



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Raíssa de Brito Braga

***“É uma Tempestade que vem Destruindo Tudo”*: O Uso de
Psicotrópicos e o Sofrimento Psíquico Segundo Mulheres Assistidas por um
Serviço de Atenção Primária à Saúde**

UBERLÂNDIA

2020



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Raissa de Brito Braga

***“É uma Tempestade que vem Destruindo Tudo”*: O Uso de
Psicotrópicos e o Sofrimento Psíquico Segundo Mulheres Assistidas por um
Serviço de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada para a Defesa de
Dissertação junto ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia – Mestrado, do
Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Uberlândia, como requisito parcial à
obtenção do Título de Mestre em Psicologia
Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana
Pegoraro

Co-orientador(a): Profa Dra Eliane Regina
Pereira

**UBERLÂNDIA
2020**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

B813 Braga, Raissa de Brito, 1992-
2020 "É uma Tempestade que vem Destruindo Tudo": o uso de
Psicotrópicos e o Sofrimento Psíquico Segundo Mulheres Assistidas
por um Serviço de Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]
/ Raissa de Brito Braga. - 2020.

Orientadora: Renata Fabiana Pegoraro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.85>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Pegoraro, Renata Fabiana, 1974-, (Orient.). II.
Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia.
III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/número 345/PGPSI				
Data:	Dois de março de dois mil e vinte	Hora de início:	14:30	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11812PSI030				
Nome do Discente:	Raissa de Brito Braga				
Título do Trabalho:	"É uma Tempestade que vem Destruindo Tudo": O Uso de Psicotrópicos e o Sofrimento Psíquico Segundo Mulheres Assistidas por um Serviço de Atenção Primária à Saúde				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Desafios do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial				

Reuniu-se na sala 46, bloco 2C, Campus Umarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Ana Karenina de Melo Arraes Amorim - UFRN; Cintia Braghetto Ferreira - UFTM; Eliane Regina Pereira orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Eliane Regina Pereira, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente leu o parecer previamente encaminhado pela avaliadora Ana Karenina de Melo Arraes Amorim, na sequência concedeu a palavra a avaliadora Cintia Braghetto Ferreira, que passou a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata.

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Regina Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/03/2020, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Braghetto Ferreira, Usuário Externo**, em 02/03/2020, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANA KARENINA DE MELO ARRAES AMORIM, Usuário Externo**, em 02/03/2020, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1854158** e o código CRC **2DEFDF65**.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Raíssa de Brito Braga

**“É uma Tempestade que vem Destruindo Tudo”: O Uso de
Psicotrópicos e o Sofrimento Psíquico Segundo Mulheres Assistidas por um
Serviço de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada para o Exame de Qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Co-orientador(a): Profa Dra Eliane Regina Pereira

Banca Examinadora

Uberlândia, 2 de Março de 2020.

Prof. Dra. Eliane Regina Pereira (Presidente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim (Examinadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal, RN.

Prof. Dra. Cíntia Bragheto Ferreira (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro-Uberaba, MG.

Prof. Dra. Marisa Aparecida Elias (Examinadora Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2020

Esta dissertação é dedicada à todas as mulheres participantes desta pesquisa. Apesar da dor e do sofrimento serem *“uma tempestade que vem destruindo tudo”*, espero que *“depois que passa isso, o sol brilha”* para cada uma de vocês.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais Inês e Braga (em memória) por todo amor, carinho, suporte e aposta em minha trajetória acadêmica e profissional, como também ao meu irmão Raphael, pelas conversas e carinho diário.

Agradeço à minha orientadora Renata pela dedicação, responsabilidade e presença ao longo de todos esses anos, desde a graduação, repletos de parceria, estudos e trocas, me fazendo ver na pesquisa em saúde a possibilidade de uma atuação profissional compromissada, social e responsável.

À presidente da banca, Eliane, que acompanhou parte da minha trajetória na graduação, contribuindo com importantes leituras no campo da saúde e com o meu primeiro contato com a APS, que agora veio a ser local e parte do tema desta dissertação. À Cintia, que desde o nosso primeiro contato tem sido atenciosa, aberta e tem contribuído com meu desenvolvimento enquanto pesquisadora. À Ana Karenina que, mesmo não me conhecendo, se demonstrou cordial, disponível e interessada em participar deste momento importante para o meu crescimento profissional.

À minha amiga Bárbara, por ser fonte de amor, carinho e inspiração profissional, contribuindo inclusive com meus estudos nesta dissertação. À Ana Luiza e à Andressa, pelo amor, amizade e presença em momentos difíceis e alegres vividos juntas. Às minhas amigas, Alyssa, Nágilla e Larissa, pelo companheirismo ao longo do mestrado e pelo carinho e trocas vividas nesses últimos anos. Ao Vinícius, pelo carinho e poesia diária, sempre me fazendo acreditar. Aos meus demais amigos uberlandenses, pelas conversas, risadas e aprendizados. Aos meus amigos patenses, em especial Sarah, Carol e Nayara, que fizeram parte da minha vida escolar e do meu crescimento enquanto adulta, me apoiando em todos esses momentos.

À UFU e ao PGPSI, que foram fundamentais na minha formação acadêmica e pessoal, durante esses anos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que concedeu bolsa de mestrado e desde a graduação investiu ativamente na minha formação enquanto pesquisadora, e permite que a pesquisa nacional continue avançando e provocando diversas transformações sociais mesmo em tempos difíceis.

Todas as Vidas

[...]

Vive dentro de mim
a lavadeira do Rio Vermelho,
Seu cheiro gostoso
d'água e sabão.
Rodilha de pano.
Trouxa de roupa,
pedra de anil.
Sua coroa verde de são-caetano.

Vive dentro de mim
a mulher cozinheira.
Pimenta e cebola.
Quitute bem feito.
Panela de barro.
Taipa de lenha.
Cozinha antiga
toda pretinha.
Bem cacheada de picumã.
Pedra pontuda.
Cumbuco de coco.
Pisando alho-sal.

Vive dentro de mim
a mulher do povo.
Bem proletária.
Bem linguaruda,
desabusada, sem preconceitos,
de casca-grossa,
de chinelinha,
e filharada.

[...]

Todas as vidas dentro de mim:
Na minha vida –
a vida mera das obscuras.

(Cora Coralina)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelos cuidados básicos em saúde mais frequentes da população, sendo as mulheres grande parte da população atendida. Entre os cuidados desenvolvidos na APS, têm-se o cuidado em saúde mental, sendo a prescrição de medicamentos psicotrópicos e a psicoterapia as duas terapêuticas mais comuns. Diante desta questão, o objetivo geral desta pesquisa foi conhecer a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos, e seus três objetivos específicos: Identificar, na trajetória de vida das mulheres, em que momento ou situação da sua história pessoal foi introduzido o medicamento psicotrópico e quais motivos justificaram a necessidade desse uso; Identificar se houve e quais foram as informações recebidas pelas mulheres a respeito dos efeitos que esses medicamentos podem trazer na vida de cada uma delas; Compreender as consequências do uso dos medicamentos na vida dessas mulheres, desde as atividades cotidianas até seus relacionamentos afetivos. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo do qual participaram 10 mulheres que aguardavam atendimento em sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde de um município mineiro, maiores de 18 anos, com uso de medicamento psicotrópico há ao menos seis meses da data do convite. Após aceite e assinatura do TCLE para participar da pesquisa, realizou-se entrevista individual e grupal e, além disso, a pesquisadora elaborou um diário de campo. Encerrada a fase de campo, todas as audiografações das entrevistas foram transcritas para leitura e análise de conteúdo, juntamente ao diário de campo produzido pela pesquisadora. A idade das participantes variou entre 37 à 71 anos e cinco eram divorciadas, quatro eram casadas e uma era solteira. Além disso, apenas uma delas morava sozinha, enquanto a grande maioria dividia a casa com pelo menos um dos filhos ou o parceiro. As trajetórias de vida das mulheres foram marcadas pelo uso de medicamentos psicotrópicos a partir de diagnósticos de fibromialgia, depressão ou insônia. Nesse processo, cinco mulheres disseram ter recebido informações sobre os medicamentos relacionadas apenas aos efeitos colaterais que poderiam sentir no corpo e quatro sobre a função do remédio em seu corpo. Os remédios provocaram náuseas, vômitos e sonolências, mas também foram positivos para aliviar e tratar dores da fibromialgia, pensamentos suicidas e insônia. Além dos remédios, a psicoterapia também foi importante recurso diante da sobrecarga de tarefas domésticas e das funções de cuidadoras, que as levavam ao cansaço e ao adoecimento. Por fim, foi visto que as atividades desenvolvidas na unidade de saúde mantinham as formas clínicas tradicionais de cuidados pautada nos atendimentos individuais e medicamentosos. Esses mesmos dados foram encontrados na literatura acadêmica, além da dificuldade da APS em lidar com a violência contra as mulheres enquanto questão de saúde pública, dado que também apareceu no discurso das entrevistadas que destacaram a violência psicológica, física e patrimonial sofrida em ex-relacionamentos amorosos. Essas questões demonstram a necessidade de se desenvolver mais pesquisas e práticas de saúde articuladas com questões de gênero articuladas com questões socioeconômicas e raciais que interferem na vida e na saúde das mulheres.

Palavras-chave: Mulheres; Atenção Primária à Saúde; Psicotrópicos; Sobrecarga; Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is responsible for the most frequent basic health care of the population, with women being a large part of the population served. Among the care developed in PHC, there are mental health care, with the prescription of psychotropic drugs and psychotherapy being the two most common therapies. Given this question, the general objective of this research was to know the experience of women who use psychotropic medications in relation to their health and their affective relationships, and its three specific objectives: To identify, in the women's life trajectory, at what time or situation of the his personal history the psychotropic medication was introduced and what reasons justified the need for this use; Identify if there was and what information was received by women regarding the effects that these drugs can have on the life of each one of them; Understand the consequences of using medications in the lives of these women, from daily activities to their affective relationships. This is a qualitative and descriptive study in which 10 women who were waiting for care in a Basic Health Unit in a municipality in the state of Minas Gerais, over 18 years of age, took part in psychotropic medication for at least six months from the date of the invitation. After accepting and signing the informed consent form to participate in the research, an individual and group interview was conducted and, in addition, the researcher prepared a field diary. After the field phase ended, all audio recordings of the interviews were transcribed for reading and content analysis, together with the field diary produced by the researcher. The age of the participants ranged from 37 to 71 years and five were divorced, four were married and one was single. In addition, only one of them lived alone, while the vast majority shared the house with at least one of the children or their partner. The women's life trajectories were marked by the use of psychotropic medications based on diagnoses of fibromyalgia, depression or insomnia. In the process, five women said they had received information about medications related only to the side effects they might experience on the body and four about the function of the drug in their body. The drugs caused nausea, vomiting and drowsiness, but they were also positive for relieving and treating fibromyalgia pain, suicidal thoughts and insomnia. In addition to medication, psychotherapy was also an important resource in view of the overload of domestic tasks and the functions of caregivers, which led to fatigue and illness. Finally, it was seen that the activities developed in the health unit maintained the traditional clinical forms of care based on individual and medication care. These same data were found in the academic literature, in addition to the difficulty of PHC in dealing with violence against women as a public health issue, since it also appeared in the speech of the interviewees who highlighted the psychological, physical and patrimonial violence suffered in ex-relationships loving. These questions demonstrate the need to develop more research and health practices linked to gender issues linked to socioeconomic and racial issues that interfere in women's lives and health.

Keywords: Women; Public Health Care; Psychotropic drugs; Overload; Psychic Suffering.

Sumário

Apresentação	12
Capítulo 1 – O conceito de saúde e a atenção primária em saúde no Brasil0	16
1.1 Saúde no Brasil e surgimento do Sistema Único de Saúde	21
1.2 Atenção Básica em Saúde no Brasil	27
1.3 Saúde mental na atenção primária: a medicalização e o uso acrítico de psicotrópicos.....	38
Capítulo 2- Gênero e a relação existente entre Políticas Públicas, Mulheres e Saúde Mental	50
2.1 Afinal, o que é gênero?.....	50
2.2 Políticas Públicas voltadas para mulheres no Brasil e os cuidados à saúde	58
2.3 Gênero e Políticas Públicas para Mulheres	63
2.4 Mulheres e Saúde Mental: uma breve contextualização histórica.....	68
2.5 Justificativa do estudo, problema de pesquisa e objetivos	80
Capítulo 3 – Aspectos metodológicos	89
3.1 Participantes	89
3.2 Local do estudo	92
3.3 Instrumentos.....	92
3.4 Procedimentos de coleta.....	94
3.5 Aspectos éticos.....	106
3.6 Processo de análise de dados.....	106
Capítulo 4 – Resultados	109
4. 1 Apresentação das Mulheres	110
4.2 Dor, impotência e cuidado.....	131
4.3 Ser mulher – “Quando nasce uma mulher eu já viro e falo: mais uma sofredora!”	161
Capítulo 5 – Discussão.....	169
5.1 Gênero e Saúde Mental	169
5.2 Gênero, Saúde Mental, Violência contra as Mulheres Negras	178

5.3 Vulnerabilidade x Integralidade no cuidado.....	181
5.4 Saúde Mental e APS: O uso de psicotr3picos e a Psicologia neste contexto	188
5.5 O sofrimento 3 (tamb3m) social?.....	200
5.6 Estudo e experi3ncia na pesquisa: de aluna 3 pesquisadora	202
Considera33es Finais	207
Refer3ncias	210
AP3NDICES	237
ANEXOS	267

Apresentação

Quando completei 17 anos e finalizei o ensino médio, um desafio surgiu: “*qual curso escolher?*”. Nascida em Belém do Pará, criada boa parte do tempo em terras mineiras, venho de uma família mineirinha que entre trabalhos, mudanças e histórias me apoiaram em todas as fases da vida, inclusive nessa etapa de escolha da vida acadêmica e profissional.

Mesmo com apoio e suporte social, durante esse processo de escolha muitas dúvidas me assombraram: como escolher uma profissão, tão nova, que me permita posteriormente a inserção no mercado de trabalho, algo que meus pais a vida toda se preocuparam e me cobraram (principalmente devido à origem humilde deles), mas que também fizesse meus olhinhos brilharem? Entre percalços, mudanças e obstáculos, a Psicologia surgiu como uma possibilidade, mas apenas se ela me garantisse uma coisa: a possibilidade da escrita. Pouco me importava, se seria psicóloga clínica, se teria um consultório cheio, com divã e prestígio. O que eu queria mesmo era rabiscar, mesmo sem talento, textos, pesquisas, livros, sobre tudo o que era novo e me despertava curiosidade e interesse. Sendo assim, lá fui eu! Quando entrei no ensino superior, um mundo completamente novo me aguardava para ser desbravado.

Na universidade, diversas portas se abriram. Projetos de extensão, estágios, iniciações científicas. Durante meus anos como aluna de graduação conheci movimentos e lutas sociais as quais me identifiquei e adotei como minhas/meus. Meus valores mudaram, meu desejo de conhecer o mundo se expandiu. Tive a oportunidade de estudar sobre a Reforma Psiquiátrica e entrevistar famílias de cuidadores de pessoas em sofrimento mental. Conheci pessoas em sofrimento mental na enfermaria psiquiátrica do Hospital de Clínicas da UFU. Viajei, conheci a ABRASME na UFSC e, junto dela, Paulo Amarante e Ana Pitta. Paguei de tiete, tirei foto, comprei e li livros. Vi e vivi momentos políticos instáveis e retrocessos à saúde, inclusive à Reforma Psiquiátrica. Tive que formar. E eu falo tive, pois no fundo eu queria morar para

sempre na universidade, como um professor uma vez disse, a universidade era, e ainda é, meu “cobertorzinho institucional”.

A partir do final da graduação veio a construção de projetos pessoais e a busca por emprego. Nesse momento, eu finalizava meu tratamento numa clínica psiquiátrica enquanto mulher que tomava antidepressivos. Entre trocas e conversas, na época recebi uma proposta de emprego pelo meu antigo médico psiquiatra, num consultório particular, em outra cidade no interior de minas. E assim, fui, assim, tentei.

Trabalhar em consultório particular, por 5 meses, me trouxe muito aprendizado. Alguns difíceis, como lidar com o fato de que ali era uma empresa, com valores clínicos e organizacionais diferentes dos quais eu defendia. Outros positivos, como brechas e espaços para problematizar ideias às vezes impopulares sobre psiquiatria, saúde, política, mulher, família, universidade. Ah...universidade! Como eu sentia saudades do meu cobertorzinho! Nesse período surgiu a prova de seleção ao mestrado, a aprovação, a possibilidade da bolsa pelo CNPq, a dedicação exclusiva aos estudos e à escrita.

Por mais difícil e cansativo que foi o curtíssimo período em consultório particular, foi extremamente importante! Primeiro, em resgatar o meu desejo pela pesquisa e pela escrita. Em segundo, por reconhecer que apesar da cidade e do espaço tradicional, é possível existir possibilidade de conversa, troca, problematização e respeito entre os profissionais. Em terceiro, talvez mais importante, em conhecer mulheres, na época clientes/pacientes, que me despertaram inúmeras perguntas, entre elas: o que desencadeou o uso dos medicamentos psicotrópicos? Como elas entendem o relacionamento afetivo que estão? Será que elas percebem as situações de violências físicas e psicológicas que vivem? Como é ser uma mulher com deficiência? Será que ser mãe é carregar sempre a culpa? Como viver a sexualidade na adolescência?

Não fazia sentido continuar na clínica. Por mais que essas mulheres me despertassem interesse, vontade de atuação clínica, de cuidado e de zelo, eu cultivava o bichinho da pesquisa. Aquele que pica a gente, que coça, que não deixa em paz! Precisa ser olhado, precisa de tempo,

de cuidado, de trabalho árduo! Mas hoje entendo que é um caminho que escolhi e que me possibilita atuação e cuidado, talvez indiretamente, às mulheres que atendi e às mulheres que conheci na pesquisa.

Nesse contexto, aliando o desejo de conhecer mais sobre a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos como também conhecer melhor o campo da saúde pública, tendo em vista que o SUS é um sistema de saúde universal, muitos questionamentos surgiram: como as mulheres compreendem o sofrimento psíquico? Como funciona a Atenção Primária à Saúde (APS)? Quais os cuidados desenvolvidos na APS em prol da saúde mental? Qual lugar o remédio ocupa na vida das mulheres? Quais recursos e cuidados em saúde são utilizados pelas mulheres em sofrimento psíquico? Todos esses questionamentos me levaram a elaborar, posteriormente, os objetivos desta pesquisa, sendo o geral: conhecer a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos; e os específicos (1) Identificar, na trajetória de vida das mulheres, em que momento ou situação da sua história pessoal foi introduzido o medicamento psicotrópico e quais motivos justificaram a necessidade desse uso; (2) Identificar se houve e quais foram as informações recebidas pelas mulheres a respeito dos efeitos que esses medicamentos podem trazer na vida de cada uma delas; (3) Compreender quais consequências positivas ou negativas o uso dos medicamentos pode ter gerado na vida dessas mulheres, desde as atividades cotidianas até seus relacionamentos afetivos.

Diante desse processo, é necessário destacar que me vi identificada em quase todos os momentos dessa pesquisa, muito diferentemente do pesquisador “neutro”, positivista, se é que é possível existir neutralidade mesmo na ciência. Eu me vi enquanto mulher, enquanto usuária de psicotrópicos por dois anos, enquanto cidadã que defende o SUS e a democracia, principalmente em momentos de tantos retrocessos políticos, instabilidade e medo. Eu me vi nas falas das mulheres que conheci, nos textos que li e em diversas coisas que conheci ao longo desse processo, que muitas vezes me arrancaram lágrimas e risadas. Foi, em muitos momentos,

um caminho incrível e um grande divisor de águas na minha vida pessoal e acadêmica, onde gradualmente fui me descobrindo enquanto pesquisadora. Mas também não posso ocultar e negar que foi marcado por períodos solitários, tristes e escuros, permeados por instabilidade política, mudanças na vida pessoal e poucos espaços de troca.

Após a breve história que trouxe um pouco sobre os bastidores de minha jornada acadêmica, cabe dizer que essa pesquisa iniciou em março de 2018 e sua apresentação será feita em seis capítulos. Os dois primeiros são teóricos e resgataram o conceito de saúde e a configuração da atenção primária à saúde no Brasil, as políticas públicas para mulheres e a relação entre saúde mental e gênero, a partir de leituras de importantes teóricos e pesquisas sobre o tema. Já o capítulo 3 narrou os aspectos metodológicos enquanto o capítulo 4 abordou os resultados construídos nesta pesquisa, seguido pelo capítulo 5 com a discussão desses resultados e, por último, as considerações finais deste estudo.

Capítulo 1 – O conceito de saúde e a atenção primária em saúde no Brasil

Quando pensamos em saúde, é necessário ter em mente que a ideia de saúde deve ser analisada enquanto conceito socialmente construído e, portanto, está atrelado às questões sociais, culturais e políticas de uma determinada época. A partir dos estudos de Fee (1987, citado por Buss & Pellegrini-Filho, 2007), é possível compreender que o entendimento sobre saúde-doença sofreu diversas transformações ao longo da história, em especial no final do século XIX e início do século XX. Em alguns momentos, esteve atrelado a uma forma de pensar ligada restritamente às questões biológicas e patológicas. Esta concepção regeu a forma de pensamento na abertura de escolas de saúde pública de diversos países, inclusive no Brasil. Enquanto em outros momentos, a saúde foi pensada a partir de questões relacionadas ao indivíduo e sua relação com o trabalho, com as famílias e a vida em comunidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do seu surgimento no ano de 1948, definiu a saúde enquanto um total estado de bem-estar físico, mental e social, que deve ser compreendido muito além da ausência de alguma doença ou enfermidade. Todavia, esse conceito foi criticado por alguns autores e profissionais por entenderem que essa definição coloca a saúde como algo utópico e inalcançável, sem portanto contribuir para o desenvolvimento de ações públicas em saúde. Tendo em vista isso, atualmente a OMS e a OPAS trabalham com a ideia de saúde relacionada com questões sociais e ambientais que podem afetar na saúde das pessoas e na qualidade de vida dessa população, trabalhando a partir da ideia de diminuir os riscos de adoecimento da população. Entretanto, para alguns autores é necessário superar a ideia de risco e de simples resolução de problemas da saúde, mas sim focar em ações construtivas de saúde e qualidade de vida conjuntamente à população, valorizando o saber popular, social e cultural, buscando uma prática ética e empenhada com a realidade das populações

(WHO,

2014;

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-

[no-brasil&Itemid=672](#); Bastitella, 2007). Dessa forma, o conceito de saúde “reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade” (Bastitella, 2007, p.82).

Em defesa ao direito à saúde para todos, a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, ocorrida no Canadá em novembro de 1986, criou uma carta com ações a serem desenvolvidas em prol do alcance desse objetivo. Esta conferência levou em consideração tanto aspectos econômicos dos países desenvolvidos quanto questões econômicas, sociais e culturais de países em desenvolvimento. O objetivo era que, a partir do ano 2000, a saúde pudesse ser oferecida para toda a população, tendo em mente que para ser adquirida é necessária paz, educação, alimentação, justiça social, sistema econômico estável, equidade entre outros importantes fatores (WHO, 2009).

