

SAÚDE MENTAL E GÊNERO: O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A INVISIBILIDADE DAS VIOLÊNCIAS

MENTAL HEALTH AND GENDER : PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND INVISIBILITY OF VIOLENCES

Ioneide de Oliveira Campos

ioncampos@hotmail.com

Professora da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)/UnB.

Valeska Zanello

valeskazanello@uol.com.br

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia (IP)/Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) UnB.

A primeira autora realizou a coleta de todos os dados, bem como a análise dos sintomas, diagnósticos e demais informações presentes nos prontuários. À segunda autora coube a análise das violências.

RESUMO

As classificações diagnósticas são utilizadas como modelo clínico nas intervenções psiquiátricas no Ocidente. Neste estudo objetivou-se realizar uma leitura sobre os diagnósticos e sintomas, a partir de uma perspectiva de gênero e saúde mental. Estudo transversal, de abordagem quantiqualitativa, com produção de dados por análise de prontuários dos usuários (as). Os resultados demonstram prevalência de diagnósticos relacionados aos transtornos do humor em mulheres e, nos homens, de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes. Esses dados, associados ao levantamento do perfil sociodemográfico e a análise dos dados dos prontuários, apontam para a medicalização e psiquiatrização da vida, sobretudo no caso das mulheres, cuja presença em episódios de violência chegou a 32,54%.

Palavras-chave: Saúde mental. Psiquiatria. Mulheres. Violência.

ABSTRACT

The diagnosis classifications are used as a clinical model for psychiatric interventions on West. This paper aims a review over diagnosis and symptoms, from a health mental and gender perspective. It is a cross-sectional study, with a qualitative method, producing data with the analysis of the patient's records. The results bring up the prevalence of humor disorder in women and, in men, schizophrenia, delirium and schizotypal disorders. Those datas, combined to the sociodemographic collection and the analysis of the records, link to the medicalization and the psychiatrization of life, specially for women, whose the presence of violence has reached 32,54%.

Keywords: Mental health. Psychiatry. Women. Violence.

A psiquiatria, na condição de especialidade médica, teve seu início no século XIX, época em que dois grandes paradigmas norteavam sua prática: o clínico-descritivo e o etiológico-anatômico, ambos baseados no tratamento moral das pessoas com doenças mentais (PESSOTI, 1994).

Posteriormente, na primeira metade do século XX, duas correntes de pensamento destacaram-se no cenário psicopatológico, com seus respectivos expoentes: Kraepelin e Freud. Para a primeira, o alicerce das discussões contemporâneas sobre as doenças mentais residia na perspectiva de classificação com base na evolução dos pacientes e no estabelecimento de categorias mutuamente excludentes. Já a segunda fundamentava-se em uma dimensão psicodinâmica da trajetória singular do sujeito, de modo que era necessário compreender em quais circunstâncias, na vida daquela pessoa, havia sido gerado tanto sofrimento (BEZERRA, 2014). Ou seja, enquanto a primeira priorizava o conceito de sintoma como sinal/índice, na segunda ele era concebido como sintoma simbólico. Essas duas bases epistêmicas representaram um divisor de águas da psicopatologia até o fim da II Grande Guerra mundial (BEZERRA, 2014).

Esta dualidade, no entanto, deixou de existir no pós-guerra, momento em que o campo da psicopatologia foi marcado por distintas concepções e pluralidade de orientações sobre o sofrimento mental. Já vigorava nesse período a Classificação Internacional de Doenças (CID)/OMS, a qual era alvo de críticas por não abordar as síndromes cerebrais crônicas e reações situacionais (BEZERRA, 2014). Em meio a pressões e uma intensa demanda de reivindicação de veteranos (BEZERRA, 2014), a Associação Americana de Psiquiatria criou o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), em 1952, ano da testagem do primeiro psicotrópico – a clorpromazina (RUSSO E VENÂNCIO, 2006). Com o lançamento do manual, foram criadas as primeiras classificações – o DSM I - sob forte influência psicanalítica e fenomenológica do sofrimento (AGUIAR, 2004; BEZERRA, 2014; DUNKER e NETO, 2011a; RUSSO E VENÂNCIO, 2006). Em 1968, na versão subsequente do DSM, as perspectivas psicanalíticas e fenomenológicas tornaram-se mais evidentes (RUSSO e VENÂNCIO, 2006; BEZERRA, 2008).

No entanto, como estratégia para conferir mais confiabilidade ao diagnóstico e torná-lo mais apropriado a fontes de pesquisas, representantes da psiquiatria retiraram as bases da fenomenologia e da psicanálise, especificamente a partir da década de 80, ao elaborarem o DSM III, um novo manual para classificação de diagnósticos (AGUIAR, 2004; BEZERRA, 2014; DUNKER e NETO, 2011a).

