILHO, Naomar de Almeida (1999), “ Normal-patológico, saúde-doença: revistando Canguilhem”, *Physis: Revista de saúde colectiva*, 9 (1), pp. 13-36.

CRESWELL, John W. (2003), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed approaches*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.

DAMÁSIO, António (1999), *O Sentimento de Si*, Lisboa, Publicações Europa- América.

DEAKIN, J. F, William (2001), “ Compreender a serotonina e o seu papel na psicopatologia comum”, TANSELLA, Michele, THORNICROFT, Graham, *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 43-58.

DRULHE, Marcel (1996), *Santé et Societé, le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.

DURAND, Gilbert (1986), *Campos do imaginário*, Lisboa, Instituto Piaget, Colecção Teoria das Artes e Literatura.

DURKHEIM, Émile (1987), *O Suicídio*, Lisboa, Editorial Presença.

DURKHEIM, Émile (1989), *A divisão do trabalho social*, Lisboa, Editorial Presença.

DURKHEIM, Émile (2007), *As regras do método sociológico*, Lisboa, Editorial Presença, 10ª edição.

DEVEREUX, Georges (1977), *Essais d'éthnopsychiatrie général*, Paris, Gallimard.

FISHER, Helen (2001), *O primeiro sexo: como as mulheres estão a mudar o mundo*, Lisboa, Editorial Presença.

FLEMING, Manuela (2003), *Dor sem nome, pensar o sofrimento*, Porto, Edições Afrontamento, (Colecção “Ciências do Homem”).

FOUCAULT, Michel (1999), *História da loucura na Idade Clássica*, Editora Perspectiva, Colecção Estudos.

FREUND, Peter, E.S., MCGUIRE, Meredith, B. (1991), *Health, illness and social body: a critical sociology*, New Jersey, Prentice Hall: Englewood Cliffs, 2ª edição.

GAULEJAC, Vincent de, LÉONETTI, Isabel Taboada (1994), *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*, Estoril, Principia.

HEIDRICH, Susan (1994), “The self, health, and depression in elderly women”, *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 16, nº 5, pp. 544-555.

HELMAN, Cecil, G., (2003), *Cultura, Saúde e Doença*, São Paulo, Artemed Editora, 4ª edição.

GIDDENS, Anthony (1990), *As Consequências da Modernidade*, São Paulo, Editora UNESP.

GOETHE (1774), *Werther*, Verbo, Colecção livros RTP.

GOFFMAN, Erving (2005) [1961], *Manicómios, prisões e conventos*, São Paulo, Perspectiva.

GOFFMAN, Erving (1963), *Estigma- Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 4ª edição.

GONÇALVES, Albertino (2004), *Métodos e técnicas de investigação social I: programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*, Relatório apresentado à

Universidade do Minho para provas de agregação no grupo disciplinar de Sociologia, Braga.

GONÇALVES, Amadeu Matos (2006), “A doença mental: determinação individual ou construção social”, *Millenium Revista do ISPV*, Nº 32, pp. 163- 168.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*, Estoril, Principia Editora.

HARTEY, Terry, JONES, Derek (1998), “What is sociology?” in Jones, Derek et al., *Sociology & Occupational Therapy: an integrative approach*, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, Churchill Livingstone, pp. 5-18

HAYNAL, André, PASINI, Archinard, Marc (1998), *Medicina Psicossomática*, Lisboa Climepsi Editores, (Colecção Convergência).

HICKS, Stephen (2008), “Gender role models...who needs`em?!” *Qualitative Social Work*, vol.7 (1), pp. 43-59.

JORGE-MONTEIRO, Fátima, MADEIRA, Tânia (2007), “Considerações sobre doença mental e comunicação social”, *Análise Psicológica*, 1 (XXV), pp. 97-109.

KAPLAN, Peter W. (2006), *Neurologic disease in women*, New York, Demos.

KARP, David A. (2002), *Diz-me: porque estás tão triste?*, Coimbra, Quarteto Editora.

KENNETH, S. Kendler, MYERS, John, PRESCOTT, CAROL A. (2005), “Sex differences in the relationship between social support and risk of major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs”, *Am j Psychiatry*, 162:2, pp. 250-256.

LAFRANCE, Michelle N., STOPPARD, Janet M. (2006), “Constructing a non-depressed self ”, *Feminism & Psychology*, Vol. 16, nº3, pp. 307-325.