Posteriormente, outras conferências internacionais de promoção à saúde foram realizadas (seis ao todo), inclusive resgatando pontos importantes da Declaração de ALMA-ATA, documento emitido no ano de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida na antiga União Soviética. Este documento defendeu que a saúde depende, entre diversos pontos, de setores sociais e econômicos e mencionou que: a desigualdade da saúde dos povos está relacionada a esses fatores; a saúde deve ser o principal objetivo a ser buscado pelo mundo; é direito e dever dos cidadãos participar do planejamento e da execução de ações em prol da saúde; o compromisso do governo deve ser em executar ações em busca da saúde tendo métodos científicos bem fundamentados, aceitos socialmente e articulados com a realidade do indivíduo, das famílias e da vida em comunidade; é imprescindível levar em consideração aspectos e vivências no trabalho, na família e nos laços sociais diários das pessoas (Declaração de Alma-Ata, 1978). Dessa forma, levando em consideração esses e demais aspectos da Declaração de Alma-Ata, as posteriores Conferências

Internacionais de Promoção à Saúde discutiram diversas questões, entre elas: a construção de políticas públicas de saúde; o desenvolvimento de ambientes seguros e pautados em suporte social; ações comunitárias fortes e em prol da população; reorientação dos serviços de saúde de acordo com a necessidade da população entre diversas outras questões e obstáculos decorrentes de cada época e contexto histórico social do momento. No caso da 6ª Conferencia Internacional de Promoção à Saúde, a última, ocorrida em Bangkok no ano de 2005, os membros discutiram também a globalização, a tecnologia e as informações como mecanismos importantes de compartilhamento de experiências e ações em saúde. Além disso, destacaram-se a necessidade de criar estratégias e instrumentos visando à saúde com base nos direitos humanos, em modelos de políticas sustentáveis, em ações de liderança e pesquisas em relação à saúde, além de parcerias e alianças entre o público, privado, organizações não governamentais e sociedade civil para criação de ações sustentáveis em saúde (WHO, 2009).

Outra questão importante retratada pela OMS, ainda em 2005, foi a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) que discutiu como as questões sociais podem afetar na saúde das pessoas (Buss & Pellegrini-Filho, 2007). A partir da CDSS criada pela OMS, surgiu o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que se refere a “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss & Pellegrini-Filho, 2007, p.78). Outra forma de compreender os DSS é a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead que dá ênfase em diferentes questões da vida do sujeito, tais como comportamentos e ações individuais que afetam a saúde de cada pessoa, a relação dela com a comunidade, se a pessoa possui suporte social, se têm acesso às condições psicossociais como água limpa, sistema de esgoto, habitação, educação, alimentação, além de questões mais gerais como proteção ambiental, redução da desigualdade social e desenvolvimento sustentável que afetam a relação do sujeito e sua saúde (Buss & Pellegrini-Filho, 2007).

Em um estudo mais recente, discute-se a necessidade de problematizar os DSS a partir do momento em que surgiu a CDSS preocupada com as desigualdades sociais num tempo histórico marcado pelo pós-neoliberalismo (Garbois, Sodré & Dalbello-Araujo, 2014). Para as autoras, “ao reduzir e fragmentar o dinâmico e complexo fen meno social a “fatores sociais”, acaba[-se] por reproduzir a no o de saúde como um objeto externo ao sujeito e a dicotomizar, ainda mais, o individual e o social” (Garbois, Sodré & Dalbello-Araujo, 2014, p.1180). Assim, as autoras articulam que o social não deve ser visto como exterior ao indivíduo ou   ideia de saúde, principalmente   saúde coletiva, sendo importante a articula o desse conceito com seu próprio surgimento e sua história que culminou num campo de prática e conhecimento “historicamente construído, coletivamente transformado e comprometido com um mundo mais justo, menos desigual” (Garbois, Sodré & Dalbello-Araujo, 2014, p.1181).

Convergente com essa forma de pensamento está o conceito de vulnerabilidade. Esse conceito surgiu em contrapartida   ideia de risco que foi defendida no século XX com programas de saúde que visavam instruir a popula o sobre conhecimentos técnicos e especializados para prevenir, tratar e controlar doenças, desvalorizando o saber popular e cultural diante essas questões. A vulnerabilidade tem rela o com preocupa es surgidas no contexto da epidemia de HIV/AIDS, na década de 1980, que mobilizou o movimento gay, programas de saúde e diversas institui es para se pensar na saúde, quando muitos outros programas de saúde de cunho técnico-biológico se demonstraram ineficazes. Dessa forma, a ideia de vulnerabilidade está interessada nas condi es pessoais, sociais e institucionais que podem levar um determinado grupo a situa es de adoecimento (como foi o caso das pessoas infectadas com o HIV), de acordo com diversas circunstâncias que podem agravar essas condi es (como falta de saneamento básico, de transporte, de alimenta o, de segurança, de acesso aos serviços de saúde e   educa o) (Castellanos, Baptista & Ayres, 2018; Meyer et al. 2006). No entanto, essa no o de vulnerabilidade não está limitada a questões ligadas ao HIV.

Pelo contrário, ela se relaciona com outras questões do campo da saúde na interrelação entre três componentes: o sujeito, o social e as instituições. No caso do sujeito (incluindo indivíduos e grupos), além de ter em pauta as questões do ambiente, do social e da cultura que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças ou para a prevenção e promoção de saúde, também é necessário pensar em como práticas e programas estão sendo desenvolvidos de forma inclusiva para que os sujeitos possam ser pessoas ativas nas suas buscas e representações de saúde. No caso do componente social, o conceito de vulnerabilidade coloca a necessidade de se desenvolver parcerias entre escolas, instituições de saúde, jurídicas e sociais com o objetivo de expandir informações e conhecimento sobre os processos de saúde a partir da liberdade e do respeito. Por fim, o componente institucional destaca a articulação dos demais em direção à promoção e prevenção de saúde a partir de programas locais, regionais e nacionais pautados nas demandas de cada grupo e contexto, a partir do encontro entre profissionais e sujeitos com a utilização de recursos existentes naquela cultura (Castellanos, Baptista & Ayres, 2018; Meyer et al. 2006).

Essa articulação entre os componentes do conceito de vulnerabilidade, portanto, afasta a idéia de que um sujeito, por suas características pessoais e particulares é vulnerável, sendo possivelmente mais adequado falar em contextos de vulnerabilidade e não em sujeitos vulneráveis. A interreação sujeito-social-instituições é, portanto, contrária à idéia de risco individual e de intervenções focadas na eliminação de sintomas, e dialoga com o conceito de determinantes sociais em saúde, anteriormente apresentado.

Em 2006 foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o objetivo de articular em nosso contexto as mesmas discussões a respeito das questões sociais. O decreto que criou a CNDSS, entre diversas questões, apontou a necessidade de investir na atuação do poder público junto com instituições de pesquisas e sociedade civil para implantar políticas de saúde baseadas na equidade, na geração de

informações e na prevenção de efeitos negativos de determinantes sociais da saúde (Brasil, 2006). Todavia, para Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014), a discussão feita baseou-se no modelo de Dahlgren e Whitehead e provocou a fragmentação do social em fatores e determinadas camadas ou situações específicas, não o compreendendo em sua complexidade histórica e cultural, diferentemente do conceito de vulnerabilidade e de ações em saúde buscando compreender as relações e o percurso coletivo em saúde, como dito no parágrafo anterior a parte dos estudos de Castellanos, Baptista e Ayres (2018) e Meyer et al. (2006).

Além da criação do CNDSS, posteriormente no Brasil ocorreram reuniões e discussões sobre saúde, destacando-se a 1ª Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, ocorrida em outubro de 2011. Esta conferência teve o objetivo de buscar a equidade em saúde a partir de uma melhor governança no campo da saúde, promover maior participação social e desenvolver sistemas de saúde que pudessem reduzir as iniquidades (OMS, 2011).

Assim, como foi exposto até aqui, o entendimento que se tem sobre o processo de saúde e doença e a forma como a população vivencia essa questão depende de cada tempo histórico e a relação entre cuidado, saber científico, desenvolvimento econômico e contexto social. Dessa forma, para que possamos compreender melhor como o Brasil tem lidado hoje com a saúde, é necessário resgatarmos um pouco da história do país e dos serviços de saúde pública disponíveis à população.

Face a tais considerações, o conceito de saúde que embasa a elaboração desta pesquisa se fundamenta na noção de DSS e, deste modo, articula-se com a definição presente na Constituição Brasileira de 1988. A próxima seção abordará a oferta de cuidado em saúde no Brasil até a formação do Sistema Único de Saúde.

1.1 Saúde no Brasil e surgimento do Sistema Único de Saúde

No nosso país, o cuidado em saúde primeiramente foi feito a partir de instituições

filantrópicas e religiosas. O saneamento das cidades, dos portos e o controle de epidemias foram responsabilidades do poder público no início do século XX. Os poucos hospitais existentes, estavam atrelados às bases militares, deixando às instituições filantrópicas e religiosas o cuidado principal pelas ações em saúde da população. As ações feitas pelo Estado tinham caráter fortemente higienista e biologicista atuando na vacinação contra a varíola, em cuidados à hanseníase, à tuberculose e até mesmo à doença mental, que será discutida mais especificamente nos próximos capítulos dessa dissertação (Faria, Coelho, Werneck & Santos, 2010; Carvalho, 2013).

Em um contexto social de urbanização e industrialização, houve a promulgação da Lei Elói Chaves e a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAP) no ano de 1923. Os trabalhadores cuja empresa criava uma CAP poderia ter direito à pensões em caso de acidentes ou doenças, além de uma possibilidade de aposentadoria na velhice. (Carvalho, 2013; Reis, Araújo & Cecílio, 2010; Batich, 2004). Todavia, as CAP inicialmente garantiam os direitos a pensões e aposentadorias exclusivamente a classe trabalhista ferroviária, mesmo o país tendo também o trabalhador rural como fundamental para o crescimento econômico brasileiro. Neste contexto, a inclusão de ações de cuidados à saúde era opcional às empresas que tivessem as CAP. Posteriormente, a partir do crescimento da classe trabalhadora urbana no final da década de 1920 e início da década de 1930, conflitos entre empresários e trabalhadores que buscavam mais direitos e melhores condições de trabalho, desencadearam na expansão e criação da CAP à outras empresas, não apenas àquelas relacionadas ao mercado ferroviário. Essa abrangência ocorrida na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, no período do Estado Novo, transformou as CAP nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), alguns dos quais tinham não apenas foco no pagamento de aposentaria e pensões, mas também na oferta de assistência médica e na compra de serviços do setor privado para atender trabalhadores e seus familiares (Carvalho, 2013; Reis, Araújo & Cecílio, 2010; Batich, 2004). Neste período, portanto, CAP de

empresas de uma mesma área foram unificadas em um instituto, passando a existir no país, IAPs com diferentes coberturas decorrentes do número de trabalhadores vinculados.

Considerando ainda o crescimento econômico que acontecia no Brasil, a década de 1940 foi marcada pela extração da borracha e do manganês nas regiões norte e nordeste, e nessa época foram criados os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), em 1942, oferecendo cuidados em saúde a essas regiões. O SESP surgiu a partir de um acordo entre os Estados Unidos e o Brasil com o desenvolvimento de redes de saneamento básico e de unidades de saúde locais nas regiões onde se extraía a borracha e o minério de ferro (importantes no contexto da Segunda Guerra Mundial). Assim, o SESP promoveu ações de saúde pautadas na educação sanitária à população rural e aos seringueiros, tentando controlar e solucionar algumas doenças comuns recorrentes à falta de saneamento e práticas locais, além de realizar o atendimento básico, urgências e emergências, além de internações. As regiões atendidas por unidades do SESP tinham, portanto, tratamentos mais avançados se comparados ao restante do país, por se considerar que, além do atendimento, as unidades também estavam voltadas para a pesquisa. Posteriormente, no início da década de 1960, o SESP se transformou na Fundação SESP (FSESP) a partir da Lei 3.750, durante o governo de Juscelino Kubitschek, assumindo o compromisso com a saúde em outras regiões de desenvolvimento econômico e com escassos programas governamentais direcionados à ela. Assim, a FSESP desenvolveu ações em saneamento básico, abastecimento d'água, educação sanitária, entre diversas outras. (Carvalho, 2013; Renovato & Bagnato, 2010; Brasil, 1960).

Seguindo a linha histórica e as ações em saúde à população, em 1963 aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde e pela primeira vez começou a ser articulada a criação de um sistema de saúde para todos, organizado e descentralizado, não apenas aos trabalhadores com carteira assinada. Todavia, com a ditadura militar a partir de 1964, essa proposta não foi adiante e muitas ideias privatizantes surgiram. Já em 1965, por meio da unificação dos IAPs, surgiu o

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir de reivindicação e luta dos trabalhadores durante a ditadura. Era o início da consolidação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, marcado pelo biologicismo e pela figura central do médico, com acesso ainda exclusivo aos trabalhadores contribuintes da previdência social (Carvalho, 2013; Reis, Araújo & Cecílio, 2010).

Posteriormente, em 1977, houve a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, dentro desse sistema, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que foi responsável pela administração e prestação dos serviços da assistência médica. Já em 1982, houve a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que dirigiu olhar para a atenção primária. Com o declínio da ditadura militar e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a saúde começa a ser pensada como um direito universal, abrangendo toda a população, além dos trabalhadores (Carvalho, 2013; Reis, Araújo & Cecílio, 2010).

A saúde enquanto um direito de todos foi um dos princípios que ganhou força com a Reforma Sanitária Brasileira que, com a participação e luta do movimento popular, reivindicou fortemente a saúde enquanto direito universal, a equidade da assistência à saúde, além da responsabilização do Estado em relação à saúde da população. Esse movimento cresceu a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ambos em meados de 1970, desenvolvendo uma reforma nas ações em saúde sendo que, posteriormente, muitas dessas mudanças viriam a ser implementadas pelo SUS. Assim, enquanto antes se valorizava o caráter médico preventivo e curativo, a partir da reforma foca-se nas condições sociais, políticas e econômicas da sociedade, além do surgimento da medicina social e a compreensão da saúde articulada com as questões sociais e culturais de cada grupo (Cohn, 1989; Bastitella, 2007; Mattos, 2009).

Já em 1987, houve a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

(SUDS) que teve como algumas de suas diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde, princípios hoje também encontrados no SUS. Além disso, o SUDS promoveu uma aproximação entre o Governo Federal e os municípios a partir do investimento financeiro federal às secretarias municipais para que pudessem expandir suas redes de serviços em saúde (Carvalho, 2013; Reis, Araújo & Cecílio, 2010).

Assim, após a criação do SUDS, em 1988 foi aprovada a Constituição Cidadã a qual firmou o compromisso com a saúde e o investimento financeiro a partir de recursos governamentais federais, estaduais e municipais além de “ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços” (Reis, Araújo & Cecílio, 2010, p. 34). Assim, com a Constituição Federal em 1988, ficou estabelecido que a saúde:

é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2003, p. 20).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da Constituição Federal e foi regulamentado com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um conjunto de ações e serviços desenvolvidos tanto por instituições e órgãos da esfera federal, quanto estadual e municipal, tendo como diretrizes gerenciais a descentralização, o atendimento integral e foco nas ações preventivas e a participação da comunidade (Brasil, 2003).

Além das diretrizes gerenciais citadas acima, é importante destacar que o SUS se baseia nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. No caso da *universalidade*, esta pode ser descrita como a segurança de que o Estado irá prover a saúde enquanto um direito para toda a população, independente da cor, gênero, orientação sexual e/ou quaisquer outras características pessoais e sociais. Já a *equidade*, segundo princípio adotado

pelo SUS, tem o objetivo de diminuir as desigualdades sociais ao compreender que as pessoas são diferentes e por isso possuem necessidades diferentes em saúde, tendo o Estado responsabilidade de assegurar essas necessidades ao tratar desigualmente os desiguais. Por fim, a *integralidade* é o terceiro princípio doutrinário do SUS que busca olhar o indivíduo de forma integral, compreendendo-o enquanto um ser humano além das suas necessidades de saúde/doença, mas a partir da sua relação com a cultura, o meio social em que vive e sua qualidade de vida. Esse princípio regulamenta ações integradas em saúde envolvendo prevenção, promoção e tratamento de doenças além da reabilitação do indivíduo na sociedade, todavia num caráter diferente do biomédico, mas social, envolvendo as três esferas políticas e diversos profissionais de diferentes áreas para se pensar em saúde e qualidade de vida (Brasil, 2003).

Além disso, o SUS tem como objetivos: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e dos DSS (que foi discutido e articulado nas páginas anteriores dessa dissertação) como a alimentação, o saneamento básico, a educação, o transporte, o lazer, entre outros; a formulação de políticas públicas que visem reduzir os riscos de doenças e garantir o acesso universal e igualitário a todos; cuidados em saúde às pessoas a partir de ações de promoção, proteção e recuperação e de ações assistenciais e preventivas (Brasil, 2003).

Ainda de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2003), outro ponto importante presente na legislação do SUS foi a Norma Operacional Básica (NOB) que surgiu para viabilizar a atenção integral à saúde oferecida pela população a partir do planejamento de ações entre as três esferas da gestão do sistema (municipal, estadual e federal). Entre essas esferas, ficou definido ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em diferentes níveis de atenção à saúde, entre eles a Atenção Primária ou chamada de Atenção Básica que será explicada e discutida no item a seguir deste capítulo.

Mais detalhadamente, essas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde visam

o cuidado da comunidade a partir do conhecimento científico, do diagnóstico e do tratamento. Podemos citar alguns exemplos de ações de promoção como o incentivo em estilos de vida mais saudáveis como boa alimentação e a prática de exercício físico em detrimento de sedentarismo, do uso de álcool e de outras substâncias. Já a proteção à saúde pode envolver ações desenvolvidas pelo estado como vacinações, controle e fiscalização feita pela vigilância sanitária, controle de epidemias, exames médicos periódicos, entre outros. Por último, a recuperação da saúde engloba ações de diagnóstico e tratamento de doenças e acidentes a partir do serviço ambulatorial e hospitalar, além de também contar com alguns serviços particulares conveniados ao SUS tanto no nível federal, estadual, e, principalmente, municipal (Brasil, 1990; Brasil, 2011).

1.2 Atenção Básica em Saúde no Brasil

Modelos de atenção à saúde são formas de estruturação de aparatos tecnológicos criados e desenvolvidos para se pensar em questões relacionadas à saúde, tanto individual quanto grupal, tendo dois objetivos principais: erradicar doenças e maximizar a saúde da população, como também buscar um maior acesso das pessoas aos serviços de saúde, tendo em vista o contexto populacional de cada grupo. Ao longo da história, diversos modelos estiveram presentes para se pensar na saúde no Brasil, desde o modelo médico hegemônico, com o foco na figura do médico subespecializado, no individualismo, na medicalização dos problemas diários ocasionando a passividade dos indivíduos diante o processo, até o modelo de atenção primária à saúde, com uma proposta e compreensão diferenciada, em torno do social (Paim, 2012; Giovanella & Mendonça, 2012).

Em linhas gerais a atenção primária, que será trabalhada melhor nesse item, se caracteriza pela mudança da figura médica que não mais preocupa-se exclusivamente com a enfermidade, mas expande seus conhecimentos e ações em saúde ao buscar a integração do

sujeito com seu ambiente de trabalho, sua família e todo o meio social. Dentro desse modelo, isto é feito a partir de uma equipe composta por diversos profissionais de saúde que valoriza a ética, a dignidade humana e a equidade ao se pensar em saúde. Dessa forma, incentiva-se que as pessoas sejam protagonistas da sua própria saúde e vida, como também possam influenciar os serviços de saúde a elaborar propostas e intervenções úteis para cada grupo social (Starfield, 2002).

Em linha histórica, as décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelo desenvolvimento da medicina preventiva em diversos países, inclusive no Brasil, com o objetivo de estudar e tratar as doenças já em curso no indivíduo, para prevenir que elas se desenvolvessem e se alastrassem no restante da população. Posteriormente, esse modelo ganhou críticas e, durante a década de 1970, o movimento da medicina comunitária ganhou espaço e influenciou o Brasil com o propósito de integração das ações e serviços trazendo o conceito de “modelo de pirâmide”. Neste modelo, o foco maior seria na atenção primária em detrimento da secundária e terciária, criticando o modelo hospitalocêntrico até então vigente, tornando a medicina comunitária alvo de críticas dos grupos políticos e profissionais mais conservadores (Paim, 2012; Nunes, 1996).

Diante disso, é importante dizer que esses movimentos foram importantes para o desenvolvimento da Atenção Primária (AP) ou Atenção Básica (AB) no Brasil. Isso se deve ao fato de que tanto a medicina preventiva quanto a comunitária contribuíram para o estudo e desenvolvimento de ações em saúde a nível local, levando em consideração as demandas sociais e populacionais. Isso ocorreu num momento histórico, durante a década de 70, em que 37% da população não recebia qualquer forma de assistência e cuidados em saúde. Assim, a partir desses dois movimentos descritos, o da medicina preventiva e comunitária, o modelo sanitarista cresceu e também influenciou o surgimento da APS no Brasil, ao ganhar espaço no país a partir do início do século XX. Ele pode ser descrito por ações e programas voltados à saúde coletiva, como campanhas de vacinações e controle de epidemias, ou em programas

especiais como controle da hanseníase e do HIV/AIDS. Esse modelo já estava presente nas campanhas de vacinação propostas no início do século XX para controle da saúde dos trabalhadores. Este modelo surgiu fortemente influenciado pelos Estados Unidos e conta, sobretudo, com um caráter biomédico e epidemiológico. (Paim, 2012; Nunes, 1996).

Torna-se importante também lembrar que a APS surgiu com forte influência da Declaração de Alma-Ata, como citado anteriormente, trazendo a discussão dos determinantes sociais de saúde. Esse modelo propôs uma mudança no foco das ações em prol da saúde, deslocando a centralização da figura do médico e uma abordagem curativa para a adoção dos conceitos de prevenção e promoção em saúde integradas a outros níveis de atenção e com a participação de diversos profissionais nesse processo (Paim, 2012; Andrade, Barreto, Bezerra & Silva, 2012).

Desta maneira, após a crítica a esses movimentos da saúde preventiva e comunitária, além do movimento sanitarista, a APS se estabeleceu enquanto modelo de atenção à saúde em todo território nacional com a Lei 8.080 a partir do surgimento do SUS. Este modelo de saúde é a porta de entrada do sujeito aos serviços de saúde, sendo responsável pelo cuidado e atenção às questões de saúde mais comuns da população. Além disso, internacionalmente, a APS é vista com o modelo de atenção à saúde que tem em seu centro o usuário-cidadão, tendo a visão do sujeito tanto no seu nível individual, quanto a partir do seu contato e relação com a comunidade. (Paim, 2012; Faria, Coelho, Werneck & Santos, 2010).