A criação do DSM III, por sua vez, possibilitou uma importante transformação no campo da psiquiatria e psicopatologia, por representar um sistema de classificação “ateórico” e operacional das grandes síndromes psiquiátricas e, assim, modificar a concepção de pesquisa e da própria intervenção psiquiátrica (DUNKER e NETO, 2011b). Logo, essa perspectiva dita “ateórica” e descritiva vem se constituindo, ao longo das últimas décadas e em contínuo processo de expansão, em um modelo hegemônico da psiquiatria biológica nos EUA, embora sua influência na vida social não esteja restrita ao contexto americano (BEZERRA, 2014; AGUIAR, 2004), o qual se apoia no seguinte tripé: psicofarmacologia, neurociências e genética (IZAGUIRRE, 2011).

Cabe perguntar quais as implicações de tal tripé para as sociedades contemporâneas, especialmente no que se refere à vida cotidiana das pessoas e aos serviços de saúde mental que frequentam.

Para Bezerra (2014) e Aguiar (2004), em decorrência da crescente universalização deste modelo classificatório, deslocou-se o foco dos aspectos

individuais, singulares a cada pessoa, para transtornos universais, o que trouxe graves consequências, entre elas a explosão dos diagnósticos e a expansão do consumo de psicofármacos. Uma vez que os diagnósticos são habitualmente abordados na mídia, tornando-se, portanto, parte de uma cultura diária, sua banalização cumpre a função social de legitimação de uma situação de sofrimento e manuseio dos transtornos mentais (HARPER, 2013). Ainda de acordo com Bezerra (2008), nota-se, inclusive, um vocabulário psicopatológico na vida cotidiana das pessoas.

Assim, o estreitamento da relação entre diagnóstico e tratamento em psiquiatria foi construído em função das relações sociais de mercado, tanto por via da indústria farmacêutica quanto da legitimação da relação médico-paciente descritiva, baseada na avaliação de sintomas para composição dos transtornos mentais, com consequente escolha de determinado psicofármaco (AGUIAR, 2004). Nos últimos anos, vêm sendo adotadas, no Brasil, as versões da Classificação Internacional de Doenças/CID, referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas versões, apesar de algumas diferenças em relação à taxonomia dos DSMs, adotam a mesma lógica semiológica e compreensiva daqueles. Importante também pontuar que a psiquiatria não é a única disciplina que se legitima com o diagnóstico, ou seja, a institucionalização do diagnóstico ocorre em outras especialidades médicas, na medida em que as organizações, os serviços e planos de saúde são balizados pelos sistemas diagnósticos (HARPER, 2013).

Corroborando esta ideia, Bolton (2009) assinala ter havido um equívoco da psiquiatria ao incorporar a linguagem e os pressupostos da medicina ocidental como forma de encontrar axiomas que abarcassem e justificassem o adoecimento mental, patologizando assim normas sociais e morais, como base para condutas médicas. Em síntese, a função social do diagnóstico psiquiátrico, neste caso, é o de tratar o problema social como questão médica (HARPER, 2013), o que incentiva a prescrição e exacerbação do uso de psicotrópicos.

No que se refere à incorporação dos conceitos médicos, Martins (2003) menciona a complexidade da transposição de uma prática semiológica tradicional da medicina, cuja lógica indicial pressupõe um raciocínio de causa e efeito dos fenômenos, para a compreensão do humano. Para Zanello e Martins (2010), a lógica indicial coaduna-se aos signos motivados, os quais podem ser mais facilmente universalizados, tais como aqueles pertinentes às ciências exatas e biológicas. Diferentemente, no campo das psicopatologias, não há uma implicação de causalidade, um marcador/indicador característico e unívoco (patognomônico) que defina o sinal específico da doença (MARTINS, 2003; ZANELLO, 2014a). Já a lógica simbólica proposta por Martins (2003), pertence ao campo da linguagem e da cultura, e concilia-se com a compreensão do sofrimento psíquico e com a ideia de que o sintoma tem sentido.

Portanto, a adoção de uma semiologia indicial consolidou-se historicamente na psiquiatria e, ao ser importada para este campo, foi esquecida a especificidade dos tipos de signos e fenômenos (MARTINS, 2003; ZANELLO e MARTINS, 2010). Sob tal perspectiva, a naturalização de fenômenos subjetivos representa um problema de grande amplitude ao desqualificar a fala do sujeito, concebendo a linguagem como mera função, facilmente transformada em sintoma (MARTINS, 2003; ZANELLO, 2014a; ZANELLO e MARTINS, 2010).

A postura de desqualificar a fala do paciente pressupõe considerar a escuta de suas queixas emocionais e corporais meramente como expressão de sintomas. Assim, os diagnósticos psiquiátricos constituem a expressão e materialização, de fato, de julgamentos de valores em sua classificação (FULFORD, 1994 e FULFORD *et al.*, 2005).

Embora o DSM se proponha a ser atóxico, suas bases e perspectivas são teóricas, biologizantes, e, portanto, ele não considera a vida do usuário e sua história (SADLER e HULGUS, 1994), bem como ignora fatores sociais e culturais inerentes ao sofrimento psíquico dos indivíduos.