LEANDRO, M. E. (1997), “ Le lien social dans la pensée sociologique classique”, in PAVAGEAU, Jean et al., *Le lien social et l'inachèvement de la modernité*, Paris, L'Harmattan/ARCI, pp. 41-54.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, *Revista Trabalhos Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), Porto, pp. 67-93.

LEANDRO, Maria Engrácia, Cardoso, Daniela Freire (2005), *Sociologia do Voluntariado. A Seiva Humana. O caso hospitalar flaviense*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

LEANDRO, Maria Engrácia, “Os laços sociais e familiares de ontem e de hoje”, NO PRELO.

LÉVI-STRAUSS, Claude (1967 [1947]), *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, Mouton.

LIPOVETSKY, Gilles (1997), *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*, Lisboa, Instituto Piaget (Coleção “Epistemologia e Sociedade”).

LIRA, Geison Vasconcelos, CATRIB, Ana Maria Fontelle, Nations, Marilyn K. (2003), “A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método”, *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, Vol. 16, (1/2), pp. 59-66.

LORBER, Judith (1997), *Gender and the social construction of illness*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.

MACHADO, Helena (2002), “ “Bem-comportadas” e “Mal-comportadas” – imaginários do feminino nos discursos judiciais”, *Cadernos do Noroeste*, Vol. 17 (1-2), pp. 187-211.

MAIA, Ângela da Costa (1999), “Estudo empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão”, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 20, nº3, pp. 205-212.

MAIA, Ângela da Costa (2001), *Narrativas, Protótipo e organização no reconhecimento da depressão*, Braga, Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.

MAIA, Ângela da Costa (2001), “Modelos de avaliação da experiência depressiva”, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22, (2), pp. 197-204.

MARCOLINO, Alberto Carvalhosa (1987), “Conferência internacional para a promoção da saúde – carta de Otava”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 5, nº 3-4, pp. 67-72.

MARKS, Gary (2008), “Gender differences in the effects of socioeconomic background: recent cross-national evidence”, *International Sociology*, 23(6), pp. 845-863.

MESSING, Karen, STELLMAN, Jeanne Mayer (1982), “Understanding occupational disease in women workers”, *Women and occupational health*, DENNERSTEIN, Lorraine (director), pp. 23-29.

MILLES, Agnes (1981), *O doente mental na sociedade contemporânea: introdução sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

MONDIMORE, Francis Mark (2006), *Depression de mood disease*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

MOORE, Thea, R., EMANUEL, Angela, M. (2001), “Depression in women across the life cycle”, *Journal of pharmacy practice*, Vol. 14, nº 16, pp. 511-525.

MOTA - RIBEIRO, S. (2002), “Corpos eróticos – imagens da mulher na publicidade da imprensa feminina portuguesa”, *Cadernos do Noroeste*, Vol. 17 (1-2), pp. 145-164.

MUNÕZ, Ricardo F., YING, Yu-Wen (1993), *The prevention of depression- research and practice*, Baltimore and London The Johns Hopkins University Press.

NETO, Osvaldo Bastos (2004), “O conceito do desvio na teoria social contemporânea: modernidade e controle”, *Domuns on line: Rev. Teor. Pol. Soc. Cidad.*, Salvador, Vol. 1, nº 1, pp.1-36.

NOGUEIRA, Conceição (2001), “Construcionismo social, discurso e género”, *Psicologia*, Vol. XV (1), pp. 43-65.

OLIÉ, Jean- Pierre, SPADONE, Christian (1993), *As novas faces da loucura*, Lisboa, Instituto Piaget.

OSHO (2007), *O livro da mulher: sobre o poder do feminino*, Braga, Círculo de Leitores.

PANTEL, P., Schmitt (1990), *Histórias das Mulheres no Ocidente: A Antiguidade*, Porto, Vol. 1, Círculo de Leitores.

PEREIRA, António Manuel de Almeida (2002), *A excelência profissional em educação física e desporto em Portugal: perfil a partir de sete histórias de vida*, Viseu, Instituto Superior Politécnico de Viseu.

POIRIER, Jean, CLAPIER-VALLADON, Simone, RAYBAUT, Paul (1999), *Histórias de vida*, Oeiras, Celta Editora.

PYNE, Jeffrey M., KUC, Eugene J., SCHROEDER, Paul J., FORTNEY, John C., EDLUND, Mark, MD, SULLIVAN, Greer (2004), “Relationship between perceived stigma and depression severity”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192, nº4, pp. 278-283.