Dessa forma, a APS possui três valores essenciais. O primeiro deles é *o direito ao mais alto nível possível de saúde* para todos, garantindo que independente da raça, gênero, situação econômica, convicção política e religiosa, todas as pessoas possuem o direito a receber serviços de qualidade a partir da sua demanda pessoa e local. Além disso, a *equidade* a partir de políticas de programas de saúde visando uma sociedade justa e com base nas necessidades de cada grupo. Por fim, a *solidariedade* como um valor que busca investimentos em saúde de forma sustentável

a partir de ações coletivas locais e federais visando superar problemas sociais (OPAS, 2007; WHO, 2007).

Assim, a APS se desenvolve na saúde pública enquanto modelo norteado a partir de diversos princípios, entre eles, a busca por responder às necessidades de saúde das pessoas a partir de evidências e bases científicas, respeitando e considerando as necessidades e preferências do grupo em questão, a partir do status socioeconômico, cultura, raça, etnia ou gênero. Além disso, o modelo da APS tem como princípio a qualidade do seu serviço a partir do conhecimento e do treinamento continuado dos profissionais de saúde para buscar eficiência, efetividade e segurança nas ações preventivas e curativas em saúde. Todavia, considerando que os modelos de atenção à saúde são influenciados diretamente por interesses políticos e econômicos, é necessário que o governo se mantenha responsável e comprometido com a APS a partir do monitoramento do sistema de saúde e do investimento em serviços e cuidados à saúde da população, com foco na equidade e qualidades dessas ações (OPAS, 2007; WHO, 2007).

Diante disso, pode-se dizer que o modelo de APS trabalha com a longitudinalidade a partir da aproximação e do estabelecimento de vínculo entre unidade de saúde (equipe e profissionais) e comunidade. Isso acontece quando as unidades de saúde organizam e desenvolvem ações com base territorial, em prol da comunidade, das suas demandas e necessidades específicas, de forma que a comunidade reconheça esses serviços enquanto essenciais para a sua saúde. Quando isso acontece, o estabelecimento do vínculo garante que as pessoas se sintam acolhidas pelas equipes de saúde e assim ações em promoção, prevenção e proteção à saúde possam acontecer de forma eficaz e segura.

Dessa forma, a APS busca, enquanto princípio, a justiça social a partir de ações em saúde que garantam respeito e dignidade a todos e maior cobertura de serviços de saúde. Para garantir que esse modelo continue em funcionamento mesmo diante de circunstâncias econômicas e políticas instáveis, é primordial a participação social buscando ações e metas em prol da

comunidade e das pessoas menos favorecidas garantindo, por exemplo, o acesso à educação e ações em saúde buscando combater injustiças sociais. Assim, este modelo busca desenvolver a sustentabilidade a partir de um sistema de saúde que se responsabilize por ações coletivas, públicas e privadas na sociedade a partir da intersetorialidade, com ações em saúde que visem também políticas de desenvolvimento do setor público e privado no que concerne a fatores como trabalho, educação, meio ambiente, saneamento básico, assistencial social, planejamento urbano, entre outras questões fundamentais e importantes no cotidiano das pessoas (OPAS, 2007; WHO, 2007).

Após a caracterização desse modelo, é necessário dizer que a APS no Brasil foi estruturada principalmente a partir de dois importantes programas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), também criado na década de 1990, desenvolvendo ações territoriais à população mais pobre e oferecendo ações educativas, preventivas e curativas em saúde a esses grupos, tendo um caráter de maior aproximação entre os serviços e a comunidade. Isso pode ser visto a partir do PACS que se desenvolveu inicialmente na região norte e nordeste do Brasil. Entre as mais diversas características desse programa, o PACS permitiu assistência às populações mais pobres e o controle de doenças e epidemias locais, como a cólera, a partir do trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) supervisionados por enfermeiros. A princípio, esse serviço foi oferecido à população de regiões com precária assistência médica e os ACS também contribuíram, a partir de capacitação e treinamento, com outras ações de promoção de prevenção em saúde. Posteriormente, a profissão do ACS foi instituída em âmbito nacional pelo SUS devido a seu caráter de grande importância e ajuda na identificação e ações em comunidade local. Além disso, após o desenvolvimento dos PACS e a partir dos bons resultados obtidos, o PSF surge com objetivos similares e oferecendo cuidados em saúde à outras regiões do país (Giovanella & Mendonça, 2012; Faria, Coelho, Werneck & Santos, 2010).

Nesse período que envolve o final da década de 1980 e a década de 1990, o Brasil passava por problemas econômicos e sociais que refletiram na maneira de se pensar a saúde. Esses conflitos e problemas envolviam principalmente a chamada “crise da previdência” pelo aumento do número de aposentados em relação aos contribuintes e, portanto, a discussão dos gastos financeiros federais e, conseqüentemente, o investimento com assistência médica à população. Assim, havia uma divergência entre um projeto neoliberal com o objetivo de reduzir investimentos públicos à saúde e um projeto que permitia o crescimento e desenvolvimento do SUS (Giovanella & Mendonça, 2012; Faria, Coelho, Werneck & Santos, 2010). Dentro desse contexto, o PACS e o PSF se apresentaram enquanto programas que defendiam o crescimento do SUS a partir de sua descentralização do SUS para o governo municipal e local.

Dessa forma, o PSF também foi desenvolvido na década de 1990 com a proposta de assistir pequenas cidades e regiões do país com pouca atenção à saúde e, posteriormente, se transformou no que hoje chamamos de Estratégia da Saúde e da Família (ESF). Assim, o PSF foi essencial para dar continuidade à consolidação do SUS por meio da participação social, da comunidade, além do exercício do controle social como direito de cidadania. Como dito anteriormente, seu desenvolvimento, acima de tudo, aconteceu a partir da existência e das ações dos PACS, com planejamentos e programações locais, identificação da população e da demanda dos grupos, diagnóstico da saúde local, assim como também assistência médica tanto individual quanto comunitária de forma integral e contínua em grupos com grandes vulnerabilidades (Giovanella & Mendonça, 2012; Andrade, Barreto, Bezerra & Silva 2012). Todavia, apesar do aumento das equipes de PSF, esse programa teve grandes desafios para ser implantado, como: (a) o crescimento das cidades a partir da industrialização e o movimento migratório aos grandes centros urbanos, uma vez que aumentaram as desigualdades sociais, a pobreza, o desemprego e as dificuldades ao acesso aos serviços de saúde; (b) necessidade de superação do modelo médico tradicional de saúde, centrado na doença, para um cuidado mais integral e interdisciplinar no

processo saúde-doença; (c) mudança do perfil epidemiológico uma vez que a população envelhecia e outras doenças cresciam, entre elas as crônico-degenerativas, porém ainda mantendo as doenças típicas da infância, como as infectocontagiosas. Todavia, apesar desses desafios, o PSF criado em 1994 conseguiu aumentar a cobertura em saúde para uma maior parte da população brasileira, não apenas nas áreas de maior vulnerabilidade social (Caetano & Dain, 2002; Morosini, Fonseca & Lima Junior, 2018; Silva Jr. 1998, citado por, Andrade et al., 2012).

Assim, apesar das dificuldades apontadas anteriormente, o PSF levou em consideração a especificidade de cada município brasileiro, a relação da comunidade com os serviços de saúde e os meios de transporte disponíveis para o acesso ao local. Além disso, esse programa observou os aspectos culturais relativos ao processo de saúde-doença de cada região e grupo atendido e contou com uma equipe e organização de trabalho com base territorial e de responsabilidade sanitária. Assim, o número de equipes do PSF no Brasil passou de 1623 em 1996 para 3147 em 1998. Esse aumento se deu também devido o incentivo financeiro aos municípios para a implementação do programa (Caetano & Dain, 2002; Marques & Mendes 2002, citados por, Andrade et al., 2012).

A partir desses incentivos financeiros e os resultados positivos em relação à proposta do PSF, esse programa alcançou diversas regiões e municípios do país e posteriormente se desenvolveu e se institucionalizou como uma política nacional de saúde, conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) seguiu os princípios do SUS em buscar universalização do acesso à saúde, equidade e integralização das ações em saúde e foi motivada também pela pressão internacional em relação à implementação de políticas de saúde condizentes com a atenção primária e, portanto, a ideia de promoção e prevenção de saúde. Em 2010, numa pesquisa do IBGE, a partir de dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, mais de 90% de cidades brasileiras tinham a EqSF em seu território e cerca de 50,9% da população de

todo o país estava coberta por esses serviços (Giovanella & Mendonça, 2012; Andrade et al., 2012). Já em 2013, numa pesquisa feita por Malta et al. (2016), a cobertura populacional pela ESF de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde foi de 56,2% confirmando o aumento da cobertura por pessoas em 10,3% em todo o país, convergindo com dados também encontrados pelo Ministério da Saúde.

Portanto, a ESF se consolidou e é formada por equipes multiprofissionais com o objetivo de trabalhar ações em território local, identificação das demandas sociais, cadastramento e acompanhamento da população na comunidade, de forma a desenvolver um trabalho de atenção primária e resolutiva, mas também próximo e integrado a outros serviços de atenção nos níveis secundário e terciário. Essas equipes multiprofissionais são chamadas de Equipe de Saúde da Família (EqSF) e são compostas por um médico generalista, 5 a 6 ACS, um enfermeiro e um a dois técnicos/auxiliares em enfermagem, com o objeto de cadastrar toda a população local e desenvolver ações a nível primário de saúde. Dessa forma, as EqSF se expandiram e em 2002 cobria cerca de 32% da população Brasileira com 16.734 EqSF (Giovanella & Mendonça, 2012; Brasil, 2012;).

Apesar do avanço das EqSF, a maior parte delas se concentravam em cidades com poucos habitantes o que fez que o Ministério da Saúde lançasse o Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) com o intuito de alcançar municípios acima de 100 mil habitantes, no caso, 184 cidades brasileiras. Dentro desse processo, as EqSF também se associaram à equipes de saúde bucal, sendo essa última incorporada às ações de política pública em saúde em 2004 com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (Andrade et al., 2012; Giovanella & Mendonça, 2012).

Portanto, apesar dos desafios em expandir a atenção básica em saúde no contexto brasileiro, podemos dizer que essa ganhou espaço e se consolidou enquanto política pública a partir do SUS e dos programas desenvolvidos anteriormente citados (PSF, ESF, Essa

consolidação se deve principalmente a partir da ESF que teve grande êxito e conseguiu algumas mudanças no cuidado oferecido à população, por contar com equipes multiprofissionais e agentes comunitários de saúde (ACS), o que até então não estavam presentes no modelo de saúde tradicional (Giovanella, 2018).

Todavia, novos desafios surgiram principalmente relacionados à qualidade do serviço disponibilizado, não tanto mais à necessidade de expandir esses programas para mais municípios do país. Esse desafio convergiu também com a dificuldade de integração da ESF com outras redes assistenciais do SUS, além da comunicação entre elas principalmente no âmbito municipal e estadual. Para incentivar essa integração, o Ministério da Saúde inaugurou, em 2006, o Pacto pela Saúde com o objetivo de dar continuidade à defesa dos princípios e diretrizes do SUS, além de continuar o incentivo entre a comunicação dos gestores em nível municipal e estadual. Dentro desse contexto, surgiu outra forma de financiamento, a partir de blocos de financiamento, e a criação do bloco “atenção básica” com investimento financeiro específico às ações de saúde desse nível de saúde (Andrade et al., 2012).

Nesse mesmo período surgiu também a Política Nacional de Atenção Básica em 2006 reafirmando o compromisso em promover promoção, prevenção e proteção da saúde tanto individual e coletiva, além da descentralização e capilaridade dos serviços do SUS para que isso aconteça (Andrade et al., 2012; Brasil, 2012). Além disso, em 2008, surgiu o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) a partir da Portaria GM nº 154/2008, que teve e ainda possui o intuito de apoiar a ESF nas ações assistenciais e na qualidade dos serviços oferecidos, aumentando a capacidade de resolutividade das ações em saúde a partir do apoio matricial. No caso, o apoio matricial pode ser definido como uma ferramenta, metodologia de trabalho, que visa ajudar às EqSF a partir de troca de conhecimento e informações especializadas, de forma horizontal e dialógica, buscando aumentar a capacidade de resolução dos problemas e das questões de saúde pela EqSF. Isso pode ser feito a partir de encontros, gestões de caso e intervenção conjunta entre

um especialista do NASF com algum profissional da EqSF, entre outras ações (Campos & Domiti 2007, citado por Giovanella & Mendonça, 2012; Andrade et al, 2012).

Assim, o NASF pode ser formado por diversos profissionais, entre eles: psicólogos, médicos, educadores físicos, nutricionistas, médicos acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médico geriatra e terapeutas ocupacionais. Além disso, como exemplo de atuação de alguns NASF na atenção básica podemos citar sua contribuição em áreas como Saúde da Mulher, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e tantas outras contribuindo com a qualidade do serviço desenvolvido na atenção primária (Andrade et al., 2012)

Posteriormente, novas mudanças e resoluções foram surgindo na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em 2012, a PNAB recebeu 40% mais recursos financeiros, se comparados ao ano de 2010, fortalecendo a atenção básica à saúde e permitindo a criação de novos serviços, entre eles os Consultórios na Rua, a ampliação do número dos municípios com cobertura do NASF, além das UBS (Unidades Básicas de Saúde) fluviais às populações ribeirinhas. Também foi desenvolvido o Programa Saúde na Escola e o compromisso de implantar 4 mil Polos da Academia da Saúde até o ano de 2014, como também o aumento do número de UBS e de melhores condições de atendimento e trabalho (Brasil, 2012). Essa nova portaria renomeia os NASF, que passaram a ser designados como Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB).

Todavia, a partir das mudanças políticas e do momento de instabilidade econômica e social no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada no ano de 2017, com a promulgação da Emenda Constitucional nº95/2016, em que consolidou o congelamento dos recursos públicos destinados à saúde por 20 anos, tendo reajustes apenas a nível inflacionário. Essa medida provocou diversas consequências em relação à saúde e ao SUS. Entre elas, a flexibilização da cobertura universal ao indefinir o número de ACS por equipe, além dos

ACS não serem mais profissionais obrigatórios e componentes da equipe mínima de AB. Dessa forma, essa nova medida coloca em risco a saúde pública a partir da limitação dos recursos investidos ao SUS e o retrocesso de um modelo de saúde assistencial e comunitário para um modelo hospitalocêntrico (Giovanella, 2018; Morosini, Fonseca & Lima, 2018; Ferreira & Ladeia, 2018).

Esse retrocesso ao modelo de saúde condiz com outra questão presente com a mudança na PNAB de 2017, a partir da análise de Cecílio e Reis (2018), que foi o retorno ao incentivo de UBS tradicionais, contando enquanto equipe mínima apenas com a figura do médico, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Outra questão presente é a flexibilização da jornada médica e da fragmentação do processo de trabalho, já que a carga horária mínima por categoria profissional poderá ser de até 10h, divididas em até 3 profissionais, completando 40h semanais. Essa mudança enfraquece o vínculo entre a equipe e a população uma vez que há menos contato entre os profissionais e as pessoas e, para esses autores, essas medidas buscam o enfraquecimento da atenção primária e do SUS e um destaque para o modelo privativo em saúde, que também é visto a partir da criação de “planos privados acessíveis ou populares” defendidos pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde em 2017, com o intuito de diminuir a sobrecarga e as demandas do SUS. Por fim, a partir de 2019, de acordo com o ex-ministro da saúde Arthur Chioro, o SUS sofrerá outros desafios e perdas, advindas da facilitação do porte de armas, aumentando o número de acidentes e mortes provocadas pela violência, a liberação de diversos agrotóxicos altamente prejudiciais à saúde, além da diminuição do imposto cobrado sobre o cigarro, com a defesa de que é necessário melhorar a qualidade do produto.

Essa situação, além de ser uma falácia e grande absurdo, provocará um aumento do consumo dessa substância. Soma-se a isso o corte de 9 bilhões destinados à saúde que trará a diminuição de atendimentos nas UBS, o enfraquecimento da farmácia popular (com a

diminuição da verba, menos medicamento serão disponíveis) e a tentativa de substituir a ESF por UPAS, um modelo tradicional de saúde que já se provou pouco eficaz e de baixa qualidade. Dentro de toda essa conjuntura ainda há o desmonte do Programa Mais Médicos, com o fim do acordo entre os médicos cubanos e a vacância de 40% de médicos no nordeste e 52% no Norte, além de mais de mil vagas não ocupadas no estado de São Paulo. Por último, não menos importante e menos assustador, há o fim da Política Nacional de Redução de Danos e o maior repasse de investimento financeiro às Comunidades Terapêuticas em detrimento das políticas públicas em saúde e os serviços oferecidos pelo SUS (<https://www.youtube.com/watch?v=zdPE3E0sO9c>; CFP, 2019).

1.3 Saúde mental na atenção primária: a medicalização e o uso acrítico de psicotrópicos

Antes de adentrarmos em estudos que discutem a relação entre saúde mental e atenção primária à saúde (APS), é necessário primeiramente conceituarmos a ideia de saúde mental adotada neste trabalho. Apesar de que na história a saúde mental por muito tempo foi vista a partir de um panorama tradicional, biológico e psiquiátrico que valorizou esquemas nosográficos-comportamentais, tratada num modelo manicomial, a partir da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, a partir do final da década de 1970 a forma de compreender a saúde mental foi modificada, valorizando-se uma perspectiva psicossocial. Essa nova perspectiva foi desenvolvida também a partir da influência de algumas concepções teóricas, como a Antipsiquiatria, que consideraram que o foco nos estudos sobre saúde mental deveria estar nas relações existentes entre sujeitos, grupos socioculturais e profissionais de saúde, em detrimento de um foco na doença e na descrição dos sintomas (Oliveira, 2008).

Nesse sentido, a ideia de saúde mental adotada neste estudo converge com Oliveira (2008) que coloca a saúde mental compreendida sob uma ótica sociocultural e psicossocial que valoriza as relações sociais, culturais e as interações humanas em sua complexidade intelectual-

cognitiva, subjetiva e social. Além disso, esse olhar afirmar que “sabendo do poder que os profissionais detêm sobre os processos privados e coletivos de saúde-doença” (Oliveira 2008, p.46), é necessário constantemente questionar e refletir sobre significados, valores e práticas adotadas no cotidiano dos serviços em relação à saúde mental da população e da qualidade de vida das pessoas em comunidade.

Essas intervenções em saúde devem ser feitas a partir do protagonismo da comunidade e a parceria entre ela e os profissionais de saúde, buscando uma escuta e acolhimento dos processos de saúde e das demandas e necessidades da população, além da valorização das próprias práticas culturais e sociais existentes na comunidade. Portanto, defendemos o desenvolvimento de uma prática profissional que nega condutas fixas, rígidas e normativas sobre os indivíduos e que busque uma liberdade e espaços de diálogo entre sujeito e instâncias sociais como serviços de saúde, família, comunidade, justiça, trabalho (Gama et al., 2014).

Diante desse contexto, é necessário retomar a noção de que o modelo de APS cumpre papel fundamental ao ter a equipe se relacionando diretamente com a comunidade e identificando e propondo intervenções para as principais demandas de saúde das populações, a partir da universalização da atenção e da descentralização dos serviços. Entre essas demandas, a saúde mental é encontrada diariamente na ESF a partir das EqSF e também das UBS/UBSF, podendo receber o apoio matricial do NASF, sendo abordadas com um trabalho em equipe que valoriza a ressocialização e inclusão do usuário em sociedade, além de um suporte social à família, intervenções territoriais e medidas de promoção e prevenção à saúde mental da população (Danese & Furegato, 2001; Giovanella & Mendonça, 2012; Andrade et al, 2012).

Outro fator importante a ser destacado é que a APS integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste contexto, a partir da Portaria 3088 de 2011, a RAPS é constituída pelas UBS, Equipe de Atenção Básica para Populações Específicas (Equipes de Consultórios de Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter

Transitório) e Centros de Convivência, além de serviços de atenção psicossocial como os Centros de Atenção Psicossocial, leitos em hospitais gerais, e serviços de desinstitucionalização. Esses serviços devem funcionar de modo articulado, pois a partir da referida Portaria o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico pode acontecer em qualquer ponto de atenção da RAPS, o que contribui para a diminuição da barreira que sempre separou no Brasil os serviços de saúde e os serviços de saúde mental. A idéia da integração de serviços em diferentes níveis de cuidado na RAPS coloca, a partir de 2011, a APS na linha de frente dos cuidados em saúde mental.

Congruente a isso, a partir dos estudos de Miliuskas et al. (2019) encontrou-se uma diminuição do número de internações psiquiátricas e uma maior cobertura da APS nos anos de 2008 a 2015, na região metropolitana do Rio de Janeiro e de São Paulo, a partir de dados encontrados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Sistema de Informação da Atenção Básica e do Censo Demográfico. Para os autores, o aumento da cobertura da APS está diretamente ligado à diminuição das internações, uma vez que ao acolher as pessoas em sofrimento psíquico na atenção primária a escuta e outros tratamentos oferecidos diminuem o agravamento do quadro clínico e da necessidade de futuras internações.

Nesse contexto, na APS a demanda em saúde mental pode ser encontrada de diversas formas e uma delas é a partir do número de pessoas usuárias de psicotrópicos dentro dos serviços de saúde. Num estudo feito por Danese e Furegato (2001) logo no início da implementação do PSF, antes deste ter se transformado em ESF, as autoras entrevistaram 45 pessoas, destas 33 eram mulheres e 12 homens, usuárias de psicotrópicos. Nessa pesquisa encontraram que onze pessoas usavam entre 10 a 20 anos, trinta e duas pessoas usavam entre 1 a 10 anos e duas pessoas não sabiam há quanto tempo usavam. Além disso, não encontrando solução para suas demandas, muitos buscaram outros tratamentos e recursos dentro da

comunidade, como a partir da religião, apesar de que a maioria ainda destacava o papel do remédio para conseguir lidar com sentimentos de raiva, desesperança, descrença e angústia sofridos diariamente.

Ainda no mesmo estudo as autoras também encontraram que para os usuários o serviço de saúde muitas vezes era visto como ineficiente e distante para população, sendo visto relatos de preconceito, dificuldade de conseguir consultas e falta de vínculo entre equipe e saúde. Nesse contexto, a medicação foi vista e utilizada como um dos poucos recursos disponíveis no serviço de saúde, além de fonte de esperança e cura para os usuários diante dos seus sintomas e queixas em saúde mental. Esse uso foi feito frequentemente sem receber orientação médica, sendo comum falas sobre os médicos não terem tempo para escutá-los e sobre conseguirem o acesso gratuito e fácil aos psicotrópicos nos postinhos de saúde. Esses dados evidenciaram a medicalização presente nos serviços de saúde, a necessidade de desenvolver recursos e serviços para escutar e acolher essa população, vinculação e treinamento da equipe com os usuários (Danese & Furegato, 2001).