Entre esses fatores, invisibilizados nos diagnósticos psiquiátricos, estão as questões de gênero, aqui compreendidas como um termo relacional (entre homens e mulheres), constituídas por contextos políticos, culturais, sociais e econômicos. Segundo Zanello (2014a), se a constituição do sujeito se dá nas relações de gênero, não se pode desconsiderar a importância de valores, estereótipos e ideais na formação do próprio sintoma, ou seja, para essa autora, é extremamente problemática a utilização de critérios diagnósticos neutros que não considerem o gênero e possam invisibilizar o sofrimento de mulheres e homens.

Em pesquisa sobre os principais sintomas e diagnósticos envolvendo dois serviços de saúde mental do Distrito Federal, Zanello e Silva (2012) constataram que grande parte dos diagnósticos femininos apresentava alta correlação entre os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) e questões de vulnerabilidade social da população atendida - mulher, negra, semianalfabeta e com profissões subalternas e desqualificadas (donas de casa e/ou trabalhadoras domésticas).

Outro estudo evidenciou o sofrimento psíquico de homens e mulheres em um hospital psiquiátrico. O sofrimento das mulheres concentrava-se mais nas queixas amorosas, relacionais e, para os homens, os valores de gênero convergiram para questões da virilidade sexual e laboral (ZANELLO e BUKOWITZ, 2011). Nesse sentido, cotidianamente, os valores de gênero são evidenciados no campo da saúde mental, especialmente nas experiências vivenciadas por mulheres, as quais envolvem aspectos relacionados ao dispositivo materno (relações de cuidado) e amoroso, mediado pelo ideal de beleza (ZANELLO e GOMES, 2010; ZANELLO e ROMERO, 2012; ZANELLO, 2014a; ZANELLO, FIUZA, COSTA, 2015; ZANELLO, 2016). Além disso, a violência foi muito incidente entre as mulheres que participaram da pesquisa de Zanello e Bukowitz (2011).

Barbosa, Dimenstein e Leite (2014) investigaram como se dava o itinerário de mulheres em situação de violência de gênero e suas demandas para alguns serviços de saúde e/ou sociais. Os autores ressaltaram a dificuldade de torná-los visíveis no Centro de Atenção Psicossocial, pois além de não haver protocolos específicos que definam procedimentos para estes casos, não havia notificação. Outro estudo também observou a invisibilidade da violência nestes serviços, ou seja, além de não ser notificada, não é entendida como fator configurador dos próprios transtornos diagnosticados nas mulheres (ZANELLO, 2014b).

O presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento sobre os principais diagnósticos e sintomas de homens e mulheres em um CAPS de uma capital brasileira, considerando as invisibilidades dos aspectos de gênero presentes nos prontuários e a presença das diversas formas de violências sofridas por mulheres: física, psicológica e sexual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantiqualitativo (CRESWELL, 2010), baseado em informações dos prontuários de usuários (homens e mulheres) atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de uma capital brasileira. Os dados clínicos foram coletados das fichas de acolhimento e por meio da anamnese psiquiátrica de todos aqueles admitidos entre os anos de 2012 e 2013, em um total de 234 prontuários (169 mulheres - 72,2% e 65

homens-27,8%). Os prontuários foram analisados em dois grupos diferentes: de homens e de mulheres.

Constituíram critérios de exclusão: usuários/as que não deram continuidade ao tratamento e cujas fichas de acolhimento e evolução psiquiátrica permaneciam no arquivo permanente do serviço; prontuários que apresentaram apenas a ficha de acolhimento e uma consulta do clínico geral do CAPS (geralmente de usuários/as que ainda passariam por avaliação psiquiátrica); usuários/as que, equivocadamente, se encontravam no arquivo de ativos, porém não apresentavam anamnese psiquiátrica (primeira consulta) ou qualquer evolução psiquiátrica, somente o registro do médico clínico geral desse serviço.

As variáveis analisadas, constantes da ficha de acolhimento, anamnese e evolução psiquiátrica, foram: funções psíquicas alteradas, principais sintomas relatados, diagnósticos principais, diagnósticos indefinidos e histórico de violências sofridas. Como referência para categorização das funções psiquiátricas alteradas, utilizou-se, segundo recomendação de Dalgalarrodo (2008): consciência, atenção, orientação, vivências do tempo e espaço, sensopercepção, memória, afetividade, pensamento, juízo, linguagem, inteligência e “risco suicídio”. Para construção das frequências correspondentes a cada categoria de função psíquica, foram contabilizados os sintomas, ainda que recorrentes, uma única vez para cada prontuário, considerando que um mesmo usuário/a poderia estar inserido em várias destas categorias em virtude da possibilidade de apresentar queixas em distintas classes de sintomas.

Para os diagnósticos conclusivos, as informações foram coletadas da evolução psiquiátrica, categorizando-os segundo a descrição constante da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999). Ainda, considerou-se para os diagnósticos conclusivos, a contagem de agrupamento psiquiátrico dos diagnósticos primários e secundários. Diante do expressivo número de diagnósticos indefinidos, eles foram analisados como um grupo separado: optou-se por considerar casos com dois ou mais diagnósticos registrados (interrogados ou não) nas evoluções psiquiátricas como diagnósticos indefinidos e, nestas situações também, desmembrar homens e mulheres.