QUARESMA, Sílvia, Jurema (2005), “Durkheim e Weber: inspiração para uma nova sociabilidade, o neotribalismo”, *Tese, revista electrónica dos pós-graduados em sociologia política da UFSC*, Vol.2 nº1 (3), pp. 81-89.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria do sintoma à experiência*, Porto, Edições quarteto.

QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva.

RODRIGUES, Eduardo Vítor (2000), “ O estado-providência e os processos de exclusão social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português”, *Sociologia*, n.º 10, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, pp. 173-200.

RODRIGUES, Fernando Peres (2004), *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*, Lisboa, Climepsi Editores.

ROURA, Assumpta (2000), *Até logo, tristeza*, Porto, Âmbar.

ROUSSEAU, George (2000), “Depression`s forgotten genealogy: notes towards a history of depression”, *History of Psychiatry*, Vol. pp. 71-106.

ROUSSEAU, Jean-Jacques (1977), *Contrato Social*, Lisboa. Editorial Presença, Biblioteca de Ciências Humanas.

SILVA, Luísa Ferreira, ALVES, Fátima (2002), “A saúde das mulheres em Portugal” in Leandro, M. Engrácia et al. (organizadores), *Saúde: as teias da discriminação social*, Braga, Instituto de Ciências Sociais, pp. 165-179.

SIMON, Gregory E. (2001), “ O contributo dos psiquiatras para o tratamento nos cuidados primários” TANSELLA, Michele, THORNICROFT, Graham, *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 127-136.

DE SINGLY, François (2000), *O eu, o casal e a família*, Lisboa, Publicações D. Quixote.

DE SINGLY, François (2003), *Uns com os outros: Quando o individualismo cria laços*”, Lisboa, Instituto Piaget, (Coleção “Epidemiologia e Sociedade”).

SCHARFETTER, Christian (1997), *Introdução à psicopatologia geral*, Lisboa, Climepsi Editores.

SCHOPENHAUER (2005), *Sobre o sofrimento do mundo*, Coisas de ler edições.

SCOTT, Sue, MORGAN, David (1993), *Body matters: essays on the sociology of the body*, The Flamer Press, London.

SIMMEL, Georg (1983), *Sociologia*, São Paulo, Editora Ática.

SKEVINGTON, Suzanne, BAKER, Deborah (1989), *The Social Identity of Women*, London, Newbury Park, New Delhi, Sage Publications.

SWORD, Wendy, BUSSER, Dianne, GANANN, Rebecca, MCMILLIAN, Theresa, SWINTON, Marilyn (2008), “Women`s care-seeking experiences after referral for postpartum depression”, *Qualitative Health Research*, Vol. 18, nº 9, pp. 1161-1173.

TAYLOR, Steven J., BOGDAN, Robert (1998), *Introduction to qualitative research methods*, New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & sons, Inc.

TAYLOR, Verta (1999), “Gender and social movements: gender processes in Woman`s self-help movements”, *Gender and Society*, Vol. 13, pp. 8-33.

TOURRAINE, Alain (1994), *Crítica da modernidade*, Lisboa, Instituto Piaget, (Coleção “Epistemologia e Sociedade”).

TUCCI, Adriana M., KERR-CORRÊA, Florence, DALBEN, Ivete (2001), “Ajuste social em pacientes com transtorno afectivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 23 (2), pp. 79-87.

VALA, Jorge (1986), “ A análise de conteúdo” in SANTOS, Augusto Silva, MADUREIRA, José Madureira, *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Edições Afrontamento, (Coleção das “Ciências do Homem”).

VALLEGO-NÁGERA, Juan Antonio (2002), *A depressão- Como lidar com a doença do nosso tempo*, São João do Estoril, Principia, 1ª edição.

VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis, HERRÁN, Andrés, SIMÓN (2001), “Epidemiologia das perturbações mentais na comunidade e nos cuidados primários” in TANSELLA, Michele, THORNICROFT, Graham, *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 31-42

WEBER, Max (2003), *Fundamentos da Sociologia*, Porto, Rés-Editora, 3ª edição.

WILKINSON, Greg, MOORE, Bruce, MOORE, Pascale (1999), *Tratar a depressão*, Lisboa, Climepsi Editores.

WOLPERT, Lewis (2000), *A Psicologia da depressão*, Lisboa, Editorial Presença.

XIBERRAS, Martine (1993), *As teorias da exclusão*, Lisboa, Instituto Piaget, (Coleção “Epidemiologia e Sociedade”).