Considerando a complexidade e os desafios das demandas em saúde mental encontradas na APS, torna-se necessário pensar na formação dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária. Como foi apontado anteriormente, a saúde mental tem sido compreendida a partir de uma perspectiva psicossocial relacionada com questões também biológicas e sociais, tendo como destaque a relação existente entre as pessoas, a comunidade, a equipe de saúde e o território. Apesar disso, ainda se prevalece ações em saúde exclusivamente medicamentosas, como citadas anteriormente no artigo de Danese e Furegato (2001), que além de restringir o olhar à saúde mental ao medicamento, se demonstram pouco efetivas no cuidado e solução das demandas em saúde presente.

Diante disso, é necessário promover uma formação profissional em saúde mental pautada em estudos e diálogos entre saúde e questões sociais, políticas e culturais presentes

diariamente no território, na vida das pessoas e no sistema de saúde. Dessa forma, uma prática engajada politicamente com a criação e manutenção de políticas públicas voltadas às populações e às demandas sociais existentes, buscando uma diminuição da desigualdade e melhores condições e qualidade de vida. Dentro da saúde mental, essa formação pode ser beneficiada com ações em saúde que fogem de práticas tradicionais pautadas nos sintomas e na doença, mas que explorem os sentidos e representações sociais do adoecimento psíquico, como também dos recursos disponíveis de cuidado, como o aumento das relações sociais existentes entre a família, os amigos, os serviços e a comunidade (Oliveira, 2008; Gama, et al. 2014).

Dentro desse contexto, pensar em uma prática engajada com as políticas públicas, a realidade e as demandas em comunidade também é pensar no conceito de vulnerabilidade relacionada com a saúde mental. Durante a história, o termo vulnerabilidade veio como substitutivo para os termos de “grupo de risco” e “comportamento de risco” em situações sociais de adoecimento, como foi o caso da epidemia de AIDS na década de 1980, em que estigmatizou principalmente a população homossexual no início da década. No caso de grupo de risco e comportamento de risco, esses conceitos tinham uma abordagem quantitativa e objetiva que procurava erradicar a doença e os fatores expostos a elas, mas culpabilizava o indivíduo pelo adoecimento, já que focava em intervenções voltadas exclusivamente para ações individuais. Levando em consideração essas questões, desenvolveu-se a ideia e o conceito de vulnerabilidade, pautando-se em ações e pensamentos também de cunho social, transformando o olhar e as ações em saúde (Gama et al., 2014).

Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade propõe pensar como a síntese existente entre saúde e o processo de adoecimento se relaciona conjuntamente com as relações existentes entre os sujeitos, o meio social, a comunidade, os serviços de saúde, entre tantas outras presentes num grupo específico, inserido em situações e condições específicas. No caso da saúde mental, para trabalhar-se com essa ideia é necessário pensar em perspectivas que estudem e compreendam o

sofrimento psíquico de uma forma ampla, não normativa, propondo intervenções amplas de acordo com a realidade e os significados adotados em cada cultura e grupo (Gama et al., 2014).

Dentro desse contexto, pensar em determinantes sociais e econômicos da saúde mental pode ser rico para compreender melhor as situações de vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Numa pesquisa realizada por Alves e Rodrigues (2010) os pesquisadores destacaram que questões como desemprego, pouco acesso à educação, exposição a situações de violência física, sexual e de gênero, precárias condições de moradia e pouco acesso à saneamento básico, água e alimentação e exclusão social são graves fatores e determinantes sociais que afetam à saúde mental da população. Diante disso, ter conhecimento dessas questões é poder trabalhar e desenvolver ações de saúde com o envolvimento de diversos setores sociais para a elaboração de políticas públicas que assegurem os direitos dos usuários e que garanta o acesso dessas pessoas nos programas de saúde. Além disso, deve-se lutar por condições de vida menos desiguais em sociedade, buscando o acesso à educação, saneamento básico, segurança, inclusão social e diversas outras questões que contribuem para uma maior qualidade de vida para as pessoas.

Dessa forma, tendo em vista a complexidade existente do trabalho em saúde mental que deve abarcar um engajamento profissional diante das questões de sofrimento psíquico e da formulação e manutenção dos direitos e políticas públicas para os usuários, frequentemente é encontrado nos serviços diversas situações que expõem os desafios ao se trabalhar em saúde mental. Em uma pesquisa realizada por Gryscek e Pinto (2015), os autores encontraram na literatura 11 artigos que apontaram dificuldades e possibilidades de se trabalhar a saúde mental na atenção primária. Entre as dificuldades, destaca-se o desconhecimento e o despreparo dos profissionais em atender as demandas em saúde mental, com ações geralmente voltadas à lógica biomédica, sendo a prática medicamentosa a mais adotada entre as equipes. Já, entre as possibilidades e recursos existentes para romper a lógica médico-centrada, o apoio matricial se

destacou ao propor uma equipe interdisciplinar, ações integradas em saúde e uma relação próxima entre usuários, comunidade e profissionais.

No trabalho de Affonso e Bernardo (2015), ao entrevistar profissionais da área de enfermagem em duas UBS num município paulista, os autores encontraram dificuldades no trabalho decorrente da terceirização e da precarização do trabalho, como também dificuldades relativas ao predomínio da lógica biomédica. De acordo com as entrevistadas, faltam recursos financeiros e físicos para realizar acolhimentos, que geralmente acontecem em salas sem privacidade ao usuário, como também os acolhimentos viraram sinônimos para triagem e consultas médicas. Além disso, elas também denunciaram a medicalização e a prescrição exacerbada de antidepressivos, inclusive para questões sociais da vida, como o luto. Para uma enfermeira, além do despreparo médico diante dessas questões, o choro ou a tristeza são atestados de sofrimento para os médicos que devem ser medicalizados, independente das questões sociais e pessoais envolvidas.

Dentro desse contexto de medicalização, em um estudo realizado no Brasil e em Cuba, os autores Fegadolli, Varela e Carlini (2019) observaram um uso abusivo de medicamentos benzodiazepínicos prescritos na atenção primária. Em relação aos dados referentes ao Brasil, nos municípios de São Paulo e Diadema, os resultados mostraram uso prolongado de benzodiazepínico em alguns casos por 15 a 20 anos, para tratar diagnóstico mal feito de depressão, de acordo com um médico ginecologista. Para esse médico, ao invés de se tratar a menopausa, geralmente associada a quadros de depressão, tristeza e insônia, eles medicam a depressão e os problemas de sono e ocultam essas questões. Além disso, outros profissionais como farmacêuticos e médicos de família relataram o conhecimento do benzodiazepínico como “salvador da pátria” diante de problemas pessoais referentes a vida, mas desconhecem e negam a possibilidade de interromper o uso no caso de pessoas com uso prolongado.

Além disso, ainda na pesquisa de Fegadolli, Varela e Carlini (2019), mesmo com a

existência de interdisciplinaridade e comunicação entre as equipes, a lógica existente ainda costuma ser de médicos de unidade de pronto-atendimento, psiquiatras e outras categorias prescrevendo benzodiazepínicos para as pessoas e, quando acabam os medicamentos, os usuários obtêm a renovação da receita feita por médicos de família da APS. Após esse processo, os usuários trocam as receitas por medicamentos na própria farmácia presente dentro das UBS/UBSF. Dessa forma, não há orientação e acompanhamento da atenção primária em relação aos efeitos do medicamento e de outras possíveis questões referentes ao uso do fármaco. Por fim, as falas dos profissionais denunciam sobrecarga de trabalho e pouco preparo e investimento institucional em formação específica para as equipes lidarem de forma diferente com a demanda em saúde mental.

Aprofundando um pouco mais o contexto de medicalização e prescrição de benzodiazepínicos, Whitaker (2017) investigou tanto o surgimento desses fármacos quanto os efeitos desse medicamento no corpo. Ao longo da história, essa classe de medicamentos surgiu na década de 60 a partir do remédio chamado Valium com propagandas direcionadas principalmente às mulheres, sendo o medicamento mais vendido e consumido nos países ocidentais entre a década de 1960 a 1980. Dessa forma, com o elevado número de vendas, também houve o aumento do número de internações psiquiátricas, atendimentos em emergência e pronto socorro decorrentes ao uso do psicotrópico. Com uma propaganda farmacêutica prometendo felicidade e segurança de uso, demorou-se realizar a vigilância e estudo desse medicamento, o que nos Estados Unidos aconteceu apenas no final da década de 1970, quando concluíram que os efeitos no sono duravam apenas duas semanas e que o auxílio à ansiedade não durava mais que quatro meses. Todavia, os sintomas de abstinência poderiam permanecer por um ano ou mais, além do fato de que em um número menor de pacientes os sintomas de depressão, despersonalização e delírios poderiam durar a vida toda. Em alguns dos relatos de usuários entrevistados pelo autor, a tentativa de “desmame” provocava odores horríveis,

emagrecimento, insônia, ataques de pânico, vertigem, quedas de cabelo, espasmos musculares e diversos outros sintomas entre as pessoas. Além disso, houve também relatos associados sobre o uso do benzodiazepínico e a perda de interesse, retraimento social, perda de capacidade cerebral, obsessões e ideias suicidas.

Considerando o papel da indústria farmacêutica e o aumento do uso dos medicamentos psiquiátricos ao longo da história, pode-se dizer que as drogas psiquiátricas surgiram num contexto de pós- Segunda Guerra Mundial quando pesquisas em medicamentos para combater doenças infecciosas encontraram componentes nos fármacos que alteravam os processos mentais, como foi visto com a clorpromazina que provocada efeitos de relaxamento muscular e tranquilizante, também sendo descrito como “produtora de uma mudança de identidade que se assemelhava à de uma lobotomia frontal” (Whitaker, 2017, p. 97). Nesse contexto, apesar da descoberta de diversos medicamentos que prometiam a cura para várias doenças mentais, o número de pessoas em sofrimento psíquico aumentou, assim como aumentou a venda e o consumo de drogas farmacêuticas, mesmo não apresentando solução milagrosa para as questões de saúde mental (Whitaker, 2017).

Para Moysés e Collares (2007), o processo de medicalização envolve, entre diversos pontos, o deslocamento de problemas coletivos, sociais e políticos para o âmbito individual, sendo tratados a partir do saber médico e biomédico. Todo esse processo é reafirmado pela ciência médica e psicológica com a atuação profissional voltada às questões biológicas em detrimento de uma discussão política e social. Ao longo da história isso foi evidenciado desde teorias relacionadas à violência e agressividade a partir das ideias de Lombroso, culpabilizando sujeitos nascidos num corpo considerado “delinquente”, até nos dias de hoje com o processo de medicalização em situações que envolvem violência e exclusão social, sem uma visão crítica e aprofundada dessas questões sociais, além de não haver outras formas de cuidado para lidar com essas situações.

Tendo em vista o uso dos medicamentos enquanto recurso para o tratamento de saúde focado numa visão individual e deslocada das questões sociais, Foucault desenvolve melhor esse raciocínio ao longo de um dos seus estudos. Para Foucault (1976), enquanto nos séculos XVII e XVIII o controle dos corpos se davam a partir do trabalho e da disciplina enquanto tecnologia de poder, desenvolvidas principalmente no âmbito individual, no século XIX isso se deu a partir da biopolítica, com um interesse na massa. Para ele, a biopolítica surge interessada na multiplicidade dos homens, “uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença” (Foucault, 1976, p.289). A partir dessa conceitualização, Foucault coloca que essa nova tecnologia de poder está interessada em estudar e controlar processos comuns da vida como nascimentos, mortes, fecundidades e também doenças mais comuns e presentes em uma população, que afeta constantemente tanto fatores sociais quanto econômicos. Isso pode ser pensado a partir de uma exemplificação que ele coloca, como uma baixa produtividade no trabalho, que além de trazer perdas econômicas pela diminuição da produção, também trás gastos relativos ao tratamento das pessoas na população.

Dessa forma, o autor trabalha a ideia que essas duas tecnologias de poder, a disciplina e o biopoder, estariam presentes no controle da população, em um lado interessado no corpo individualizante controlado a partir das instituições, e do outro lado interessado nos processos biológicos regulamentadores da massa, controlados a partir do Estado. Nesse contexto, a medicina no século XIX desenvolve importante papel ao possuir tanto o poder sobre o corpo e a população, como sobre o corpo e o biológico, integrando então as duas tecnologias de poder (Foucault, 1976). Dessa forma, essa ideia nos faz pensar no controle exercido pela medicina tanto a partir das ideias higienistas disseminadas no século XIX até os dias atuais, quanto no processo de medicalização da vida enquanto forma de controle.

Diante de tudo que foi exposto até o momento relacionado à saúde mental à APS e à

medicalização, o ministério da saúde lançou este ano um material sobre recomendações e estratégias para o uso de medicamentos e a discussão sobre a medicalização da vida. Neste material, a medicalização é definida enquanto uma visão que reduz a complexidade da vida humana ao âmbito individual, biológico ou psicológico, desconsiderando as questões sociais e comunitárias envolvidas. Nessa lógica, a medicação entra enquanto um recurso para afirmar essa visão, utilizando remédios para situações que anteriormente não eram consideradas patológicas ou necessárias de intervenção farmacológica. De acordo com o ministério da saúde, as pessoas mais afetadas nesse processo são crianças e em idade escolar, jovens, pessoas idosas, pessoas com sofrimento psíquico, adultos em privação de liberdade e populações vulnerabilizadas. Para essas pessoas, muitas vezes o medicamento pode entrar enquanto um dispositivo para lidar com questões sociais e diárias diversas, a partir de uma alternativa rápida como a automedicação ou o uso de remédios receitado por profissionais de saúde, mas desassociados de questões sociais, dos riscos e dos efeitos colaterais do uso, da possibilidade de tolerância e de dependência (Brasil, 2019).

Nesse contexto, foi desenvolvido a partir do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM), planejamentos e estratégias para lidar com o uso racional de medicamentos (URM) e o processo de medicalização da vida. No primeiro item, preconizam-se ações na educação, como a incorporação do tema URM nas universidades, faculdades e na formação continuada dos profissionais de saúde, como também para toda a população. Além disso, apoiar estudos e pesquisas nacionais relacionadas ao URM, como também outras atividades de ensino relacionadas ao tema. Já sobre o segundo item, sobre a medicalização da vida, busca-se diversas estratégias, entre elas a priorização de pesquisas que discutem essa temática em relação à medicalização nas populações mais afetadas; a elaboração e um projeto terapêutico singular a ser realizado por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional; promover educação permanente aos profissionais e incentivar práticas

desmedicalizantes nos serviços de saúde; capacitar profissionais de saúde que trabalham dentro de presídios, CAPS e escolas sobre o URM; incentivar pesquisas relativas à medicalização no público de mulheres, inclusive a respeito de casos de violência e contracepção. Por fim, importante também destacar a relação entre medicalização e populações vulnerabilizadas, uma vez que pesquisas apontam que algumas dessas populações, como mulheres em situação de rua, muitas vezes utilizam medicamentos para se manterem acordadas à noite e se protegerem contra à violência, enquanto outras mulheres utilizam para suportar e sobreviver as violências domésticas e de gênero, sofridas dentro de casa (Brasil, 2019).

Dessa forma, conjuntamente com os materiais teóricos desenvolvidos pelo ministério da saúde em relação à medicalização da vida e o uso abusivo da medicação, é necessário também ter um olhar crítico articulado com as condições materiais, econômicas e políticas vigentes no nosso contexto atual histórico. Diante disso, valoriza-se cada vez mais a possibilidade de práticas profissionais e institucionais voltadas à saúde e à saúde mental articuladas com uma equipe interdisciplinar, realizando ações ao sujeito na sua relação com o território, a comunidade, a família, o trabalho, em especial à população mais afetada, como crianças em idade escolar, adolescentes, pessoas em situação de privação de liberdade, idosos e mulheres vítimas de violência e em situação de rua.

Capítulo 2- Gênero e a relação existente entre Políticas Públicas, Mulheres e Saúde Mental

Após uma introdução sobre o conceito de saúde, o surgimento do SUS e as políticas públicas para as mulheres, torna-se necessário pensar e discutir sobre a relação entre saúde e mulheres. Todavia, antes de adentrarmos neste tópico, é imprescindível articular primeiramente o conceito de gênero, já que ele permeia toda essa pesquisa, feita por e com mulheres, para em seguida, apontar a relação entre esse conceito e as políticas públicas para mulheres, e mais especificamente em contextos que envolvem saúde mental.

2.1 Afinal, o que é gênero?

Assim como Louro (1995), compartilho a ideia de que estudar a perspectiva de gênero requer a conceitualização e a localização do autor diante do assunto, tendo em vista a complexidade do tema e as divergências existentes no mundo acadêmico e social. Esses conflitos englobam desde os grupos de militância que defendem o uso da palavra “mulheres” no local de “gênero” em estudos, por compreenderem a importância de dar visibilidade a esse grupo frequentemente ocultado, como teóricos que utilizam “gênero” inicialmente para negar o determinismo biológico de “sexo” e compreender a dimensão relacional entre mulheres e homens.

Tendo dito isso, esse capítulo pretende conceitualizar este termo a partir de algumas ideias de duas grandes teóricas contemporâneas sobre o assunto, Joan Scott e Judith Butler, e descrever alguns dos encontros e desencontros que o termo “gênero” e “mulheres” possuem na perspectiva dessas autoras. Além disso, e o mais importante, esse capítulo tem o intuito de pensar na articulação entre gênero e as políticas públicas para mulheres, além de como o gênero permeia a questão saúde de uma forma geral e mental das mulheres. Dessa forma, este capítulo não tem como objetivo discutir profundamente as terminologias, conceitos e história da temática de Gênero, tendo em vista a sua alta complexidade que requer mais tempo e estudo. Por um

outro lado, pretende expor um contexto geral dessa questão e convidar o leitor a pensar no conceito de gênero interligado com as práticas em saúde mental, parte fundamental desta dissertação.

2.1.1 Gênero a partir de Joan Scott

Antes de Joan Scott conceituar gênero, no seu texto conhecido “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” (Scott, 1995), publicado em 1995 pela Revista Educação & Realidade, ela descreve esse conceito a partir de outros teóricos e movimentos. A autora cita o uso inicialmente do termo “gênero” pelas feministas americanas da época, que tinham o objetivo de destacar o caráter social das distinções baseadas no sexo. Essas mulheres queriam compreender a importância de mulheres e homens em relação ao passado, produzir novos estudos e modificar o modo de se pensar e fazer ciência, transformando os paradigmas e resgatando a história. Isso era feito pelos pesquisadores a partir da analogia de gênero enquanto uma categoria de análise assim como raça e classe, sendo fundamental ser estudado de forma conjunta com raça e classe para aprofundar as pluralidades existentes na temática gênero (Scott, 1995).

De uma forma geral, Scott (1995) coloca que existiram três posições teóricas mais fortes e frequentes na análise de gênero. A primeira delas foi descrita como “teóricas do patriarcado”, ou feministas radicais, que enfatizaram a história da dominação dos homens às mulheres e a necessidade de superar essa subordinação, apesar de não considerar outras desigualdades nesse processo, enfatizando mais a diferença física. Uma segunda abordagem refere-se às feministas marxistas, que defendem que a razão da desigualdade está pautada numa explicação material relacionada ao modo de produção capitalista. Todavia, algumas críticas foram feitas, entre elas a noção de que a subordinação das mulheres é anterior ao sistema capitalista e essa continua também com o socialismo. Por fim, a terceira posição é o feminismo de orientação psicanalista, que foca no desenvolvimento do sujeito a partir dos primeiros anos de vida e da formação da identidade de gênero. Este movimento sofreu algumas críticas por ter uma ideia de gênero

desenvolvida a partir de poucas interações sociais, ficando restrito à família e às relações domésticas, ligando-se a antagonismos das relações entre homens e mulheres e deixando de lado dimensões econômicas, políticas e culturais.

Após o panorama geral histórico, Scott (1995) delinea sua concepção sobre gênero, cuja definição envolve duas partes que apesar de se inter-relacionarem, devem ser compreendidas separadamente. Assim, inicialmente ela descreve gênero como o que constitui as relações sociais a partir das diferenças observadas entre os sexos. Nessa definição, gênero engloba quatro elementos inter-relacionados: símbolos, conceitos normativos, a noção de fixidez e a identidade subjetiva. Nos símbolos, a autora problematiza que, para os estudiosos, as representações simbólicas como Maria e Eva e mitos envolvendo luz/escuridão e inocência/corrupção devem ser pensados a partir de qual momento e de que forma elas são usadas socialmente. Eles podem ser analisados a partir de conceitos normativos, descritos como uma posição dominante diante de alguma interpretação dos símbolos como sendo única forma possível aceita em sociedade, como podemos ver sobre o significado de ser homem e mulher em diferentes tempos e culturas, trazendo restrições. Assim, essa posição dominante deve ser compreendida enquanto o resultado do conflito diante das diferentes possibilidades de existência social, restringindo apenas a poucas. Por isso, é necessário destruir a fixidez existente nessas concepções binárias de gênero, levando em consideração as instituições e as organizações sociais que envolvem o trabalho, a educação e o sistema político, não apenas aos lares e às famílias. Por fim, a identidade subjetiva completa os quatro elementos de análise ao problematizar que a identidade de gênero deve se basear não apenas em questões individuais e psíquicas, mas a partir da investigação social e das identidades construídas a partir da relação com organizações e diversas representações sociais. Esses quatro elementos em conjunto servem para analisar diversos processos sociais, entre eles raça, etnia, classe, gênero de uma forma precisa e sistemática (Scott, 1995).

Num segundo momento, Scott (1995) teoriza que gênero também é “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p.88). Ao longo do texto ela exemplifica isso em momentos históricos diferentes desde a Revolução Francesa ao Nazismo em que os sistemas políticos instituíram a força, a legitimidade e a centralidade na figura do homem e, em contrapartida, a mulher esteve submissa a um regime de leis que poderiam impedi-la de fazer parte do mundo político, do trabalho ou do acesso ao aborto legal, por exemplo. A autora reafirma que, nesses casos, a diferença sexual foi um mecanismo para instituir o controle das mulheres, e a manutenção desse controle nos diferentes momentos políticos protege o poder público em que a oposição binária e a dominação se mantêm fixas. Em contrapartida, o questionamento e a mudança desses panoramas colocariam em ameaça os detentores do/e o próprio sistema de poder.

Diante disso, Scott (1995) propõe uma análise de gênero enquanto uma categoria para análise histórica que permitiria repensar e redefinir antigas questões, além de futuras questões e estratégias políticas. Isso deve ser feito a partir de uma terminologia feminista e em conjunto com uma análise que envolva igualdade política, o social e o estudo de classe e etnia. Para Scott (1988), é necessário desenvolver teorias que valorizem a pluralidade e a diversidade em detrimento de teorias universais e unitárias para as questões de gênero.

Dentro dessa perspectiva, Scott (1988) cita o pós-estruturalismo como um corpo de teorias possivelmente úteis para se pensar criticamente a respeito e visando a possibilidade de estender políticas para a perspectiva feminista, ao citar que muitos termos feministas como a linguagem, o discurso, a diferença e a desconstrução tem origem no pós-estruturalismo. Para Louro (1995), o pós-estruturalismo considera que a linguagem não seria o produto da representação social, mas o meio de construção dos sujeitos e da realidade social, com o interesse na desconstrução de oposições binárias que sustentavam pensamentos tradicionais.