Já a variável “violências” foi categorizada de acordo com o seu relato nos prontuários. Utilizou-se as seguintes categorias de violência: física, sexual, psicológica e urbana. As três primeiras categorias tiveram como parâmetro as definições constantes na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Também houve registro de violências sofridas por homens e mulheres e seu (s) diagnóstico (os) correspondente (s), considerando os definidos e indefinidos. Optou-se por enfatizar as violências de gênero contra as mulheres, dada a expressividade de sua presença, e especificidade, nos prontuários femininos, diferentemente da violência urbana encontrada entre homens, além da prevalência de diagnósticos de TMCs dentre elas.

Todas as fichas elegíveis de acolhimento e evoluções psiquiátricas da população foram escaneadas, utilizando um scanner portátil com base de mesa digitalizadora, e, após, organizadas e identificadas em Ficha de Acolhimento – Ac1, Ac2, Ac3 e Ac4; Anamnese Psiquiátrica – Ap; e evoluções psiquiátricas – consulta 1 até a 22 (número máximo encontrado de registro de consultas psiquiátricas nos prontuários no período). Todas as variáveis mencionadas foram digitadas em um banco de Microsoft Office Excel 2010 para posterior análise.

Utilizou-se análise descritiva por meio de frequências e prevalências absolutas e percentuais relativas a cada grupo, de homens e de mulheres. Como subsídio para a análise qualitativa dos dados, fez-se um levantamento de temá-

ticas recorrentes nos prontuários das mulheres, especialmente nas fichas de acolhimento e evoluções psiquiátricas.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas (ICH) da Universidade de Brasília, por meio do Protocolo nº 692.165/2014.

RESULTADOS

De acordo com a planilha geral de dados consolidados pelo CAPS, nos anos de 2012 e 2013 foram inscritas nesse serviço de saúde mental 2.172 pessoas, das quais 1.497 (68,9%) eram mulheres e 676 (31,1%) homens. Tal dado é expressivo quando se observa na demanda (espontânea e ou encaminhamentos dos demais serviços) predomínio de mulheres, fato que suscita algumas questões: Qual é o crivo semiológico utilizado pela equipe para selecionar os pacientes que poderão ter acesso ao tratamento? Esta é uma questão que, embora não tenha sido objeto deste artigo, mostra-se importante para discussão em futuros estudos.

Chamou também atenção o fato dos diagnósticos psiquiátricos registrados terem sido quase que exclusivamente estabelecidos na primeira consulta psiquiátrica (anamnese psiquiátrica). Conforme indicado na tabela 1, as categorias de diagnósticos psiquiátricos somente estavam definidas para 111 mulheres e 41 homens, o que equivale a um total de 208 diagnósticos primários e secundários elucidados na população deste estudo. Prevaleram ainda os diagnósticos atribuídos às mulheres, sendo 45,39% deles de transtornos do humor (transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente) e 20,39% de Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes (outros transtornos ansiosos, transtornos de adaptação e transtornos dissociativos – de conversão). Já para os homens o índice de transtornos de humor chegou a 16,07% e os de Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, a 19,64%. Por outro lado, os dados revelaram alto percentual de homens com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (39,29%). Outro relevante resultado evidenciou maior percentual de transtornos de personalidade e de comportamento em mulheres, e de retardo mental em homens.

Tabela 1 – Prevalência dos diagnósticos definidos entre homens e mulheres, de acordo com a CID/10

AGRUPAMENTOS DIAGNÓSTICOS	FEMININO (%)	MASCULINO (%)	TOTAL (%)
Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos	3,95	3,57	3,85
Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa	0	1,79	0,48
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.	11,18	39,29	18,75
Transtornos do humor (afetivos)	45,39	16,07	37,50
Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes	20,39	19,64	20,19
Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e fatores físicos	0,66	0	0,48
Transtornos de personalidade e de comportamento em adulto	13,16	3,57	10,58
Retardo mental	3,95	12,50	6,25
Epilepsia	1,32	3,57	1,92

Fonte: elaborada pelos autores, segundo dados constantes em prontuários dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Distrito Federal, 2012 e 2013.

Os demais usuários/as que não possuíam diagnósticos definidos totalizaram 82, sendo 24 homens e 58 mulheres. Observou-se variabilidade no número de diagnósticos entre os pacientes, ou seja, alguns não o possuíam e outros tinham mais de um (entre 0 e 7). Notou-se também diferença entre os registros: diagnósticos informados com e sem interrogação e casos em que esses dois tipos de registros constavam em um mesmo prontuário. Adicionalmente, 7 prontuários não possuíam qualquer registro diagnóstico (todos de mulheres), apesar da medicação ter sido prescrita. Ao que parece, mesmo com a indefinição diagnóstica, a medicação era prescrita e nem sempre a intervenção era realizada por um único médico psiquiatra.