ZUESS, Jonathan (2003), “An integrative approach to depression: part 1 – etiology”, *Complementary Health Practice Review*, Vol. 8, nº 1 pp. 09-24.

ZUESS, Jonathan (2003), “An integrative approach to depression: part 2 – assessment and treatment”, *Complementary Health Practice Review*, Vol. 8, nº 2, pp. 95-115.

Legislação:

Decreto- Lei n.º35/99 de 5 de Fevereiro de 1999 – Lei da Saúde Mental

Despacho Conjunto nº407/98 de 18 de Junho de 1998

Decreto- Lei n.º138/98

Documentação:

Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde (1978).

Hospital de Magalhães de Lemos: 40 anos ao serviço da saúde mental (2002).

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Regulamento Interno do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos.

Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania (2006), Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

Sites Consultados:

Gender and Mental Health in http://www.who.int/gender/other_health/en/gender consulta a 10 de Agosto de 2007

www.insarj.pt consulta a 23 de Janeiro de 2008

LALANDA, Piedade (2000), “ «A minha vida são eles» A individualização na construção identitária da mulher”, Actas do IV Congresso Português de Sociologia in <http://www.aps.pt> consulta a 20 de Abril de 2009

ANEXOS

GUIÃO DE ENTREVISTA

Questões de identidade

Data de nascimento:

Habilitações literárias:

Profissão:

Categoria Profissional:

Estado civil:

Trajectórias de vida

Infância

Quais são as recordações que tem da sua vida de criança?

E dessas recordações quais as que recorda com mais prazer? Porquê?

E o contrário? Porquê?

Qual a influência que esta teve na sua vida? Porquê?

Nessa altura quem eram os seus amigos?

Onde se encontrava com eles?

O que faziam?

Essas pessoas, ou pelo menos algumas delas ainda hoje, são seus amigos?

Tem outros amigos para além desses?

Juventude

O que mais recorda da sua juventude?

Percurso profissional e conjugação família/actividade profissional

Qual ou quais? Aonde? Durante quanto tempo?

O emprego é importante para si? Porquê?

O que lhe proporcionou?

Como era o seu relacionamento com o patrão? (conversavam, tomavam café...)

E com os colegas de trabalho?

De que forma o seu trabalho influenciava a sua família?

Férias e tempos de lazer

Nos períodos em que tinha férias, aonde as passava? Com quem?

Além das férias quais eram as actividades que fazia nos seus tempos livres e nos tempos de lazer?

Família de origem

Que recordações tem da sua família de origem?

Família nuclear

A que altura constituiu a sua própria família? E como?

Tem a família que pretende?

Sente-se feliz no seio da sua família?

Como traduz essa felicidade?

O que acha mais importante na família?

O que mais lhe agrada na sua família?

O que falta à sua família?

O que mais a prende à sua família? E a quem?

Mulheres em depressão

Concepção do estado de saúde pessoal

Como avalia o seu estado de saúde ao longo da sua vida?

Em altura da sua vida começou a sentir-se doente?

O que sentiu?

Qual ou quais foram os acontecimentos que na sua opinião provocaram a sua doença?

Quando os primeiros problemas de doença apareceram com quem desabafou?

O que se alterou na sua vida? (família, amigos, trabalho)

O que deixou de fazer por estar doente?

Sentiu que as pessoas se afastaram de si?

Depois da doença

Mediante este percurso de vida, quando olha para si qual é a imagem que tem de si mesma?

Quais são as pessoas que mais admira? Porquê?

Elas merecem a sua confiança?

Quando tem um problema com quem desabafa?

Depois da doença o que mudou nas suas relações sociais? (actividades, amigos)

Actualmente, qual é a coisa mais importante da sua vida?

Como se vê no futuro?

Se ganhasse o euromilhões o que fazia?

Quer acrescentar mais alguma coisa?

TERMO DE CONSENTIMENTO AUTORIZADO

A presente entrevista é de cariz exploratório e tem como objectivo principal recolher informações relativamente ao tema: “*Depressão no feminino, o género e a doença como laboratório de laços sociais*”.

Foi seleccionado e convidado a participar, por corresponder aos critérios de inclusão estabelecidos.

Os dados recolhidos serão gravados e será mantida a total confidencialidade.

Assim, após ter sido informada sobre o objectivo da entrevista, declaro aceder ao convite de participação, tal como autorizar a utilização dos dados recolhidos pela investigadora Patrícia Maria Ferreira Amaral da Cruz.

Porto, ____ de _____ de 2008

Assinatura do participante