Assim, tendo em vista a desconstrução dessas noções fixas de oposições binárias, talvez

Scott (1988, 1995) tenha se aproximado de alguma forma do pós-estruturalismo ao propor um olhar crítico a essas questões de oposições binárias. Todavia, ao mesmo tempo, a autora problematiza esse corpo teórico uma vez que o pós-modernismo defende prioritariamente que palavras não têm significados fixos e nenhuma base direta e correspondente entre linguagem e mundo, enquanto Scott (1988) está mais interessada em pensar em quais contextos específicos, a partir de quais comunidades, relações e processos sociais o significado é formado e como os conceitos normativos podem mudar ao longo desse processo.

Scott (1988, 1995) rejeita o caráter fixo das oposições binárias, como mulher *versus* homem, e acredita no caráter transbordante e vazio dessa classificação, que ocorre num determinado contexto e tempo, a partir da análise de diferentes categorias inter-relacionadas (classe, raça, etnia, sexualidade, entre outras). Além disso, as oposições binárias refletem também a noção de oposição (como a oposição de sexos entre homens e mulheres, enquanto dimensão diferente sexual) e de igualdade considerando que os polos diferentes seriam idênticos entre eles, nos levando a pensar em uma única identidade possível em ser homem ou ser mulher (Louro, 1995; Scott, 1988; Narvaz & Koller, 2006), o que lembra e resgata a busca de igualdade política e de direitos civis pelas feministas em relação aos homens, mas inicialmente não considerando as diferenças presentes no grupo das mulheres.

Dentro dessa dicotomia entre igualdade (inicialmente com a busca de direitos civis) e a diferença (com a valorização do ser feminino), Scott (1988) defende que é impossível fazer uma escolha e que os dois âmbitos são importantes nos estudos feministas. A diferença é vista como uma das ferramentas e categorias mais antigas de discussão, enquanto a igualdade ressalta a discussão de valores e princípios presentes no sistema político. Dessa forma, Scott propõe trabalhar com um novo dilema, a ideia de diferença-diferença em que se vai estudar tanto as diferenças sexuais entre homens e mulheres, quanto as diferenças existentes entre um determinado grupo, dando visibilidade e inclusão a diversidades.

Assim, a autora coloca que a desconstrução da oposição binária das diferenças sexuais não significa não nomear os gêneros e as identidades ou colocá-las como uma só, já que isso teria como consequência o ocultamento das mulheres e da sua história e prática, nos levando de volta ao passado, com o exemplo de “história dos homens” para nomear a história de todos os seres humanos, escondendo as experiências das mulheres nesse processo. Além disso, ela coloca o risco da mulher servir novamente como contraponto negativo da figura do homem, sendo a mulher o “Outro” (Scott, 1988), o que me fez lembrar o início do livro “O Segundo Sexo”, de Simone de Beauvoir (1949), em que uma das descrições da mulher é exatamente essa, enquanto homem é o sujeito, a essência, a mulher é o “Outro”. Assim, o que Joan Scott se propõe a fazer é estudar gênero e feminismo a partir de dois movimentos, o primeiro da crítica sistemática ao estudo das diferenças, ao incluir e dar visibilidades a diversos grupos, assim como estudar as hierarquias, o poder e os processos de inclusão e exclusão, como também recusar esse processo como a verdade absoluta, e retomar a igualdade oculta presente na diferença-diferença e na ambiguidade presente nas oposições binárias (Scott, 1988).

2.1.2 Gênero na perspectiva de Judith Butler

Para Butler, o conceito de gênero, que é fundamental para o feminismo, deve ser problematizado uma vez que nele há a ideia de que o sexo é algo biológico, dado, enquanto gênero é construído socialmente. Para a autora, colocar o gênero dessa forma é tê-lo como ideia de substância e essência, algo metafísico, e dessa forma a própria cultura seria o destino do mesmo. Em contrapartida, Butler também problematiza a ideia de sexo enquanto algo dado. Para a autora ele estaria associado a uma construção discursiva e social. Neste modelo, gênero estaria em decorrência do sexo e essa divisão de sexo/gênero deveria ser repensada (Rodrigues, 2005).

Assim, Butler (2003) articula que a lógica presente na “distinção sexo/gênero sugere

uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos” (p. 24), e que isso traria como consequência a ideia do gênero masculino/homem poder “significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino” (p.25). Nessa lógica, a autora propõe pensar em quais circunstâncias, ideias, sociedade e aparatos discursivos tanto o gênero quanto o sexo são concebidos, quebrando a ideia de que sexo é algo dado e algo pré-discursivo de gênero presente na estrutura binária. Além disso, Butler coloca a necessidade de trabalhar o corpo não como um instrumento ou meio em que aceita passivamente ou se relacionada com os significados culturais, mas sim como uma construção não prévia de gênero.

Outra ideia questionada pela autora é o conceito de identidade usado amplamente por teóricas feministas. Butler (2003) questiona a ideia de identidade como comum a todas as mulheres, pensamento este que tem sido criticado ao longo dos anos, pois colocar que a base da opressão das mulheres teria uma estrutura universal é ocultar outras formas de cultura e sociedade como em países orientais ou países em desenvolvimento, além de ter uma visão do feminino descontextualizada da constituição de classe, raça, etnia, sexualidade e outros eixos formadores da identidade, o que me faz pensar como ideia do feminismo liberal. Assim, Butler propõe refletir a teoria do sujeito adotada no feminismo e libertar a necessidade de pensar numa base única e de construir uma política representacional com caráter humanista e normativa. A partir de reflexões, a autora questiona até que ponto a representatividade alcança sujeitos que não se incluem nas concepções normativas e na importância de se olhar as relações de dominação e exclusão em detrimento do foco na identidade.

Assim, apesar de reconhecer que algumas feministas tenham articulado gênero com um conjunto de relações e categorias, fugindo do atributo individual, outras continuam com as ideias de Simone Beauvoir em que os homens possuem “uma personalidade universal que transcende o corpo” (p. 28), enquanto as mulheres teriam o seu gênero marcado a partir dos

homens. Assim, Butler (2003) coloca que algumas teóricas trabalham a ideia da teoria social de gênero em que se desloca a concepção universal para categorias sociais, históricas e culturais baseados na relação dos sujeitos, enquanto outras trabalham o gênero como algo metafísico, uma concepção humanista do sujeito que vê “gênero como um atributo da pessoa” baseado em concepções universais morais e linguísticas. Além disso, a autora convida o leitor e as teóricas feministas a questionar não apenas o fator universal às mulheres, mas também na figura do homem, com a dominação e opressão que deve ser compreendida de forma plural tendo nessa análise as questões de raça, classe, sexualidade, entre outras.

Outra questão que Butler (2003) trabalha é o conceito de integridade construída a partir de um ideal normativo. Para a autora, esse conceito é entendido quando se pensa em gêneros inteligíveis que são aqueles que “mantém relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo” (p.38), de forma que quando não há “coerência” nesses fatores é explicado a partir da descontinuidade das normas existentes, assim trabalhando a ideia que o gênero também regularia as expressões das pessoas. Dessa forma, ela coloca que alguns tipos de “identidade de gênero” seriam vistos como “falhas no desenvolvimento” por não estarem inscritos na lógica normativa. Resumidamente, ela coloca que existiria uma causalidade entre sexo, gênero e desejo, além de uma relação direta explicativa entre gênero e desejo, ou desejo e gênero. Essa concepção trás para a autora um caráter de heterossexualidade e ao dispensar os conceitos normativos de “homem” e “mulher”, não existia mais a possibilidade de ser visto como “incoerente” ou algo falho quando gênero for expressado de uma forma diferente da heterossexualidade.

Dentro dessa concepção, Butler articula, em uma entrevista, que dentro do paradigma binário existe a exclusão de pessoas que não são sequer mencionadas ou consideradas, exemplificando com a questão da homossexualidade feminina. Para a autora, a teoria feminista ligada às questões históricas seria acrítica e presa à essa lógica binária, o que traria como

consequência social a permanência da exclusão de certos grupos (Prins &Meijer, 2002).

A partir desse panorama teórico, uma das coisas que Butler propõe é rever o conceito de “mulheres”, já que pra ela, a palavra mesmo no seu plural ainda teria uma ideia normalizador, apesar da intenção em abarcar outras questões importantes como raça, etnia, classe, entre outros. Assim, Butler articula a possibilidade de se criar políticas para pessoas de uma forma a não se pensar em identidades fixas para legitimá-las. A partir disso, o que Butler irá propor no futuro é o desenvolvimento das teorias *queer*, “dos movimentos de gays, lésbicas e transgêneros e de um certo abandono do feminismo como uma bandeira ultrapassada” (p.181). Todavia, em outro momento, a partir de uma entrevista, Butler também questiona sobre o seu posicionamento em questionar a dualidade sexo/gênero com a teoria queer e abandonar a bandeira do feminismo, acreditando que isso poderia ser um grande erro a nível social (Rodrigues, 2005).

2.2 Políticas Públicas voltadas para mulheres no Brasil e os cuidados à saúde

Após a introdução sobre o conceito de gênero a partir da perspectiva de Joan Scott e Judith Butler, torna-se relevante relacioná-las conjuntamente com a construção das políticas públicas para as mulheres no Brasil.

Depois do caráter expositivo relativo ao surgimento e à importância da AP no Brasil, em função do tema desta pesquisa, é importante discutirmos a população coberta por esse modelo de atenção à saúde. Dados provindos do IBGE no censo de 2010 destacaram que o país contava com 97 milhões de mulheres e 93 milhões de homens, logo torna-se relevante explicar parte da trajetória histórica da criação das políticas públicas para mulheres no Brasil, maior população do nosso país.

Durante esse processo, abordaremos o surgimento das políticas com foco nas ações em saúde para as mulheres, considerando a linha de pesquisa de processos psicossociais em saúde e educação, na qual este projeto se insere. Na tentativa de deixar a leitura mais concisa e fluida para o leitor, destacaremos aqui alguns dos programas, das conferências e das políticas

nacionais que mudaram a forma de olhar e cuidar da saúde das mulheres. Posteriormente, nos anexos dessa dissertação, encontraremos maiores informações de todas as ações governamentais visadas às mulheres, desde 1984 até 2019, o que acredito ser importante uma vez que muitos documentos foram retirados da página do governo federal. Esperamos que essa forma de escrita e de resgate histórico convide o leitor a refletir sobre a importância da participação social no surgimento das políticas públicas em saúde, além de provocar questionamentos sobre quais ideais de saúde e de modelo de atenção nosso país e atual governo tem defendido e assegurado à população.

Dentro dessa proposta, destacamos inicialmente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como o primeiro programa pensado especificamente às demandas em saúde das mulheres para além das questões relacionadas com a gravidez e ao estado puerperal. Surgido em 1984, esse programa teve um caráter revolucionário uma vez que teve como princípio realizar cuidados à saúde das mulheres com base na integralidade e na articulação de todas as esferas governamentais (Brasil, 1984).

Para que o PAISM pudesse oferecer outros cuidados à saúde das mulheres, além das ações clássicas em relação à gravidez, ele buscou-se conhecer o perfil das mulheres brasileiras na década de 80, que era formado por uma maior presença da mulher no mercado de trabalho e um maior uso de métodos contraceptivos. Como consequência a essas mudanças sociais e econômicas, a taxa de natalidade no país caiu: enquanto na década de 60 uma mulher tinha em média 6 filhos, nos anos 80 esse número diminuiu para 4. Diante desse perfil, o PAISM começou a desenvolver cuidados em saúde relacionados também a outras questões como doenças ginecológicas, assistência à concepção e contracepção, além de doenças como câncer cérvico-uterino e mamário (Brasil, 1984). Todavia, tendo em vista ainda o número elevado de filhos por mulheres, as ações relacionadas à gravidez e ao estado puerperal ainda prevaleciam e o PAISM buscou melhorar a qualidade desses serviços, a partir de treinamento e capacitação

das equipes voltadas à assistência integral à mulher (Brasil, 1984).

Por fim, após alguns desafios para a implementação do programa tais como a capacitação contínua dos profissionais, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, o programa foi implementado no Brasil em 1984. Isso foi possível a partir do apoio do Ministério da Saúde e outros setores da sociedade, como centros de pesquisa relacionados a saúde das mulheres (Brasil, 1984).

Após a implementação do PAISM foi apenas partir dos anos 2000 que o olhar voltado às mulheres foi ganhando maior espaço nas ações governamentais em âmbito nacional. Assim, em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que pode ser descrita enquanto um órgão integrante da Presidência da República de extrema relevância do cenário nacional. Esta importância se deve ao fato de que, enquanto integrada à Presidência da República, ela destacou o olhar político às mulheres e teve a finalidade de assessorar o representante político sobre a elaboração e coordenação de políticas públicas para esse público. Além disso, a partir da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres o governo assumiu a responsabilidade de desenvolver campanhas educativas com o intuito de combater a nível nacional a discriminação às mulheres (Brasil, 2003).

Por fim, vale destacar que a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres contou com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) enquanto órgão colegiado e responsável por diversas ações, entre elas: estimular estudos e pesquisas com o intuito de conhecer as mulheres brasileiras para criação de políticas condizentes com a realidade dessas pessoas, além de participar e organizar as Conferências Nacionais de Políticas Públicas para as Mulheres (Brasil, 2003).

Nesse contexto, ao longo de todos esses anos foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004, 2007, 2011, 2016). As conferências nacionais, após a elaboração de propostas e diretrizes a nível municipal e estadual, buscam desenvolver a

nível nacional quais dessas propostas e diretrizes farão parte dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Dessa forma, as conferências são extremamente importantes uma vez que contam com a participação de milhares de mulheres em todo o Brasil com o intuito de levar ao nível nacional as principais demandas dessa população. Podemos destacar como algumas das diversas pautas importantes dessas conferências: o combate às desigualdades e discriminação de gênero; o combate à violência contra as mulheres, sendo compreendida a nível estrutural na sociedade; o combate ao racismo existente na sociedade e inclusive nos serviços de saúde; o compromisso em superar a divisão sexual do trabalho doméstico e do trabalho em outros espaços sociais. Dentro dessas conferências, também foram feitos grandes avanços como a implementação da Lei Maria da Penha para o combate à violência contra as mulheres, além de maiores investimentos em ações de diagnóstico, prevenção e tratamento ao câncer uterino e mamário. Também foi questão das conferências nacionais o compromisso com um modelo de atenção que tenha a perspectiva de gênero e seja pensada a todas as mulheres, como as mulheres em sofrimento mental, em situações de violência e mulheres que sofreram discriminações específicas, como o racismo (Brasil, 2004a; 2007; 2011; 2016).

Seguindo a ordem da criação de políticas públicas, decorrentes das Conferências Nacionais surgiram os Planos Nacionais e eles podem ser descritos enquanto instrumentos de trabalho com diversas áreas estratégicas de atuação, conforme as necessidades da população nas mais diversas áreas sociais. Desta forma, de uma forma geral, foram desenvolvidos três Planos Nacionais até o momento e esses abordaram diversos objetivos, como: contínuo combate à violência contra as mulheres e reduzir as mortes femininas, principalmente devido às situações de violência e ausência de acesso aos serviços de saúde; propor um atendimento humanizado, integral e qualificado nos serviços de saúde do SUS; combater o racismo dentro do próprio sistema e serviços do SUS; aumentar as notificações de casos de violência entre elas a doméstica e sexual em 20% dos serviços; desenvolver ações de promoção de saúde mental considerando orientação

sexual, raça/etnia, idade, classe social e as mulheres em situação de violência (Brasil, 2004b; Brasil, 2008; Brasil, 2013).

Desta forma, a partir da lógica da construção das políticas públicas, após a Conferência e o Plano Nacional, dá-se a criação da Política Nacional. Assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) surgiu em 2004, transformando o antigo PAISM em uma política construída a partir da presença e luta do movimento feminista, negro, de trabalhadoras rurais e urbanas, instituições de pesquisa, gestores do SUS, organizações não-governamentais, entre diversos outros parceiros na luta pela igualdade de gênero e melhoria da qualidade de vida das mulheres. Assim, a PNAISM reafirmou o compromisso do SUS em buscar ações de promoção de saúde e integralidade às mulheres, considerando o seu contexto social e em situações de desigualdade social, no mundo trabalhista, nas situações de violência, entre outras (Brasil, 2004c).

Além disso, essa política adotou o conceito de gênero enquanto “conjunto de relações atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (Brasil, 2004 p. 13) que afeta diretamente a vida das pessoas, principalmente no quesito saúde, uma vez que envolve situações de desigualdade e adoecimento. Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirmou o compromisso de desenvolver políticas públicas e ações em saúde para combater essas desigualdades, ampliando o foco de forma a englobar a mulher em suas diversidades. Por último, entre os diversos compromissos nas ações de saúde adotados pela PNAISM, destacam-se as ações voltadas aos cuidados à saúde mental, aos casos de câncer e às situações de violência doméstica e sexual.

É necessário destacar que apesar da política ter surgido em 2004, as Conferências e os Planos Nacionais continuaram ocorrendo e atualizaram as demandas e ações políticas para as diversas áreas das vidas das mulheres, o que tentei abordar brevemente nesse texto. Tendo em vista essa questão cronológica, histórica e social, ao finalizar este capítulo, torna-se necessário

também comentar brevemente o panorama político atual, que afeta diretamente as Políticas Públicas para as Mulheres.

Após a última Conferência Nacional ocorrida em 2016, muitos conflitos políticos permearam o país, entre eles o impeachment que a presidenta Dilma sofreu, sendo permeado por muitas violências, inclusive a de gênero. Após esse processo, em 2019 ocorreu a mudança da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher para o Ministério dos Direitos Humanos, não sendo mais vinculados diretamente à Secretaria de Governo da Presidência da República (Brasil, 2018).

Quando relembremos, desde 2003, a importância da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres ser órgão integrado à presidência da república, compreendemos essa medida enquanto retrocesso aos direitos das mulheres. Podemos ilustrar pelo fato de que no atual governo as políticas públicas em busca de igualdade de gênero não se tornam prioridades ou objetivos, agravando-se ainda mais essa questão quando percebemos que alguns dos documentos das conferências e planos nacionais não foram encontrados no site do governo federal durante essa pesquisa. Por fim, para maiores informações e detalhes relacionados a todas essas questões, no anexo 1 estão presentes mais detalhes desses acontecimentos.

2.3 Gênero e Políticas Públicas para Mulheres

Como vimos, Joan Scott aposta no gênero enquanto uma categorial útil de análise quando esta estiver inter-relacionada com outras categorias como etnia, raça, classe, sexualidade e a partir da recusa das oposições binárias, como explicado acima neste capítulo. Assim, a autora defende uma postura reflexiva, teórica e prática preocupada com as relações sociais, as comunidades, tendo como parâmetro as conjunturas políticas, econômicas, étnicas e diversas outras presentes em cada contexto. Já Butler, propõe desconstruir o conceito de gênero e faz algumas críticas ao movimento feminista, como por exemplo quando recusa a ideia de uma

identidade em comum às mulheres que seria a base da opressão das mesmas, mesmo se essa questão tiver articulada com outras análises como étnicas, sexuais, entre outras, por acreditar que o conceito de identidade carrega uma ideia normalizadora. Assim, como dito anteriormente no capítulo, para Butler, não é necessária uma identidade em comum para se construir políticas representacionais e as políticas deveriam ser feitas para as pessoas no geral, o que posteriormente ela vai articular na necessidade de se pensar nas teorias queer e na superação do movimento feminista para o movimento gay, transgênero, lésbico, entre outros.

Diante disso, a ideia de gênero presente nas políticas públicas para as mulheres se assemelha mais aos estudos de Scott. Isso pode ser pensado a partir da reivindicação e do trabalho do movimento feminista na construção das políticas, considerando a questão de gênero e a diversidade presente no grupo das mulheres. Isso pode ser visto desde o início, antes mesmo da consolidação da PNAISM (política), quando se iniciou o PAISM em 1984, tendo pela primeira vez um programa interessado em conhecer quem era a mulher brasileira. Assim, foi analisada a média de filhos por mulheres, uma média que caiu ao longo da década de 1960 e 1970 que era de 6 filhos por mulher, até em 1977 ser de 4,5 filhos por mulher. Além disso, foi feita uma análise dos motivos que levaram a diminuição das taxas de natalidade entre a população. A partir do uso de contraceptivos, em especial a pílula, observaram que muitas famílias diminuíram o número de filhos devido a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, exigindo maior tempo fora de casa e outras tarefas a serem desenvolvidas, quanto no outro extremo o aumento do desemprego e de grandes dificuldades econômicas e sociais. Além disso, o PAISM também analisou questões de saúde mais recorrentes na realidade das mulheres brasileiras e defendeu o alcance da promoção de saúde para toda a população, mesmo que inicialmente não se propôs modificar e sanar as desigualdades sociais existentes. (Brasil, 1984). Dessa forma, esse programa começa lentamente a articular a ideia de gênero associada com outras categorias de análise, apesar de que inicialmente ainda não embarcava diversas questões

e pluralidades existentes dos contextos das mulheres em suas diversidades.

Retomando a questão da natalidade, para algumas autoras o PAISM foi importante ao superar antigos programas de saúde materno-infantil que tinham caráter de controle social e propunham um olhar à saúde da mulher exclusivo às funções reprodutivas. Assim, ao surgir na mesma época do movimento sanitário brasileiro, o PAISM propôs um olhar integral à saúde da mulher, além das funções reprodutivas, abarcando as diversas demandas em saúde das mulheres e a partir da articulação das esferas municipais, estaduais e federais. Outro ponto a ser destacado é que apesar da não utilização da palavra gênero no programa, ela aparece subentendida enquanto ação e busca contínua do coletivo de mulheres na luta por direitos sobre seu corpo e uma sociedade com menos desigualdades sociais e mais justa, sendo o PAISM reconhecido mundialmente nas Conferências Internacionais do Cairo e Beijing como um programa avançado em saúde com alta participação social. Todavia, considerando que os coletivos de mulheres são compostos por diversidades e diferenças, no PAISM ainda não se encontrava claramente essas outras categorias como etnia, classe, raça, entre outras no programa (Giffin, 2002; Medeiros & Guareschi, 2009).

Após a criação do PAISM em 1984, na década de 2000 houve a criação das Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a transformação do PAISM em PNAISM, além da criação das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres e dos diversos planos nacionais para se discutir a realidade e a necessidade das mulheres brasileiras, nossas políticas articularam ainda mais a análise de gênero com outras categorias como etnia, classe, sexualidade, idade, contextos sociais, políticos entre outros. Isso pode ser melhor compreendido no item 2.2, quando vemos um desenvolvimento das políticas em prol das necessidades e demandas de diversas mulheres, sendo elas lésbicas, negras, ribeirinhas, indígenas, quilombolas, pescadoras, urbanas, agrárias, idosas, entre diversas outras explicitamente nomeadas nos documentos políticos, destacando a necessidade da nomeação dessas

pluralidades para também se fazer políticas públicas.