Quanto aos dados sobre os diagnósticos interrogados: naqueles referentes a 48 mulheres havia ponto de interrogação em pelo menos uma das hipóteses diagnósticas. De maneira geral, os mais duvidosos e predominantes em mulheres foram: transtorno afetivo bipolar, seguido de depressão, transtorno de personalidade e esquizofrenia. Já para os homens, 21 deles apresentaram pelo menos um com ponto de interrogação, predominando esquizofrenia e transtornos do humor (transtorno afetivo bipolar e episódios depressivos). De um total de 58 mulheres, 24 receberam 2 diagnósticos associados (interrogados ou não), distribuídos com maior predominância entre transtorno bipolar (15), transtornos de personalidade (9) e depressão (8). Ainda, das 58 mulheres, 10 receberam 3 diagnósticos. Ou seja, para as mulheres, houve maior indefinição nesse aspecto; para os homens, 5 possuíam 2 diagnósticos e 9 receberam 3 interrogados.

Quando analisadas as alterações de função psíquica que apresentaram maior discrepância entre os sexos, identificou-se que, para as mulheres, a auto-avaliação, e os sintomas somáticos foram mais expressivos, respectivamente, 51,48% e 66,27%. No caso dos homens, a inteligência (24,62%), o pensamento (92,3%) e o juízo (58,46%) mostraram-se mais significativos. No entanto, não é possível saber se esses sintomas foram os mais expressivos, apresentados pelo paciente na hora do diagnóstico, ou se o critério subjetivo (gendrado) do psiquiatra privilegiou os achados de forma diferente para homens e mulheres (ZANELLO, 2014a), ou ambas as situações.

Quando os sintomas foram analisados individualmente, algumas diferenças puderam ser observadas, por exemplo, no que se refere ao choro, que atingiu percentual de 56,21% em mulheres e 18,46% nos homens. Outra especificidade observada na esfera afetiva diz respeito à labilidade: 28,99% em mulheres e 7,69% em homens. Os sintomas depressivos relacionados a essa função psíquica estiveram presentes em 57,40% das mulheres e 27,69% dos homens. A tristeza também foi contabilizada: 59,76% das mulheres relataram vivenciá-la contra 36,92% dos homens. Já a sensação de medo atingiu um percentual de 40,83% entre as mulheres e 30,77% nos homens, e a de angústia chegou a 37,28% para mulheres e 24,62% para homens. A ansiedade para mulheres e homens foi de 69,82% e 55,38%, respectivamente.

Para o risco de suicídio (ideação suicida, pensamento suicida e tentativa), registrou-se alto índice para ambos os sexos: 71,02% entre mulheres e 53,85% para os homens. Considerando-se as tentativas de suicídio, a maior parte daquelas realizadas por mulheres foi por envenenamento (veneno para rato e outros) e envenenamento por dose excessiva de medicamentos, respectivamente, 41,42% e 33,14%. Já entre os homens, as tentativas ocorreram por enforcamento (7,69%) e envenenamento por medicamentos (6,15%). Destacou-se o uso incorreto da medicação, observado em 52,66% das mulheres e 43,08% dos homens.

Como temática recorrente nos prontuários, o registro dos tipos de violências entre os sexos apontou: episódios violentos em 55 mulheres, o que totalizou percentual de 32,54% e, em 12 homens, de 18,46%. Vinte e duas

mulheres tiveram vivência de mais de um tipo de violência e, em geral, houve 26 casos de violências associadas (4 homens), sendo que a proporção de violência registrada no CAPS para homens e mulheres foi de 28,63%. Nas mulheres, a incidência maior foi de violência física (em 28 mulheres, 35,9%), seguida de sexual (em 24 mulheres, 30,8%), psicológica (em 21 mulheres, 27%) e urbana (em 5 mulheres, 6,3%). Já entre os homens, predominaram situações de violência urbana (em 7 homens, 46,7%), seguidas pelas violências psicológica (em 4 homens, 26,7%), física (em 3 homens, 20%) e sexual (em 1 homem, 6,6%).

Como apontamos, em virtude da expressividade dos índices de violências para as mulheres, e de sua especificidade como “violência de gênero”, considerou-se oportuno registrar também, no caso delas, os diagnósticos por tipos de violência sofrida, nos 55 casos.

O número de diagnóstico por tipo de violência foi o seguinte: violência física- 48 diagnósticos; violência sexual - 42 diagnósticos; violência psicológica- 27 diagnósticos. Quando havia dois ou mais tipos de violência no prontuário da paciente, contabilizou-se cada violência a cada diagnóstico recebido. A depressão foi o diagnóstico predominante nos casos com registro de violência sexual e os sintomas a ela associados, em geral, foram mais severos: cinco das seis usuárias com episódios depressivos apresentaram um quadro com sintomas psicóticos; além disso, houve mais casos de psicoses (8) neste grupo do que no de outras violências. Identificou-se também maior diagnóstico de transtornos de personalidade (8) e metade deles com a definição clara de “personalidade histriônica”. No caso das violências físicas e psicológicas, destacaram-se o espectro da depressão e da ansiedade. No entanto, os transtornos de ansiedade foram prevalentes nos casos de violência física (31,3%), e empatados (ansiedade e depressão) nos casos de violência psicológica (25,9% ambos). Também houve diagnóstico de transtorno de personalidade (5), sendo a metade deles definida (“histriônica”).