Além disso, outra questão muito importante de se notar nas nossas políticas é que elas foram construídas tendo uma identidade em comum que é a desigualdade e a violência que as mulheres brasileiras sofrem, mesmo cada uma tendo sua particularidade e especificidade diante de cada contexto. Diante disso, o que se propôs no âmbito político foi estudar e analisar essas diferenças e desenvolver políticas públicas para diferentes contextos. Se citarmos no âmbito da saúde, questão central dessa dissertação, isso pode ser exemplificado com a criação e ampliação de programas e unidades fluviais de saúde para as mulheres ribeirinhas e indígenas; programas e ações pautadas na saúde de mulheres lésbicas e mulheres trans, como kits de proteção sexual para o público lésbico e clínicas específicas para o cuidado da mulher trans, com profissionais capacitados e especializados; o combate ao racismo nos diversos âmbitos institucionais e sociais, assim como programas de saúde pensado nas demandas das mulheres negras, tendo em vista seus diversos contextos sociais.

Dessa forma, a diferença existente entre o PAISM e o PNAISM é que além da manutenção da atenção integral, novos objetivos foram descritos no PNAISM, como a redução da mortalidade entre mulheres por causas preveníveis e evitáveis e maior atenção e assistência às mulheres rurais, negras, indígenas, privadas de liberdades, lésbicas e mulheres com necessidades especiais. Entre as temáticas, buscou-se maior ação nas demandas de saúde mental, saúde ocupacional, queixas de infertilidade e reprodução assistida, climatério e menopausa, além de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, mesmo que na prática se mostrava ainda dificuldade de assistência à todas as demandas e todas as mulheres. Além disso, neste primeiro PNAISM, algumas mulheres e grupos ainda não estavam abarcados na política, como as mulheres profissionais do sexo e prostitutas, necessitando de cuidados especiais tanto em relação à saúde sexual e as situações de violência e precarização da vida (Freitas et al., 2009). Todavia, ao longo dos anos e das novas conferências nacionais e planos

nacionais, essas mulheres foram inclusas nas políticas de saúde, como diversas outras como pescadoras, ciganas, mulheres em situação de rua como já descritas anteriormente.

Em uma pesquisa realizada nas bases de dados Scielo e Pubmed, Billoti et al. (2016) tiveram como objetivo avaliar quais produções científicas existiam utilizando os termos “política saúde mulher”. Entre os artigos encontrados, 51% tratavam-se sobre atenção obstétrica neonatal, 16,6 % sobre planejamento familiar e 11,4% sobre câncer de mama e colo. Dos 19,6% artigos restantes, a maior parte tratava sobre a própria política PNPM e poucos sobre tabagismo, álcool e obesidade. Dessa forma, esta pesquisa feita por Billoti et al. (2016) evidenciou a prevalência de estudos relacionadas ao estado gravídico puerperal e poucos artigos relacionados com a violência doméstica e sexual, HIV e DST, saúde mental, ocupacional, climatério entre outras temáticas e outros grupos como mulheres negras, trabalhadoras do campo, mulheres indígenas entre diversas outras que compõe as diversidades econômicas, sociais e culturais e existentes no país. Tendo em vista que as pesquisas científicas, em especial no campo da saúde, refletem a realidade dos programas e políticas de saúde, apesar do PNAISM ter trazido diversos avanços ao longo de todos esses anos, com conferências nacionais e planos nacionais, ainda existem diversos desafios para implementação de atenção integral à saúde de todas as mulheres.

Tendo em vista todas essas questões, a aproximação entre as políticas públicas para as mulheres criadas no Brasil e o conceito de gênero defendido por Scott parece gerar como produto um frequente compromisso político em desenvolver ações e medidas com base nas diferenças (as diferenças sexuais entre homens e mulheres e as diferenças entre as pessoas em cada grupo, como defende Scott), diversidades e demandas de diversas mulheres, a partir da análise de diversas categorias. Por um outro lado, tendo em vista as recentes mudanças políticas como a extinção da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no atual governo Bolsonaro, como também o desaparecimento de diversos documentos e políticas para as mulheres dos sites do governo federal, isso nos faz pensar na fragilidade das políticas públicas

para as mulheres e na visibilidade deste grupo.

Sendo assim, a importância da relação entre os estudos de gênero de Scott e das políticas públicas para as mulheres também se vê na nomeação das mulheres enquanto grupo nos documentos políticos, dando visibilidade às suas demandas e suas questões em detrimento do risco constante de seu apagamento na história, como temos vivenciado na história brasileira. Considerando também que a história está em constante mudança e isso afeta diretamente a realidade das mulheres, como também a sua saúde, pretendemos expor agora um pouco da relação entre mulheres e saúde mental ao longo da história. Essa preocupação se dá principalmente quando pensamos nas mudanças e nos processos históricos e sociais de saúde, da mulher enquanto sujeito ativo e cidadã, além da loucura e do sofrimento psíquico, visto de formas tão diferentes ao longo dos anos.

2.4 Mulheres e Saúde Mental: uma breve contextualização histórica

Ao longo da História a loucura foi tratada de diversas formas pelo saber médico e pela sociedade. Nesse sentido, a “História da Loucura”, escrito por Michel Foucault na década de 1960, foi um livro que serviu como importante reflexão sobre as práticas manicomiais existentes para um dos tratamentos para o sofrimento psíquico ao longo da época. Diante de críticas e relatos de internos, Foucault inspirou muitos teóricos, acadêmicos e profissionais a repensarem criticamente no modelo manicomial existente (Foucault, citado por Nascimento e Zanello, 2014). Todavia, dentro dessa história, algo ficou oculto: o tratamento era igual para todas as pessoas? Homens e mulheres? Como a loucura era compreendida pela sociedade? É diante dessa problematização que Nascimento e Zanello (2014) refletem sobre a importância de se estudar gênero inter-relacionado à saúde mental, o que não aconteceu na obra de Foucault, em 1960, e permanece de forma escassa nos estudos recentes sobre saúde mental, perpetuando um certo silenciamento das mulheres sobre a situação.

Nos estudos de Foucault se estabelece que a loucura estava interligada às contradições referentes aos valores morais de cada época, todavia o autor não problematiza como essa questão era vista para homens e mulheres. Assim, a partir dos estudos de Nascimento e Zanello (2014), as autoras colocam que a moral dos homens estava interligada à razão, como estável, fixa, enquanto as mulheres estavam conectadas à sensibilidade, vista de forma instável e que diante de imprevistos poderia se tornar perigosa. Em relação ao corpo físico, outra associação era feita, enquanto os homens eram compreendidos a partir da secura e da rigidez, a mulher associava a umidade e relaxamento, sem contar do útero que foi associado como razão da histeria no século XVIII. Essas ideias foram vistas em diversos personagens literários em clássicos da literatura mundial, desde o século XV até em meados do século XX, além de encontrados em estudos como o de Simone de Beauvoir (1949) em seu livro “O segundo sexo”, e outros pensadores e estudos relacionados à gênero e poder.

Saindo agora de um estudo amplo e europeu e adentrando especificamente no Brasil, as relações de gênero e saúde mental também podem ser vistas a partir de um estudo de Cunha (1988) em que inicialmente a autora destaca a importância de se pensar nas relações de dominação, como a de gênero, num contexto específico, como o brasileiro, a partir de anos de escravidão e colonialismo. Dessa forma, a autora analisa quatro diferentes internações ocorridas no Hospital Psiquiátrico Juquery, criado no final do século XIX e um dos primeiros na tentativa de construir uma instituição pautada nos padrões internacionais. Este hospital tinha como objetivo higienizar as cidades e manter os padrões de comportamentos controlados socialmente, de forma que as pessoas vistas como “desviantes” encontravam seu destino no manicômio. Possuindo internos pagantes e não pagantes, algumas das atividades incluíam a laborterapia, mas apenas para os não pagantes, e podiam variar em trabalhos de campo ou trabalhos urbanos para os homens, mas para as mulheres eram destinados sempre os mesmos: atividades domésticas como limpar e cozinhar.

Todavia, diante desse cenário, é necessário pensarmos em gênero a partir de outras categorias, como foi problematizado anteriormente neste capítulo, como a raça, a etnia e a classe. Diante disso, a loucura e a cura para a mesma eram iguais para todas as mulheres? A partir dessa discussão Cunha (1988) problematiza que muitas das mulheres brancas de classe mais elevada foram internadas por motivos que envolviam, como no caso de Eunice, cuja análise foi feita pela autora já citada, trabalho em excesso e elevada autoestima diante do seu trabalho profissional, neste caso ela era professora, como também mulheres que escolhiam o “celibato” ao recusar o casamento com muitos pretendentes escolhidos pelos pais. Dessa forma, podemos ver que as razões que levaram às internações diziam a respeito dos papéis sociais possíveis e permitidos à mulher naquela sociedade, ao invés de um adoecimento e sofrimento psíquico das mulheres.

Diante dessa questão, a autora destaca a ideia de que para essas mulheres como a Eunice, caso ocorrido em 1910, o trabalho não era um destino possível, já que o mesmo estava associado aos homens, enquanto o casamento era a única possibilidade e a certeza de perpetuar a família burguesa. Diante disso, a autora explica que a partir da preservação do celibato antes do casamento e com a maternidade “legítima” após o matrimônio, os laços de poder e capitalismo eram mantidos. Assim, havia uma valorização do pudor e das ideias morais higienistas em relação a exposição dos corpos com o intuito de garantir o casamento e os ideias capitalistas (Cunha, 1988).

Em contrapartida, para mulheres negras o casamento e o trabalho possuíam uma conotação diferente. Em muitos relatos médicos e a partir de documentos históricos Cunha (1988) identificou uma associação da mulher negra com uma espécie inferior, degenerada e relacionado a diversos preconceitos de etnia, classe e gênero a elas. Dessa forma, por serem frequentemente associadas a uma natureza animalesca, o patriarcado e a sociedade da época usavam as mulheres negras como objetos sexuais para os senhores o que, como consequência,

aumentava o número de filhos que trabalhariam na senzala. Conjuntamente a isso, o trabalho não era visto como algo negativo a elas, já que essas mulheres tinham outros espaços e destinos na sociedade da época, o que alguns relatos traziam mulheres negras cantoras e também prostitutas. Por fim, o casamento no caso de mulheres negras não tinha finalidade e o ideal de família burguesa, uma vez que o casamento era utilizado pela família burguesa para garantir que o poder econômico continuasse entre os mesmos, realidade que a maior parte das mulheres negras não se encontravam. Todavia, em um dos documentos analisados por Cunha (1998), uma mulher negra que havia recebido uma herança de seu pai poderia ter poucos destinos possíveis, sendo um deles administrar seus bens de forma adequada para a figura de uma mulher e arranjar um casamento com um homem branco, para poder “branquear-se”, e conseguir outros espaços sociais destinados até então às mulheres brancas. Porém, no lugar deste destino, a mulher resolveu viajar ao longo do país disfarçada com roupas largas para se passar por um homem, já que de acordo com ela era a melhor maneira para não ser incomodada. Diante deste “pecado”, a ela foi destinado o Hospital Juquery, sendo descrita como mulher fraca de espírito e futura portadora de demência.

Apesar dessas divergências entre destinos e olhares às mulheres brancas e mulheres negras, um ponto em comum importante foi observado nos documentos da época. Observou-se que dos milhares de prontuários analisados durante 1895 até 1930, no Hospital Juquery, os casos em que houve comoção, denúncias e soluções perante à justiça ou aos jornais eram todos de internos homens, buscando a recuperação dos seus direitos. Em contrapartida, não houve nenhum caso feminino em que houve tamanha repercussão e sucesso, o que denuncia a aliança que se tinha entre pais ou maridos e a figura do psiquiatra (Cunha, 1998).

As questões levantadas por Cunha (1988) em seus estudos com prontuários são, ainda hoje, pertinentes quanto à saúde mental das mulheres? Após alguns desses estudos e relatos a respeito da saúde mental de mulheres ao longo dos últimos séculos, em um estudo relativamente

recente de Zanello (2010) a autora ainda observou o olhar biologizante relacionado à saúde mental e ao corpo feminino. De acordo com ela, as leituras epidemiológicas sobre as questões da saúde mental como a depressão e ansiedade muitas vezes são feitas a partir da ideia de que as mulheres estariam mais propícias a essas doenças em decorrência das questões hormonais, como a presença do hormônio estrogênio. Essa maneira de compreender a saúde mental das mulheres foca no corpo, nos hormônios e na reprodução sem levar em consideração a análise de questões econômicas, étnicas, sociais entre outras. No Brasil, isso pode ser visto a partir da criação de ambulatórios relacionadas a saúde da mulher ao longo de todo o país, visto que estes focam em aspectos biológicos sobre ser mulher, em detrimento de questões culturais, sociais, étnicas e raciais.

2.4.1 Estudos recentes sobre saúde mental de mulheres, raça, etnia, situação socioeconômica

2.4.1.1 Mulheres, Saúde Mental e Raça/etnia

Adentrando essa discussão mais atual sobre gênero, agora em relação à raça e à etnia, ao se pesquisar sobre a relação entre saúde mental e mulheres negras, poucos estudos foram encontrados. Para Damasceno e Zanello (2018), mesmo em relação aos estudos envolvendo homens, há pouca produção acadêmica a respeito denunciando a importância de se falar sobre o tema. A partir de uma revisão sistemática de literatura, as autoras perceberam que os psicólogos possuem pouca compreensão sobre o racismo presente nas relações étnico-raciais tanto dentro do sistema de saúde quanto em toda a sociedade; ainda há um rastro de pesquisas dentro da área de psicologia e psiquiatria com um cunho científico europeu, tendo pouca discussão e interesse em teorias afro-centradas; e, por fim, é urgente pesquisas sobre a interseccionalidade em relação às mulheres negras.

Entre os poucos estudos existentes sobre a relação de gênero, cor/raça e saúde mental, Smolen e Araújo (2017) a partir de uma revisão bibliográfica encontraram que há uma maior

prevalência de se encontrar depressão e Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população negra em relação à branca, destacando que essas análises envolveram outras categorias como escolaridade e renda mensal. No caso dos TMC, estes são identificados como os adoecimentos mentais mais encontrados na população, conhecidos como Transtornos de Depressão e Transtornos de Ansiedade, sendo que 300 milhões de pessoas aproximadamente sofrem com Depressão. Desemprego, pobreza, lutos, uso de álcool e substâncias e doenças físicas podem ser desencadeadores da depressão, sendo encontrado mais em mulheres do que em homens (WHO, 2017).

Retomando a análise sobre saúde mental, mulheres e raça, nos estudos de Prestes e Paiva (2016) outra questão essencial a ser problematizada quanto à saúde mental de mulheres negras é o processo de resiliência e o perfil de “guerreira”, visto em mulheres negras responsáveis pela condição econômica da família, dos afazeres domésticos, entre tantos outros. Para essas autoras, essas responsabilidades estão permeadas de grande vulnerabilidade social e essa resiliência encontrada nessas mulheres pode estar associada também com o adoecimento psíquico. Para Silva e Chai (2018), essa vulnerabilidade pode ser encontrada a partir de condições precárias de moradia, pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde, número elevado de filhos, situações conjugais ruins, entre outras que podem prejudicar a saúde dessas mulheres.

Por fim, na discussão sobre saúde mental de mulheres negras, Prestes e Paiva (2016) colocam que há um ocultamento da questão étnica- racial da mulher nos currículos dos cursos de saúde como medicina, psicologia, enfermagem entre outros. Assim, há poucas práticas de saúde específicas a esses grupos mas, quando existem, essas geralmente essas são focadas em vulnerabilidade à infecção pelo HIV, situações de violência sexual e gravidez indesejada. Dessa forma, ações de promoção a saúde envolvendo a escuta e o acolhimento das demandas dessas mulheres, suporte social, parceria entre comunidade, movimentos sociais e serviços de saúde tornam-se essenciais para promover a saúde desses grupos (Prestes & Paiva, 2016). Além disso,

considerando que a saúde mental também é permeada por acesso ao emprego e à melhores condições socioeconômicas, torna-se importante e necessário o desenvolvimento de mais políticas sociais relacionadas à essas questões.

2.4.1.2 Mulheres, Saúde Mental e Situação Socioeconômica

Outras categorias importantes a serem analisadas dentro da relação entre gênero e saúde mental é a classe e as situações socioeconômicas. Em duas pesquisas houve uma relação direta entre gênero feminino, desigualdade social, pobreza e TMC. Para Silva e Santana (2012), os TMC estão relacionados à baixa escolaridade, desemprego, violência física e psicológica tendo como o autor o conjugue. Para Pinho e Araújo (2012), outra questão importante encontrada foi a respeito da sobrecarga doméstica pelas mulheres. Nas mulheres entre 21 a 30 anos, presentes na zona urbana, casadas, com até o ensino fundamental completo e negras a presença de TMC foi ainda maior. Outro fator encontrado foi que 56% das mulheres em condições precárias de moradia passavam por sobrecarga doméstica, assim como as mulheres que recebiam até um salário mínimo comparado com as demais. Esses dados refletem o agravamento e o aparecimento dos TMC em situações de vida mais precárias e mais difíceis, refletindo não só as dificuldades socioeconômicas, mas também a sobrecarga de trabalho sofrida pelas mulheres.

Além disso, ainda em relação à saúde mental, gênero e classe, em uma pesquisa de campo realizada em assentamentos rurais no Piauí, pesquisadores observaram que mulheres casadas, com mais de dois filhos e responsáveis pelos afazeres domésticos relataram com maior frequência pensamentos suicidas (69,6%) do que homens (30,4%). Entre elas, a maior parte possuía entre 30 a 49 anos (46,5%), casadas (81,7%), mães, com renda familiar até meio salário mínimo (50,7%). Outra questão importante estudada foi o pouco acesso dessa população aos meios de transporte, educação, assistência social, serviços de saúde, como também situações precárias de emprego (Macedo, Silva & Bezerra, 2018). Diante dessas variáveis, alguns pesquisadores problematizam o despreparo de profissionais em lidar com as questões de saúde

mental quando há vulnerabilidade social (Pinho & Araújo, 2012; Lurdemir, 2008).

2.4.1.3 Mulheres, Saúde Mental e Depressão

Em relação aos pensamentos de autoextermínio e suicídio, brevemente mencionados anteriormente em um dos estudos, compreende-se que eles podem estar relacionados tanto com a questão das vulnerabilidades quanto outras questões de saúde como a depressão. Dentro desse contexto, é importante refletir que a variável gênero também vai diferenciar muitas dessas questões. Em uma pesquisa feita por Dantas (2016), encontrou-se que a maior parte da literatura acadêmica nacional pesquisada nas bases de dados SciELO e LILACS ainda relaciona a depressão com questões biológicas como doenças, fatores reprodutivos e questões específicas do corpo feminino, seguido por uso de álcool, drogas e outras questões mentais; mulheres cuidadoras, seja devido à profissão ou como cuidadora familiar; e, menos encontrado, a depressão com violências sofridas pelas mulheres.

Outro ponto a se destacar é que em entrevistas com nove mulheres entre 25 a 59 anos, com diagnóstico de depressão, com diferentes classes sociais e etnias, os dados encontrados denunciam um predomínio e sobrecarga das mulheres em atividades domésticas e envolvidas à vida afetiva e amorosa, como também pouco espaço e tempo para se pensar fora deste âmbito privado. Além disso, os resultados apontaram pouco ou nenhum suporte de mães, pais, irmãos, estando geralmente associados às situações de violência. De uma forma geral, tanto a literatura estudada quanto as entrevistas realizadas pela autora apontam em narrativas que denunciam o sentimento de culpa, de solidão, de tristezas e lembranças do passado pelas mulheres (Dantas, 2016). Já em outra pesquisa realizada com 30 mulheres num Centro de Atenção Integral à Saúde, em João Pessoa, os dados mostraram que 29 das mulheres com depressão associavam a situações de violência, quase sempre pelo parceiro íntimo, mas também na infância a partir da família havendo violências físicas, psicológicas e sexuais. Como consequência das violências na vida adulta, relataram perda de emprego, diversas queixas físicas e psíquicas de saúde e falta

de ânimo para realizar qualquer atividade (Frazão et al., 2019). Apesar dessas pesquisas apontarem diversas questões importantes relacionadas à saúde da mulher, carece ainda de outras categorias de análise como raça, etnia, classe social, sexualidade entre outras, nesses estudos. Dessa forma, essa questão destaca a carência de uma literatura acadêmica sobre depressão e gênero que se investigue outras questões importantes do contexto sociocultural.

2.4.1.4 Mulheres, Saúde Mental e Fibromialgia

Outra questão muito importante a se estudar na atualidade é a relação entre mulheres, saúde mental e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que estas atingem cada vez mais um maior número de pessoas e em 2015 foi responsável por 51,6% do total de óbitos no país, sendo as mais frequentes diabetes, cânceres e doenças respiratórias (<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis>).

Uma das DCNT que tem despertado interesse e preocupação em todos os órgãos de saúde por acometer 2% de toda a população brasileira, ou seja, aproximadamente 4,18 milhões de pessoas, sendo prioritariamente mulheres (Souza & Perissinoti, 2018; <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/52386-fibromialgia-os-desafios-de-uma-doenca-invisivel>) é a fibromialgia.

De uma forma geral, pode-se dizer que a fibromialgia é caracterizada como uma dor crônica em locais difusos no corpo, por um período superior a 3 meses, não sendo detectada por meio de exames radiográficos o que dificulta ainda mais o diagnóstico. Assim, geralmente é detectada a partir de questionários e instrumentos que investigam as quantidades de pontos de dor no corpo, intensidade e limitações físicas a partir delas. Para Santos e Rudge (2014), a fibromialgia também é associada a distúrbios de sono, indisposição e mal-estar entre as pessoas afetadas.

Diante dessa questão, após uma breve pesquisa a partir dos descritores “fibromialgia” e

“psicologia” nas bases científicas SciELO, Pepsic e LILACS BVS, encontrei poucas pesquisas que abordavam a questão da fibromialgia no campo de estudos da psicologia, sendo os existentes localizados geralmente na região sudeste e sul do país. Entre os encontrados, todos relacionavam a fibromialgia com mulheres, porém sem problematizar essa questão em relação a pouca incidência entre os homens. Além disso, entre as temáticas encontradas, as mais frequentes foram: fibromialgia e psicoterapia psicanalítica; fibromialgia, relacionamentos afetivos e sexualidade; fibromialgia e estresse; fibromialgia, dor e a trajetória de vida de mulheres; fibromialgia e habilidades sociais de pacientes.

No campo da psicoterapia psicanalítica, foram localizados dois estudos de caso (Lima & Carvalho, 2008; Britto et al., 2014), um estudo envolvendo 5 mulheres e atendimentos em grupo (Silva & Rumin, 2012) e um articulando a fibromialgia com estudos teóricos freudianos (Santos & Rudge, 2014). Nos estudos de relatos de caso, predominaram pesquisas que destacaram histórias de abusos sexuais na infância ou situações familiares de negligência ou pouco suporte social na trajetória de mulheres com fibromialgia. Nesse contexto, articulou-se a ideia de diversos abusos sexuais na infância com posições infantilizadas na vida adulta e também uma não elaboração do passado o que desencadeava dores no presente. Em ambas as pesquisas a vida sexual era algo que trazia dores, nenhuma satisfação, nenhum prazer e libido, geralmente tendo a relação sexual vista como uma obrigação diante das relações com os parceiros, além de piorar as situações de dores na fibromialgia (Lima & Carvalho, 2008; Britto et al. 2014). No estudo envolvendo o atendimento psicanalítico em grupo, os atendimentos abordaram a questão do afastamento do trabalho devido as limitações físicas e psíquicas desencadeadas pela fibromialgia; o medo em perder o auxílio previdenciário e agravar as vulnerabilidades sociais e situações socioeconômicas; as relações de violência física desencadeadas pelo marido e a sobrecarga doméstica; a possibilidade de retomar alguns trabalhos produtivos em situações não adoecedoras; a importância do grupo enquanto suporte

social no dia a dia (Silva & Rumin, 2012). Já na pesquisa teórica sobre fibromialgia, dor e psicanálise, as autoras usaram conceitos psicanalíticos e traumas e violências sofridas no passado não elaboradas, para poder explicar a fibromialgia (Santos & Rudge, 2014).

Em relação ao estudo envolvendo sexualidade e fibromialgia (Centurion & Peres, 2016) a partir de uma revisão da literatura em 4 bases de dados e na inclusão de estudos da literatura nacional e internacional, os autores encontraram 14 artigos a respeito da temática, quantitativos e publicados em revistas médicas tratando a maioria de disfunções sexuais em homens e mulheres, sintomas como baixa libido, falta de lubrificação e outras questões as vezes relacionadas à depressão. Por fim, os autores colocam a importância de explorar instrumentos qualitativos como entrevistas semiestruturadas para valorizar a questão subjetiva da sexualidade e explorar melhor essa questão.

Similar à essa questão, a pesquisa a respeito da fibromialgia e as representações sociais em casais, Macedo et al. (2015) entrevistaram quatro casais em que as mulheres possuíam diagnóstico de fibromialgia há pelo menos 12 meses. Os resultados encontrados nas entrevistas apontaram uma dificuldade e demora na realização do diagnóstico pelo médico, o que contribuía para o questionamento sobre a veracidade desses sintomas por familiares e parceiros íntimos; uma mudança nos cuidados diários com a casa, em decorrência da limitação de algumas das mulheres em relação às dores, tendo uma maior participação dos homens se comparado com períodos anteriores à doença; uma diminuição da vida sexual do casal, geralmente marcada por crítica dos conjugues e relatos de dores e falta de desejo pelas mulheres.

Em relação ao artigo abordando a questão da fibromialgia e estresse, a partir da análise de prontuários de 16 mulheres as autoras encontraram que quase 44% das mulheres possuíam entre 51 a 60 anos; 62,5% eram casadas; 25% com ensino fundamental incompleto, 25% com ensino médio completo e 25% com ensino superior completo. Entre elas, 87,5% possuía distúrbios do sono, 75% distúrbios do humor, 68,8% problemas gástricos e 62,5% dores

musculoesqueléticas. Entre os relatos sobre a infância encontrados nas sessões, houve diversos casos de abusos físicos feito por pais e mães na infância, casos de abuso sexual por pessoas conhecidas e situações de trabalho infantil. Já na adolescência e vida adulta, muitos casos de assédio e violência sexual por parceiros, desconhecidos e também por um médico que realizava exame pericial. As relações entre os maridos eram permeadas por comportamentos verbais e físicos violentos, alcoolismo, falta de suporte e participação na criação dos filhos. Entre os pais, as mulheres relataram dificuldade de se relacionar e estresse devido a terem sido cuidadoras de pais em doenças terminais. Por fim, em relação aos filhos, as mulheres relataram falta de diálogo e afeto, uso de substâncias psicoativas e falta de colaboração das tarefas domésticas como eventos estressores (Reis & Rabelo, 2010).

Já no artigo de Penido, Fortes e Rangé (2005), o objetivo foi o estudo das habilidades sociais de pacientes com fibromialgia a partir de 36 mulheres diagnosticadas com fibromialgia, 35 com artrite reumatoide e 36 mulheres sem nenhuma doença. Nessa pesquisa, os dados demonstraram maior intensidade entre ansiedade e depressão nas mulheres com fibromialgia e artrite reumatoide, se comparado com as demais. Por fim, as autoras concluíram que as mulheres com fibromialgia apresentavam maiores dificuldades em dizer não e modificar comportamentos, além de redução da qualidade de vida devido a dor, “supervalorização de sensações corporais” (p.83) e alta dependência, dados que apontam que um tratamento psicológico poderia ser benéfico para auxiliar nesse processo.

Por último, o artigo de Milani et al. (2012) abordou a dor psíquica na trajetória de vida de mulheres a partir de uma entrevista semiestruturada com 10 participantes entre 21 e 65 anos de idade. Os resultados apontaram a extrema dificuldade e demora ao conseguir o diagnóstico preciso de fibromialgia, o que em muitos casos, quando encontrado, gerava alívio e o início de um tratamento adequado para a doença. Os tratamentos incluíam, entre diversos cuidados, o uso de medicamentos analgésicos, antidepressivos e anti-inflamatórios para a diminuição da dor.

Entre os sintomas relatados houve espasmos musculares, nódulos, tumores pelo corpo e distúrbios menstruais que demonstravam um intenso sofrimento dessas mulheres que muitas vezes as levavam à exclusão social.

Dessa forma, a partir dessa breve leitura é possível dizer que nenhum dos artigos discutiu a fibromialgia relacionada com a questão de gênero, muito menos associada com classe, raça/etnia e outras categorias importantes para uma maior compreensão dessa doença. Em contrapartida, houve um foco maior nas histórias de violência, abuso físico e sexual ocorridas durante a infância e vida adulta; sexualidade e vida conjugal; e, por fim, ansiedade, depressão e humor.

Assim, essas leituras e estudos nos fazem questionar: Qual tem sido o papel da psicologia nos estudos sobre saúde e mulheres? Muitas vezes nas pesquisas há até uma preocupação em se investigar a escolaridade, renda e outras questões existentes nas vidas das mulheres, porém raramente ou nunca elas são discutidas e problematizadas ao longo do texto. Em outros momentos, não há nem esse interesse, sendo o foco individual, biológico e desassociado com questões sociais, econômicas e políticas essenciais para se pensar na relação entre saúde e sujeitos. Dessa forma, essa breve leitura e discussão serve como uma reflexão dentro da psicologia nos estudos de gênero e saúde e a tentativa de provocar uma mudança dentro dessa área.

2.5 Justificativa do estudo, problema de pesquisa e objetivos

Diante de tudo o que foi exposto até o momento, é necessário problematizar as práticas em torno de gênero e saúde mental, a partir dos medicamentos benzodiazepínicos enquanto forma de tratamento disponibilizado no SUS. Compreendendo esta droga enquanto depressora, calmante e altamente utilizada por mulheres em diversas situações sociais não vistas e acolhidas pelos profissionais, este medicamento contribui para manter o papel social de muitas mulheres como mães, esposas, cuidadoras do lar e muitas vezes oprimidas social e sexualmente. Em

contrapartida, o álcool enquanto droga também depressora é tratada de forma diferente no SUS, a partir dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPSad), frequentado majoritariamente por homens. Para a sociedade, o álcool é visto como prejudicial pelo seu efeito depressor prejudicar o rendimento no trabalho e a virilidade do homem. Todavia, os benzodiazepínicos, amplamente distribuídos nas farmácias da rede, possuem efeitos semelhantes nas mulheres e são aceitos e usados como forma de tratamento, demonstrando a perversidade e as relações de gênero presentes no sistema (Zanello, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2011), em uma publicação exclusiva sobre mulheres, destaca que para além da saúde sexual-reprodutiva, são problemas frequentemente enfrentados pela mulher e merecem ser estudadas e tratadas as condições crônicas de saúde, especialmente na medida que as mulheres envelhecem, são pobres e residem em zona rural. Além das condições crônicas, são mencionados os casos de suicídio e depressão. Agravam os problemas que mais atingem mulheres pelo mundo a alta carga de trabalho, o baixo status social e a violência. Residir em países mais pobres indica pior nível de tratamento, quando comparam-se mulheres destes locais com países mais ricos e mulheres com maior escolaridade. Além disso, estigma e informações incorretas prejudicam a busca de mulheres por cuidados em saúde.

Os “Protocolos de Atenção Básica – Saúde da Mulher” (Brasil, 2016b) utilizam em apenas três momentos a expressão “saúde mental”, a saber: (1) ao discutir atraso menstrual e amenorreia, sugerindo solicitar apoio matricial em caso de relação do quadro com transtornos alimentares; (2) no caso de pré-natal, alertando para possibilidade de aparecimento de depressão; (3) no puerpério, em alerta idêntico ao anterior. Portanto neste documento ligado à APS os cuidados em saúde mental colocam as mulheres como corpos a serviço da reprodução, marca explícita da maior parte das ações em saúde da mulher desenvolvidas nas últimas décadas no país. Além disso, se considerarmos os documentos da lei 10.216 que trata sobre o modelo assistencial em saúde mental e os documentos referentes à RAPS nenhum deles fazem menção

aos cuidados relacionados à saúde mental a partir da categoria de gênero (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

Um dos graves problemas de saúde mental existentes na APS diz respeito ao uso excessivo e prolongado de psicotrópicos (Moura, Pinto, Martins, Pedrosa & Carneiro, 2016; Bezerra, Jorge, Gondim, & Vasconcelos, 2014). Quando pensamos em sofrimento mental, o uso adequado e correto de medicamentos psicotrópicos pode ser uma forma terapêutica e aliada aos cuidados em saúde mental. Todavia, quando esses fármacos são utilizados de forma excessiva e incorreta podem provocar danos à saúde da pessoa e gastos excessivos para o SUS (Araújo et al., 2012).

Dentro desse contexto, é importante dizer que existem diferentes classes de psicotrópicos, sendo as mais comuns e utilizadas: (a) os ansiolíticos-sedativos, geralmente benzodiazepínicos, indicados para distúrbios da ansiedade; (b) os antidepressivos, direcionados para o tratamento e a elevação do humor; (c) os antimaníacos, que podem ser anticonvulsivantes ou sais de lítio para tratar distúrbios e alterações do humor; (d) e, por último, os antipsicóticos ou neurolépticos para o tratamento de psicoses (Forte, 2007, citado por Araújo et al., 2012).

De acordo com Carvalho e Dimenstein (2003), os ansiolíticos-sedativos são mais utilizados pelas mulheres e têm o efeito de tranquilizar, acalmar e sedar ao agirem sobre o sistema nervoso central afetando as reações e respostas sobre a ansiedade. Entre eles, os benzodiazepínicos são frequentemente utilizados e apesar de serem indicados para uso de curto tempo, entre dois a quatro meses, a literatura tem demonstrado diversas experiências prolongadas, no caso da pesquisa dessas autoras, o uso entre mulheres variou de 4 meses a 19 anos.

Diante disso, numa pesquisa de Queiroz Netto, Freitas e Pereira (2012) realizada em Ribeirão Preto, os autores encontraram que o benzodiazepínico mais utilizado pela população foi o Diazepam, enquanto entre os antidepressivos mais comuns foram a Fluoxetina e a

Amitriptilina. Nesse estudo, as mulheres eram a maior parte das usuárias desses medicamentos, sendo cerca de 73% do público usuário de benzodiazepínicos e quase 80% dos antidepressivos, principalmente na faixa de 40 a 70 anos. Já em outra pesquisa realizada no interior da região nordeste do país, no Estado do Ceará, o antidepressivo mais distribuído pelo SUS na cidade foi a Amitriptilina em primeiro lugar, depois a Fluoxetina. Na classe dos benzodiazepínicos, o Diazepam permaneceu em primeiro lugar do mais utilizado, seguido pelo Clozanepam (Araújo et al., 2012).

Outras pesquisas também apontaram o uso frequente e abusivo desses medicamentos pelo público feminino. Em uma pesquisa realizada em Unidade de Saúde da Família em Recife, 71% das pessoas que utilizavam medicamentos psicotrópicos eram mulheres, com idade média de 52 anos e mais da metade realizava exclusivamente atividades do âmbito doméstico e familiar. Além disso, 66,2% receberam a indicação do uso do medicamento pelo clínico geral ou psiquiatras e neurologistas. Outra questão alarmante foi o tempo de uso: no caso dos benzodiazepínicos 95% da amostra utilizou esses medicamentos numa média de 56 meses, num intervalo de um a 156 meses (Lira et al., 2014).

De acordo com Mendonça et al. (2008, citado por Lira et al, 2014), a razão pelo consumo maior desses medicamentos por mulheres estaria relacionada aos papéis sociais a que essas estão submetidas, já que muitas vezes elas não estão inseridas no mercado de trabalho, ficam exclusivamente realizando atividades do ambiente familiar, entre outros fatores que podem causar sobrecarga emocional e física, justificando o uso desses medicamentos num número maior do que utilizados por homens.

Como já apontado, segundo a WHO (2011), a sobrecarga de trabalho pode causar problemas ou agravar questões da saúde da mulher. Partindo desse contexto social, as mulheres possuem um cotidiano de tarefas e afazeres que além de sobrecarregá-las, pode ser negligenciado em consultas e atendimentos médicos. Assim, existe um número crescente de

mulheres medicadas que utilizam calmantes como forma de suportar os trabalhos diários e a pressão social, que provocam insônia, nervosismo, dor de cabeça e depressão. Na pesquisa de Carvalho e Dimenstein (2003), outra questão responsável pelo maior uso dos calmantes entre as mulheres foi a relação delas com o “marido alcoolista”. Dessa forma, é possível observar que as questões sociais e culturais com as quais as mulheres estão envolvidas afetam sua saúde mental e a utilização desses fármacos pode ocorrer como uma esperança de encontrar um equilíbrio emocional, um suporte, colocando em segundo plano que parte dos problemas de saúde, para além do nível individual ou biológico, estão emaranhadas a um contexto social, cultural e relacional. Também é importante destacar que esses medicamentos frequentemente colocam o sujeito numa posição passiva diante dos seus sofrimentos e angústias, além de mascarar muitos sintomas da doença e contribuir para que o sujeito fique imóvel diante de situações e contextos sociais que trazem sofrimento e adoecimento (Carvalho & Dimenstein, 2003).

Outra questão importante é o emprego do medicamento como única estratégia de cuidado dos profissionais de saúde, em detrimento do uso conjugado a outras técnicas e ferramentas como a escuta e o acolhimento. Alvarenga et al (2015), ao estudarem o uso de benzodiazepínicos na população idosa, questionaram até que ponto esses medicamentos que eram utilizados para tratar insônia, ansiedade, angustias e solidão não estariam tirando a oportunidade de acolhimento e escuta dos profissionais junto a esses pacientes, sendo então uma limitação do serviço e das estratégias do sistema de saúde ao lidar com essa demanda.

Além disso, para Rabelo (2011), que realizou grupos com profissionais de saúde na Estratégia da Saúde e da Família das cidades de Assis-SP e Goiânia-GO, os profissionais identificavam situações de solidão e tristeza nos pacientes, e sobre as quais estes desejavam conversar, para as quais o procedimento médico era muitas vezes apenas receitar medicamentos. Além disso, foi refletido pelas equipes que muitas vezes as queixas comuns de insônia, angústia

e nervosismo poderiam ser pedidos de ajuda não apenas de âmbito individual, mas de toda uma comunidade ou grupo que passa por questões muito similares e, ao reduzir os cuidados a ações exclusivamente ao nível individual e medicamentoso, se perderia a oportunidade de intervir na comunidade de forma mais transformadora e positiva.

Nessa perspectiva, o uso de medicamentos aparece enquanto cuidado apenas individual e pode trazer diversas consequências para o indivíduo. Em um estudo realizado por Reimão (2002), a utilização prolongada de benzodiazepínicos provocou tolerância e dependência física e reações colaterais que incluíam sonolência e ataxia, variando de acordo com a dosagem e o tempo utilizado. No caso dos antidepressivos, na pesquisa de Karniol (2002), os efeitos colaterais incluíam alterações na memória e taquicardia, ganho de peso, hipotensão e a potencialização da sensação de sonolência caso a pessoa também fizesse uso de benzodiazepínicos concomitantemente.

Em artigo redigido ao longo de uma disciplina cursada durante o mestrado e submetido a periódico nacional, efetuei uma revisão de literatura para mapear estudos sobre as mulheres brasileiras que faziam uso de benzodiazepínicos. Entre os dados encontrados, observou-se que as mulheres utilizaram esses medicamentos entre 6 meses e 2 anos em média, sendo o menor tempo de uso um mês e o maior 15 anos; maior parte era casada ou estava em relacionamento longo estável; a idade variou entre 50 a 70 anos e boa parte eram aposentada e cuidava da casa. Entre os motivos que levaram ao uso do fármaco foram relatados insônia, cefaleia e dores ciáticas e muitas possuíam diagnósticos de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Depressivo Maior, Epilepsia, Esquizofrenia e Transtorno do Pânico. Além disso, foi encontrado que as especialidades médicas mais frequente na prescrição dos medicamentos foi clínico geral, psiquiatra, cardiologista e neurologista (Mezzari & Iser, 2015; Liera et al., 2014; Nordon et al., 2009; Huf, Lopes & Rozenfeld, 2000).

Além disso, nesse mesmo artigo produzido durante o primeiro ano de nosso mestrado,

alguns estudos mostraram uma porcentagem altíssima de dependência química entre as mulheres usuárias de benzodiazepínicos. Cerca de 83% delas, entre 50 e 69 anos, relataram efeitos colaterais de tontura, cefaleia, boca seca, sonolência. No mesmo grupo, 70% delas possuíam outras comorbidades como hipertensão, diabetes, cardiopatias e depressão, que ressaltou a importância ainda maior do acompanhamento médico em relação às interações medicamentosas, principalmente no uso de Fluoxetina e Amtriptilina (Silva et al. 2016; Balen et al., 2017). Dentro desse contexto, um resultado interessante encontrado por Souza, Opaleye e Noto (2013) foi que apesar dos sintomas de dependência e dos perigos relacionados ao uso prolongado, a maior parte das mulheres se encontrava despreocupada com essas situações e não desejava, nem via a possibilidade de interromper o uso do calmante, principalmente por sofrer diariamente com a insônia.

Também destacamos questões sociais e relacionais envolvidas no uso dos medicamentos. A partir da pesquisa de Mendonça e Carvalho (2005) e Mendonça et al. (2008), as mulheres entrevistadas relataram acontecimentos importantes de vida como lutos, casamento e saída dos filhos de casa, brigas conjugais permeadas pelo uso do álcool e pelo retorno do marido ao lar a partir da aposentadoria, entre outros conflitos relacionais diários que influenciaram o início do uso do remédio. Para Souza, Opaleye e Noto (2013) outros motivos encontrados para o uso do fármaco foram a tentativa de fugir dos problemas do dia a dia e ajudar a pessoa nas situações estressantes do trabalho e dentro de casa.

Ao observar os diferentes motivos que justificaram o uso inicial ou regular da medicação psicotrópica por mulheres brasileiras e os diferentes profissionais de saúde envolvidos nessa trajetória de cuidado, destacamos o conceito de itinerário terapêutico na construção desta pesquisa. O conceito de itinerário terapêutico explora todos os caminhos e percursos feitos pelo indivíduo ou por um grupo em busca da recuperação da saúde, desde cuidados religiosos, médicos, psicológicos, entre outros, levando em conta o contexto social, cultural e econômico

que essas pessoas estão inseridas (Cabral et al, 2011). Permite, pois, no estudo do processo saúde doença conhecer os serviços de saúde, os recursos comunitário-familiares, a adesão ou não a determinados cuidados e as fontes de apoio à pessoa em sofrimento. Em estudo anterior, a partir de uma pesquisa de Braga e Pegoraro (2020), as pesquisadoras entrevistaram familiares cuidadores de pessoas em sofrimento mental e, a partir do itinerário terapêutico do usuário. A busca pela construção dos caminhos escolhidos para o cuidado da pessoa se mostrou uma importante ferramenta para compreensão dos sentidos produzidos sobre os serviços, os recursos de cuidado, os profissionais e as explicações sobre a condição de saúde.

Dessa forma, tendo em vista a revisão de literatura realizada nesse capítulo, percebe-se que a utilização acrítica/irracional de medicamentos feita principalmente por mulheres na atenção primária à saúde é uma questão presente diariamente nos serviços de saúde. Como vimos, essa questão trás consequências para a saúde das usuárias que sofrem tanto dos efeitos colaterais e dependência que esses medicamentos podem provocar, quanto do silenciamento das razões e motivos que provocam o sofrimento psíquico e social que tanto as angustiam. Assim, buscando compreender como as usuárias de um serviço de saúde do município entende o uso das medicações psicotrópicas, colocou-se como problema de pesquisa a questão: “Quais os sentidos atribuídos ao uso de medicação psicotrópicas por mulheres assistidas na atenção primária?”

2.5.1 Objetivos

Objetivo geral:

O objetivo geral desta pesquisa foi conhecer a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos.

Objetivos específicos:

Foram os objetivos específicos:

(1) Identificar, na trajetória de vida das mulheres, em que momento ou situação da sua história pessoal foi introduzido o medicamento psicotrópico e quais motivos justificaram a necessidade desse uso;

(2) Identificar se houve e quais foram as informações recebidas pelas mulheres a respeito dos efeitos que esses medicamentos podem trazer na vida de cada **uma** delas;

(3) Compreender quais consequências positivas ou negativas o uso dos medicamentos pode ter gerado na vida dessas mulheres, desde as atividades cotidianas até seus relacionamentos afetivos.

Capítulo 3 – Aspectos metodológicos

Este é um estudo qualitativo, descritivo. As pesquisas qualitativas têm a finalidade de explorar com profundidade as diversas representações e opiniões a respeito de um fenômeno em questão (Bauer & Gaskell, 2002). Segundo Turato (2005, p. 510):

Nos settings da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Além disso, segundo o mesmo autor, pesquisas qualitativas realizadas em contextos de saúde investigam vivências dos participantes frente a determinados fenômenos e buscam compreender como os sujeitos percebem e o que lembram do que viveram, experimentaram e pensaram, incluindo os sentidos não-ditos e acumulados por pessoas ou grupos (Turato, 2005). Para permitir tal investigação foram usadas como estratégias: entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, entrevista grupal desenvolvia nos moldes de grupo focal por Bauer e Gaskel (2002) e registros em diário de campo, descritas no item Instrumentos.