Em relação à análise do/da perpetrador (a) da violência, nos casos em que houve violência física, 67,6% referiam-se a violências recentes cometidas pelo (a) companheiro (a) atual ou ex-cônjuge (87% das vezes) ou filhos (13%). As violências físicas sofridas no passado distante da usuária (32,4%), em sua infância, referiam-se a pessoas que exerceram a função materna (72,7%), sobretudo a mãe, mas também a avó, a madrinha e a madrastra. Pai, irmãos e outros familiares também apareceram como perpetradores de violência física (27,3%).

Na violência psicológica, assim como na física, houve predomínio de situações recentes (70%), sendo elas cometidas, sobretudo, pelo atual companheiro e ex-marido (85,7%) e filhos (14,3%). Já a violência psicológica ocorrida no passado das usuárias teve vários representantes familiares (irmãos, padrasto, mãe, etc.), sem destaque de nenhum deles.

Por fim, 73,9% dos casos de violência sexual ocorreram no passado remoto (infância) da usuária. Os perpetradores foram majoritariamente homens do convívio familiar: tio (35,2%), “familiares” (sem especificação - 11,8%), e irmãos (11,8%). Chama a atenção que em 5 casos não houve registro de quem cometeu a violência. Os outros 26,1% dos relatos de violência sexual se referiram a um tempo recente ou atual e, neles, apareceram como perpetradores ex-maridos (83,3%) e o patrão (16,7%).

DISCUSSÃO

Como apontamos, entre os anos de 2012 e 2013, os dados da população estudada indicam significativa presença de mulheres nesse CAPS, bem

como características comuns entre os sexos, como baixos níveis de renda e escolarização, e ocupações predominantemente baseadas nas diferenças de gênero (CAMPOS, RAMALHO e ZANELLO, 2015, prelo). Nesse sentido, o Serviço representa um espaço de expressão das subjetividades femininas e suas invisibilidades, as quais foram recorrentes nos prontuários: violência de gênero, opressões, discriminações, papéis sociais, inserção no mercado de trabalho, desigualdades nas relações amorosas, conflitos familiares, entre outras.

As mulheres apresentaram alta prevalência de diagnósticos conclusivos e, mesmo para aqueles indefinidos, manteve-se o padrão de transtornos do humor em mulheres e esquizofrenia para os homens. Constituíram diagnósticos atribuídos às mulheres nesse Serviço: depressão, ansiedade ou a associação entre ambos, apresentando alta correlação com os Transtornos Mentais Comuns (TMCs), cujos sintomas são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração e queixas somáticas. Os TMCs, por sua vez, correlacionam-se a aspectos sociodemográficos e pertinentes a modos de vida, tais como gênero, baixa renda e escolaridade (GOLDBERG & HUXLEY, 1992).

Alguns estudos indicam que a frequência de TMCs é maior em mulheres, indivíduos com baixos níveis de escolarização e renda, pessoas de mais idade, entre desempregados e ou envolvidos com o trabalho informal (MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA, BARROS, DALGALARRONDO, BOTEGA, 2007; LUDERMIR e MELO-FILHO 2002; LUDEMIR, 2008; LUDEMIR, 2005). Este estudo foi ao encontro da literatura do tema, pois como levantado e analisado em outro artigo (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, prelo), a maior parte das mulheres desta população não trabalhava e apresentou baixos níveis escolares e profissões subalternas, como as relacionadas ao trabalho doméstico.

Good e Kleinman (1985) sublinham como as relações de poder parecem participar da configuração dos quadros de depressão, cuja incidência é bem maior (mundo afora) entre mulheres, indivíduos que ocupam status sociais de relativa falta de poder e os economicamente marginais. Como aponta Littlewood (2002), há uma esquemata cultural utilizada, por aqueles que estão temporária ou permanentemente desempoderados ou aflitos, para expressar sua aflição ou sofrimento. Seus comportamentos e sentimentos deveriam ser compreendidos mais como respostas plausíveis, quando contextualizados, do que como sintomas psiquiátricos.

Neste sentido, várias temáticas recorrentes e registradas nos prontuários sinalizaram um intenso sofrimento psíquico das mulheres, não qualificado na descrição pura e simples do “quadro clínico”: questões relacionadas à conjugalidade (separações, agressões, traições, conflitos no casamento, descoberta da homoafetividade do marido, desconforto nas relações sexuais, nervosismo após o casamento); à maternidade (tentativa de matar os filhos, rejeitá-los, aborto, óbito fetal, abuso sexual da filha, morte do filho (a), suicídio do filho, entre outras); aos conflitos familiares (abandonada pelos filhos, filho usuário de drogas; perdas familiares - mãe, pai, filhos); e às sobrecargas com os filhos, trabalho e decorrentes da condição de cuidadora de doentes na família.

Todas essas temáticas remetem a uma implosão de sofrimentos, em que a mulher “deixa de procurar a razão de seu mal-estar nas suas condições de existência e revela, por meio do sofrimento (situação de surto), a opressão interior e a perda de qualquer poder sobre si mesma” (GARCIA, 1995, p. 119). Dessa maneira, há uma ontologização biomédica dos aspectos sociais e subjetivos dessas mulheres (ZANELLO, 2014a).

Ainda sobre a questão diagnóstica, vale comentar que a presença de transtorno de personalidade predominou nas mulheres. Chamou atenção o fato

da personalidade histriônica em mulheres ser descrita nas evoluções psiquiátricas por sintomas como: “traços de personalidade histérica”, “teatral”, “dramática”, “infantil”, “discurso vitimizado”, “lamuriosa”, “grande necessidade de receber atenção, afeto superficial, autocomplacência, egocentrismo”, “chora e manipula”. São termos que fazem parte da história da loucura das mulheres e que desqualificam seus sofrimentos. Nesse sentido, a histeria sempre foi considerada uma doença da mulher, como se fosse um estado natural vinculado à essência própria da feminilidade (SHOWALTER, 1995; SHOWALTER, 2004; USSHER, 2011; USSHER, 2013; ENGEL, 2007). Ou seja, há uma tendência a perceber os problemas/sofrimentos apresentados por mulheres como relacionados ao seu modo de ser.

De modo geral, a incidência de violências no referido CAPS foi alta. Segundo Schaiber, D’Oliveira, Falcão e Figueiredo (2005), as violências têm uma repercussão importante na saúde, sendo estas repercussões abordadas no interior dos serviços que, ao mesmo tempo que acolhem os efeitos, tornam sua causa invisível, especialmente aqueles que fazem os diagnósticos, pois terminam por esgotar sua intervenção nesse plano, em que a violência é mascarada por sinais e sintomas. A situação torna-se ainda mais preocupante se considerados os “não registros” dos profissionais, talvez por falta de uma escuta qualitativa das singularidades e particularidades das situações vividas pelos indivíduos.

O ex-companheiro e o atual foram os principais perpetradores de violência física e psicológica no presente ou passado próximo, seguidos pelos filhos, o que coaduna com o último Mapa da violência produzido no Brasil (WAISELFISZ, 2015). Já no passado remoto, destacou-se a figura materna na violência física, dado que aponta para a necessidade de investigar, de modo mais aprofundado, o mal-estar da maternidade e suas possíveis interseccionalidades (pobreza, tripla jornada, etc), não somente nos serviços de saúde mental.

Diante dos dados levantados, faz-se mister perguntar: o que estamos psiquiatrizando? Observa-se que há uma ontologização biomédica dos aspectos sociais e subjetivos dessas mulheres (ZANELLO, 2014a). Ou seja, ao que parece, o diagnóstico tem invisibilizado o sofrimento das mulheres em um processo de patologização das questões sociais, em vez de, como aponta Kleinman (1991), considerar o diagnóstico como uma interpretação da experiência da pessoa e, portanto, indissociável das relações sociais e da cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados levantados neste CAPS apontam para uma psiquiatrização indevida das mulheres. Se os homens apresentam quadros mais graves, tais como psicoses e retardo mental; as mulheres, por seu turno, apresentam quadros de depressão e ansiedade, os quais caracterizam-se como Transtornos Mentais Comuns, altamente correlacionados na literatura tanto com o perfil sociodemográfico destas mulheres, quanto à situação de violências por elas vividas.

No entanto, os sintomas por elas apresentados são compreendidos de um modo que não estabelece possível relação entre o transtorno, a estrutura socioeconômica, as relações de gênero e o histórico da violência e, portanto, são apenas diagnosticados e medicalizados, visando à sua supressão. Obviamente, essa é uma discussão complexa, no entanto, ao que parece, o CAPS como estratégia potencializadora da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, permanece em uma lógica medicalizante, sendo que a Política Nacional de Saúde Mental ao invés de assumir o enfrentamento dessa, especificamente as violências de gênero dentro dos CAPS, inviabiliza e fragmenta as intervenções,

pois claramente temos, de um lado, a pressuposição biomédica e, do outro, ações desinstitucionalizadoras (grupos terapêuticos, geração de trabalho e renda, etc.).

Do exposto, apreende-se que o modelo de atenção psicossocial brasileiro pode não possibilitar um acolhimento adequado às mulheres em geral, se não qualificar as especificidades de gênero e suas interseccionalidades. Isso se aplica ainda mais às mulheres vítimas de violência. Se o grito de sofrimento das mulheres se faz pela implosão psíquica, é necessário buscar outras formas de empoderamento que não as tolham em novo silenciamento como o faz, na maioria das vezes, um tratamento baseado na medicação.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriano Amaral. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- BARBOSA, Laís Barreto; Dimenstein, MAGDA; LEITE, Jäder Ferreira. Mulheres em situação de violência e seus itinerários em busca de ajuda: um estudo no município de Natal/RN. In: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Muller. Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Editora Appris, 2014.
- BEZERRA, Benilton. Pirando no século XXI: os processos de subjetivação atuais e as novas formas de sofrimento. Vídeo: Café Filosófico, CPFL cultura, 2008.
- BEZERRA, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus benefícios. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA, Benilton; COSTA, Jurandir Freire. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garmond, 2014.
- BRASIL. Lei Maria da Penha: Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 34 p. – (Série ação parlamentar; n. 422). Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/lei_maria_penha%20(2).pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.
- BOLTON, Derek. What is mental disorder. *Philosophy Psychiatry*. v. 8, no.12, p 468-470. April, 2008.
- CAMPOS, Ioneide de Oliveira, ZANELLO, Valeska e RAMALHO, Walter (SUBMETIDO). Saúde mental e gênero: o perfil sociodemográfico de pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial (prelo).
- CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed. 2. ed., 2008.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz.; NETO, Fuad Kyrillos. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo*, v. 15, n. 4, p. 611-626, dez. 2011a.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; NETO, Fuad Kyrillos. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011b.
- WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Distrito Federal, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres>. Acesso em: 30 out. 2015.

- ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2007.
- FULFORD, Kenneth W. M. Closet Logics: Hidden Conceptual Elements in the DSM and ICD Classifications of Mental Disorders. In: SADLER, John Z., O.P. Wiggins and M.A. Schwartz (eds.). Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification, Johns Hopkins University Press, 1994.
- FULFORD, Kenneth W.H; BROOME, Matthew; STANGHELLINI e THORNTON, Tim. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis?. World Psychiatry. v. 4, n. 2, p. 78–86, Jun 2005.
- GOLDBERG, David; HUXLEY, Peter. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.
- GARCIA, Carla Cristina. Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1995.
- GOOD, Byron; KLEINMAN, Arthur. Culture e Depression. In: KLEINMAN, Arthur and GOOD, Byron (eds.). Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. University of California Press, 1985.
- HARPER, David. On the persistence of psychiatric diagnosis: moving beyond a zombie classification system. Feminism Psychology. v. 23, n. 1, p. 78-85 February, 2013.
- IZAGUIRRE, Guillermo. Elogio ao DSM –IV. In: JERUSALINSKI, Alfredo; FENDRIK, Silvia. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2011.
- KLEINMAN, Arthur. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press, 1991.
- LITTLEWOOD, Roland. Pathologies of the West. An Anthropology of Mental Illness in Europe and America. Cornell University Press, 2002.
- LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO-FILHO, Djalma. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública. V. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.
- LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. Physis. v.18. n. 3, p. 451-467, 2008.
- LUDERMIR, Ana Bernarda. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 54 , n. 2, p.198-204, 2005.
- MARÍN-LEÓN Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; DALGALARRONDO Paulo; BOTECA, Neury José. Social inequality and common mental disorders. Rev Bras Psiquiatr. v. 29, n. 3, p. 250-3, Sep.Out; 2007.
- MARTINS, Francisco. Psicopatologia II – Semiologia Clínica. Brasília: Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise. Brasília: ABRAFIPP, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo; 7. ed.,1999.
- PESSOTTI, Isaías. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 9, p. 460-483, 2006.
- SADLER, John Z; HULGUS, Yosaf. F. Enriching the psychosocial content of a multiaxial nosology. In: Z. Sadler; Osborne. P. Wiggins and Schwartz, M.A. (eds.). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. London: The Johns Hopkins University Press, 1994.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; FALCÃO, Marcia, Theresa Couto; FIGUEREIDO, Wagner dos Santos. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

SHOWALTER, Elaine. *Histórias históricas: a histeria e a mídia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

SHOWALTER, Elaine. *The female malady: women, madness, an English culture, 1830-1980*. London: Penguin Books, 1985.

USSHER, Jane. *The madness of woman: myth and experience. Woman and psycholgy*. Series Editor: Jane Ussher. School of psychology. University of Western Sydney, 2011.

USSHER, Jane. *Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology*. *Feminism & Psychology*, v. 23, p. 63-69, February, 2013.

ZANELLO, Valeska. *A saúde mental sob viés de gênero, da semiologia e da interpretação diagnóstica*. In: ZANELLO, Valeska e ANDRADE, Ana Paula Muller. *Saude mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Editora Appris, 2014a.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, mulheres e conjugalidade. Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. [livro eletrônico] / organizadoras STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane Rodrigues e ZANELLO Valeska. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014b.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos*. In: DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jader; MACEDO, João Paulo; DANTAS, Candida. (Org.). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais*. 1ed. São Paulo: Intermeios Cultural, 2016, v. 1, p. 223-246.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. *Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados*. *Revista Labrys, études féministes*, juillet/décembre 2011.

ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa. *Saúde mental, gênero e violência estrutural*. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012.

ZANELLO, Valeska.; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto. *Facetas gendradas do sofrimento psíquico*. *Fractal: Revista de Psicologia*. v. 27, n. 3, 2015.

ZANELLO, Valeska. e MARTINS, Francisco. *O reencontro da clínica com a metáfora*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 189-196, 2010.

ZANELLO, Valeska e ROMERO, Ana Carolina. "Vagabundo ou vagabunda? Xingamentos e relações de gênero". *Labrys*, 2012.