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa dez (10) mulheres que utilizavam medicamentos psicotrópicos e faziam acompanhamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão de participantes: mulheres usuárias dos serviços oferecidos por Unidade Básica de Saúde, acima de 18 anos, que faziam uso de

medicamentos psicotrópicos por pelo menos seis meses na data do convite para a pesquisa. O prazo de seis meses foi estabelecido a partir dos argumentos de Lira et al (2014) e Carvalho e Dimenstein (2003), segundo os quais o uso de benzodiazepínicos, o fármaco psicotrópico mais utilizado entre as mulheres na pesquisa, não deveria ultrapassar o tempo máximo de 4 meses, já que um uso superior poderia causar diversas consequências cognitivas e emocionais ao usuário. No caso dos antidepressivos, em diversos casos é preciso ao menos uma semana para início dos efeitos e o efeito terapêutico pleno pode ser atingido entre 4 a 8 semanas (Moreno, Moreno & Soares, 1999). Para Araújo et al. (2012), os antidepressivos foram responsáveis por 16,44% dos gastos do SUS com remédios controlados no período entre 2010 e 2011, fortemente presente nas farmácias da APS e sendo necessário repensar outras formas de cuidado mais humanizado e menos dispendiosas financeiramente. Dessa forma, esse critério de inclusão visou estudar com profundidade mulheres que utilizavam esses medicamentos por tempo longo e superior ao indicado e qual a relação desse uso com sua vida diária.

Como critérios de exclusão foram adotados: mulheres com idade inferior a 18 anos que faziam uso de medicamentos psicotrópicos e mulheres gestantes, já que se acredita que esse público exige um estudo e debate muito específico em relação à adolescência, à gravidez e ao uso dos medicamentos.

Com relação ao número de 10 participantes, utilizou-se o ponto de saturação em pesquisas qualitativas para a delimitação do momento de encerramento dos convites para as entrevistas individuais. Esse processo se deu enquanto a pesquisadora coletava as entrevistas individuais e iniciava a pré-análise do material, elaborando árvores de associação de ideias (ver detalhes em Processo de Análise de dados) percebendo quais temáticas começavam a se repetir tendo em vista a particularidade e singularidade de cada história. Dessa forma, percebemos como primeira sinalização sobre o processo de saturação de dados deu-se em virtude dos relatos relacionados ao grupo de mulheres com fibromialgia e, num segundo momento ao grupo de mulheres cuidadoras. Assim, após a oitava entrevista não foram percebidas novas temáticas, o que fez com que encerrássemos a coleta

com dez entrevistas. Além disso, outro fato a ser considerado para manter o número de dez participantes foi a possibilidade de que todas, se aceitassem o convite, poderiam participar também da entrevista grupal, num segundo momento, considerando que um número muito superior a dez poderia inviabilizar a entrevista grupal, pensando-se no espaço usado na UBS e na possibilidade de que todas as mulheres pudessem ter voz nesse encontro.

Segundo Bauer e Gaskell (2002), em pesquisas qualitativas realizadas com roteiros de entrevista, o número de participantes pode variar muito já que nas primeiras entrevistas muitas temáticas e resultados novos aparecem, porém como os resultados são parte de processos sociais compartilhados entre os indivíduos, depois de algumas entrevistas realizadas algumas características e resultados sobre o fenômeno estudado se repetem, chegando ao ponto de saturação da pesquisa, encerrando-se a fase de produção de dados.

Além disso, outra questão importante a ser considerada pelos mesmos autores é a grande quantidade de material que costuma ser produzido, por meio, por exemplo, de entrevistas longas. Portanto, é necessária a análise em profundidade do tema pela ótica de um número reduzido de participantes, sendo inviável ampliar excessivamente o número de entrevistas e analisar com qualidade e profundidade todo o material obtido. Tendo em vista essas questões, nos limitamos ao número de 10 participantes por acreditar termos chegado num ponto de saturação, com uma quantidade suficiente e possível para a realização da análise dos resultados, a ser feita com qualidade e profundidade.

Todas as mulheres que cederam entrevista individual foram convidadas para a entrevista grupal, mas nem todas compareceram. Para Trad (2009), a entrevista grupal ocorrer com, no máximo, dez participantes e o encontro ter a duração entre 90 e 110 minutos, variando de acordo com o número de integrantes e dos temas abordados. Considerando-se as orientações desses autores e a disponibilidade e interesse das entrevistadas, o convite para participação na entrevista grupal foi realizado às dez mulheres e por fim, quatro mulheres participaram da entrevista grupal.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de uma cidade de Minas Gerais, que de acordo com o censo demográfico de 2010 está localizada em um bairro com aproximadamente oito mil habitantes, área de 1.61 km², cerca de quase três mil domicílios, composto pela maioria de habitantes mulheres, com maior faixa etária de 20 a 40 anos entre os habitantes. Além disso, a maioria dos moradores recebe entre 2 a 5 salários mínimos e o bairro possui uma taxa de alfabetização de 93,8%, um pouco abaixo do encontrado no município geral .

Assim, de uma forma geral, o bairro onde está localizada a UBS contempla características encontradas também no município, que tem o salário médio mensal de 2,7 por habitante, é composto em sua maioria por mulheres (51,17% destas e 48,83% de homens) e tem a taxa de alfabetização da população em 95,2%.

Dessa forma, este bairro reflete questões importantes a respeito dos dados gerais do município onde ocorreu a pesquisa. Pode-se dizer que é um bairro relativamente pequeno em densidade populacional, apesar de não ser um dos menores (que possuem 4 mil moradores), se comparado com o maior bairro da cidade (que possui 35 mil habitantes e outros grandes bairros que variam entre 14 a 18 mil) . É localizado não tão distante do centro da cidade e por um questão de conveniência e facilidade de contato tendo em vista que a Universidade possui vínculo com o local, este foi escolhido para ser o local de pesquisa desta dissertação.

3.3 Instrumentos

Os instrumentos construídos para esta pesquisa foram: (a) um *roteiro de entrevista individual semiestruturado*; (b) um *roteiro de entrevista grupal*; (c) *Diário de campo*.

Para Moré (2015) as entrevistas individuais e grupais desenvolvidas mediante roteiro semiestruturado, no contexto da saúde, podem ser compreendidas como um espaço de conversa e diálogo onde participante(s) e pesquisador se relacionam, tendo o foco na narrativa do(s)

entrevistado(s). Neste processo, o pesquisador pode utilizar perguntas complementares “com o intuito de acolher sua diretriz principal que é a busca de compreensão e o sentido das narrativas, visando melhor adentrar na construção dos significados atribuídos à experiência de vida dos entrevistados” (Moré, 2015, p. 129). Todavia, considerando que durante a realização das entrevistas podem ocorrer diversos imprevistos, a autora reafirma que é necessário que o pesquisador esteja preparado para focar na narrativa do entrevistado, realizar perguntas complementares quando necessário e, principalmente, estar pronto para acolher os participantes em qualquer momento de necessidade, com ética e cuidado.

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), as entrevistas individuais com roteiro semiestruturado devem se basear em perguntas que possam permitir uma abertura do entrevistado para falar melhor sobre sua visão e vivência a respeito do fenômeno a ser estudado. Além disso, para os autores, a entrevista qualitativa permite um estudo aprofundado sobre crenças, valores pessoais, atitudes e a forma como as pessoas se relacionam nos diversos contextos sociais que estão inseridas. A partir dessas considerações, foi construído um *Roteiro de entrevista individual semiestruturado* composto por questões de caracterização geral das participantes (idade, escolaridade, se tinham filhos, companheiro(a) e ocupação) e questões norteadoras (Anexo 1) sobre a relação delas com o medicamento psicotrópico, a partir de que momento da trajetória de suas vidas começaram a utilizá-lo, se receberam informações a respeito dos possíveis efeitos colaterais dos fármacos e sobre as consequências positivas ou negativas o uso desses medicamentos podem ter trazido na vida diária e nos relacionamentos afetivos que possuíam.

Para a realização da *entrevista grupal* foi utilizado um poema (Anexo 1) como disparador do diálogo sobre “o que é ser mulher?”. Consideramos aqui o poema como um recurso estético que pode ser potente ao proporcionar um espaço reflexivo aos participantes, no qual seja possível refletir e discutir sobre suas próprias vidas e conflitos, permitindo uma postura ativa em busca de mudanças diante dos problemas apresentados (Vieira, Dias & Pereira, 2016).

Por fim, foi utilizado um diário de campo, o qual, segundo Minayo (2002), serve para o registro de informações não gravadas, as quais, para Bogdan e Bilken (1994) são descritivas e registram imagens do local, ações ou conversas observadas, além de comportarem anotações referentes ao pesquisador, tais como reflexões sobre o processo de coleta de dados, ideias e preocupações. Em um caderno anotei informações importantes relativas às minhas impressões sobre: (1) nossa realização dos convites para a pesquisa (quantas mulheres aceitaram participar da pesquisa, quantas recusaram, quantas estavam no critério de exclusão, quais falas foram frequentemente ouvidas na sala de espera, além de observações sobre o funcionamento da unidade); (2) observações sobre o momento da entrevista, que envolveram a descrição de algumas características marcantes das casas das entrevistadas (presença ou não de jardim, cachorros, ambiente fechado e escuro ou aberto e claro, organização no geral), assim como o semblante das participantes e minhas dúvidas, inquietações e emoções ao longo desse processo.

Justifica-se o uso do diário de campo por ser um importante recurso que permite colocar descrições detalhadas sobre as vivências da pesquisa, situações inesperadas, dificuldades, dúvidas e outros questionamentos (Araújo et. al, 2013). Além disso, muito comumente utilizado em pesquisas qualitativas em saúde, o diário de campo serve como uma forma de registrar conversas informais, expressões não verbais dos participantes e possíveis conflitos durante o estudo (Minayo 2010, citado por Araújo et. al, 2013).

3.4 Procedimentos de coleta

Primeiramente, após aprovação da pesquisa pelo CEP-UFU, entrei em contato com a gestora da instituição para dar início à fase de campo da pesquisa. Neste momento, no dia 20/08/2018, foi entregue uma cópia do parecer de aprovação da pesquisa e realizada uma conversa com a gestora da Instituição, em que relembrei detalhadamente os objetivos, os percursos e o intuito desta pesquisa.

Dessa forma, foram combinados com a gestora os dias e os horários nos quais eu e a segunda pesquisadora (aluna da graduação, auxiliadora de parte do processo de coleta dos dados dessa pesquisa) iria à unidade de saúde para realizar o convite às possíveis participantes, isto é, mulheres que aguardavam consulta na sala de espera da unidade. Foi acordado que nós, pesquisadoras, poderíamos frequentar e realizar os convites em qualquer dia e horário de funcionamento da instituição. Assim, a partir da nossa disponibilidade, me dirigi a cada usuária em particular que aguardava alguma consulta na sala de espera. Nesse processo, realizei uma breve apresentação das pesquisadoras e perguntei se a usuária tinha interesse em ouvir a proposta da pesquisa. Quando a pessoa demonstrava interesse, foram explicados os objetivos e os procedimentos de coleta de dados do estudo. Após a realização dessas explicações iniciais, foi agendado dia e horário para a etapa inicial da pesquisa, que foi realizada por meio de entrevistas individuais audiogravadas. As entrevistas foram agendadas no local escolhido pela participante: própria residência ou numa sala da unidade de saúde, após consultado a disponibilidade de horários da instituição.

Dessa forma, entre 23/08/2018 e 16/11/2018, ocorreram 12 idas à instituição para realização dos convites às usuárias, os quais foram feitos inicialmente por mim com a presença da segunda pesquisadora, nas duas primeiras idas, e posteriormente por apenas mim. A escolha das datas levou em consideração a nossa disponibilidade, como também os dias e horários em que a unidade tinha mais movimentação das usuárias, o que percebemos coincidir com os inícios das semanas e no período da manhã, o que não acontecia, por exemplo, no final da semana durante o horário da tarde. Ao todo realizei 98 convites, dos quais em 74 as mulheres abordadas não faziam uso de medicamentos psiquiátricos, 7 tomavam há menos de 6 meses (se enquadrando no critério de exclusão da pesquisa) e 17 faziam o uso. Destas 17, três não quiseram participar da pesquisa, com duas não foi possível agendar horário, duas as entrevistas tiveram que ser descartadas e, por fim, 10 em que as entrevistas foram realizadas e transcritas em íntegra. As recusas e os descartes das entrevistas serão detalhados mais à frente neste

capítulo.

Após os convites, as entrevistas individuais com roteiro semiestruturado foram realizadas por mim com as mulheres frequentadoras da unidade básica de saúde. No dia agendado para entrevista apresentei o TCLE, e após assinatura em duas vias, iniciamos a coleta dos dados, com a gravação em áudio da entrevista.

As mulheres não participantes da pesquisa

Durante as minhas visitas à UBS foi frequente o número de mulheres que não se enquadraram no perfil proposto para o estudo. Geralmente essas mulheres faziam consultas odontológicas, ginecológicas e exames clínicos periódicos na unidade, sem uso de medicamentos psicotrópicos no momento do convite.

Nesse processo, um fator que me chamou a atenção foram os comentários de alívio e/ou risos quando algumas delas relatavam não tomar psicotrópicos, com falas frequentes como: *“Antidepressivo? Graças a deus, isso não! Ainda não, pelo menos [risos]”* e algumas que reforçavam as idas à unidade para o cuidado regular em relação à pressão arterial e à insulina, como na fala: *“Não, antidepressivo, não. Tomo só meu remédio da pressão e da diabetes, que inclusive vou consultar com o clínico hoje”*. Houve também relatos como: *“Não tomo [psicotrópicos], mas precisava consultar com algum médico. Estou precisando”* e também usuárias que relataram tomar o remédio a partir do empréstimo com vizinhas e parentes, de forma irregular, não completando o nosso critério de inclusão de mínimo 6 meses de uso. Por fim, também encontramos algumas mulheres que relataram tratar ou já terem tratado a ansiedade e a depressão com homeopatia e outros tratamentos naturalísticos.

É preciso dizer que nos convites que realizei fui sempre muito bem recebida e ouvida pelas mulheres, mesmo em dias de sala de espera cheia, com muito calor e barulho na unidade. Reforça-se esse fator inclusive às mulheres que recusaram participar da entrevista, como explicado logo a seguir.

As Recusas

Ao longo dos dias em que realizei convites, houve três recusas para participar da pesquisa. Essas três mulheres enquadravam-se nos critérios de inclusão do estudo. A primeira recusa se deu pelo desconforto e não aceite da mulher em ter o seu áudio gravado, mesmo explicando que o mesmo seria excluído após a análise e sua identidade seria preservada. Todavia, ao receber essa primeira recusa, deparei-me com uma mulher aflita que conversava sobre muitas questões pessoais e íntimas na sala de espera. Para tentar proporcionar um acolhimento daquilo que a afligia, a levei a uma sala disponível na instituição e conversamos um pouco. Fiquei mais tranquila ao saber que ela já realizava acompanhamento terapêutico na unidade e aguardava a consulta com a psicóloga, no momento em que realizei o convite. Por questões éticas e pelo desejo da mulher em não ter o seu conteúdo gravado e exposto, assumi e reafirmo o compromisso em não expor o conteúdo de nossa conversa durante o acolhimento feito brevemente durante o meu convite à pesquisa.

A segunda recusa se deu pelo não desejo da mulher em conversar a respeito de tal temática, o que observei acima de tudo a partir do seu semblante e da sua aparente timidez, tristeza e reclusão. Por fim, a última recusa se deu por meio da indisponibilidade da mulher com os horários, devido ao horário de trabalho e às funções do lar e de ser mãe.

Todavia, além das recusas já recebidas diretamente no primeiro contato ao realizar o convite, alguns outros desencontros aconteceram, como uma mulher que só poderia realizar a entrevista no serviço de saúde, mas naquele mês não havia sala disponível para realizar a conversa na instituição. Além dessa situação, outra entrevista não foi possível ser realizada, pois a mulher só tinha disponibilidade no sábado no período da noite, na sua própria casa, o que me fez questionar um pouco em relação ao acesso ao local nesse turno do dia, inviabilizando a entrevista, principalmente pois quase toda a coleta já havia sido concluída.

As Entrevistas Descartadas

Ao todo eu realizei um total de 12 entrevistas, das quais aproveitei 10 e duas entrevistadas foram descartadas por motivos de não conseguirem responder os objetivos propostos. A seguir, explicarei aos descartes das entrevistas.

A primeira entrevista descartada foi a segunda efetuada ao longo da parte de campo desta pesquisa. Essa entrevista aconteceu na própria unidade, a partir de um convite que realizei a uma mulher na sala de espera. A entrevista aconteceu no mesmo dia em que a convidei, 19/09/2018, numa sala coincidentemente disponível na instituição. A mulher tinha por volta de 50 anos, narrou ter epilepsia e tomar antidepressivo por volta de 5 a 6 anos. Foi necessário descartar essa entrevista por ter tido a curta duração de 10 minutos. Existia um componente de ansiedade, já que a mulher aguardava consulta na sala de espera e receava perder a sua vez no médico, já que estávamos numa outra sala reservada. Assim, percebi uma vontade de responder muito rapidamente as questões, e mesmo que a entrevistada tenha respondido todas as perguntas, a conversa aconteceu de forma muito rasa, superficial e objetiva, deixando muitas lacunas. Outra hipótese que elaborei foi que talvez o que eu propus tenha sido distante ou incompreensível para a mulher, já que eu não oferecia nem atendimento psicológico, nem consulta psiquiátrica. Por fim, me questionei também se enquanto pesquisadora utilizei uma linguagem acessível e me fiz entender. No final, encerrei a entrevista e agradei gentilmente pela disponibilidade e participação.

A outra entrevista descartada foi a sétima a ser efetuada. Ela aconteceu na própria casa da entrevistada, próxima à unidade. Quando cheguei em sua residência, algumas questões me despertaram atenção, entre elas o grande número de cachorros e latidos, o que a senhora dizia “pode entrar, entra rapidinho, pois eles [os cachorros] mordem! [...] vou só pegar aqui um pedaço de pau para espantar eles, mas pode ficar tranquila” e o cheiro forte de mofo dentro da casa, escura e abafada.

Em relação ao conteúdo da entrevista, minha decisão em descartá-la foi permeada pelo grande número de lacunas em relação às perguntas feitas. A senhora utilizava o medicamento

há 5 anos, mas tinha passado por diversos especialistas e não se recordava quem fez o diagnóstico médico, se recebeu orientação sobre os efeitos colaterais e também não conseguia descrever as questões relativas à sua trajetória pessoal e os motivos que a levaram a procurar esse recurso de saúde.

Durante essa entrevista tive uma sensação muito ruim em relação ao distanciamento da fala e do vínculo da equipe de saúde e da usuária, que deixou muito claro não saber o porquê tomava o medicamento e nem para qual finalidade ele servia. Todavia, não foi possível fazer uma análise mais detalhada, ficando muitas lacunas, o que nos levou à decisão de excluir a entrevista.

Entrevistas realizadas e analisadas

Ao todo, foram analisadas 10 entrevistas que aconteceram entre o dia 30/08/2018 e 30/11/2018 a maior na própria casa das participantes e apenas duas feitas em uma sala reservada da unidade de saúde. A entrevista mais longa realizada teve duração de 1h46 minutos, enquanto a mais curta, 40 minutos. Outra curiosidade é que no caso da primeira entrevista, ela se deu a partir de dois encontros. O primeiro, de aproximadamente 40 minutos, a participante se demonstrou objetiva, clara, mas algumas questões ficaram abertas. Ao realizar a segunda ida à casa dessa senhora, realizei a entrevista mais longa, de 1h46 e com muitos detalhes em relação ao objeto de estudo e a trajetória pessoal da mulher.

Enquanto pesquisadora, observei que as entrevistas realizadas nas residências das mulheres me permitiram um vínculo especial entre as entrevistadas, que me receberam sempre muito bem e de forma muito afetiva, me apresentando a casa e oferecendo água e café. Nesse processo, foi possível inclusive refletir e associar o estado de humor de algumas mulheres durante a entrevista com o estado da casa: algumas mulheres em situação de tristeza e reclusão estavam com as janelas das casas todas fechadas, com pouca ou nenhuma iluminação solar, enquanto outras mulheres, em momentos mais alegres quando me receberam, deixavam as

janelas de suas casas abertas, tornando-as mais arejadas e com luminosidade.

Outro fato importante que marcou o vínculo entre mim e as participantes foi o compartilhamento do que era importante para elas, algumas me mostrando o quintal enorme com jardim e flores, outras o álbum de família e o animal de estimação. Essa aproximação me permitiu um olhar mais íntimo e detalhado em relação às participantes, assim como conversas longas após a entrevista e cafés da tarde em outros momentos, com uma das entrevistadas.

Todavia, acho importante destacar que, apesar disso, as duas entrevistas realizadas dentro da unidade também me permitiram um bom vínculo entre as mulheres o que inclusive se confirmou com a participação de uma delas na roda de conversa posteriormente. Porém, quanto à unidade, em uma das situações tive que lidar com barulhos externos da equipe e de outros usuários, como crianças chorando. Apesar disso, as entrevistas foram muito positivas, ricas e importantes.

Em relação às minhas dificuldades e desafios enquanto pesquisadora, destaco a insegurança inicial de realizar perguntas claras e não enviesadas. Fui me sentindo mais capacitada para fazer após as primeiras entrevistas realizadas. Assim, durante as primeiras entrevistas, muitas vezes percebi a necessidade de reformular algumas questões e refazê-las com base no andamento da própria conversa. Esse processo foi enriquecedor, pois me despertou a curiosidade enquanto pesquisadora e um olhar mais investigativo às questões que fugiam do roteiro semiestruturado, mas estavam presentes na história de vida das mulheres e do processo de saúde-doença a qual se encontravam.

Além disso, outro desafio encontrado ao longo da pesquisa foi redigir uma caracterização das entrevistadas de forma respeitosa e contra os moldes biologicistas e higienistas frequentemente presentes nas atuações dos profissionais da saúde, mesmo aqueles que buscam um olhar integral às pessoas e comunidades, aliado a um olhar feminista e crítico. Talvez esses desafios tenham sido permeados pelo distanciamento econômico, social e cultural entre a academia e os usuários e serviços de saúde, como também o meu próprio distanciamento

uma vez que faço parte de uma classe socioeconômica, escolaridade e frequente espaços sociais e culturais que são diferentes da grande maioria das entrevistadas. Além disso, as diversas conjunturas patriarcais que fizeram parte da minha construção enquanto mulher nessa sociedade, mesmo com recentes desconstruções e transformações ao longo da minha vida, também podem ter refletido ao longo dessa pesquisa no texto ora apresentado.

Por fim, no dia 30/11/2018, realizei minha última entrevista e escrevi um relato no diário de campo que coloco transcrito em íntegra:

Hoje completei 10 entrevistas. Ou melhor, entrevistas não, encontros! Dez encontros de trocas, histórias, lágrimas e risadas. Dez vezes de *“aceita um chá ou um cafezinho?”*, *“adotei esse cachorrinho, mas é manso viu, menina?”* ou, *“ele só late, não liga”*, e também *“cuidado que esses mordem, entra rápido!”*. Dez encontros de *“isso que eu sinto é a pior coisa do mundo”* e *“o que eu mais amo na minha vida e me deixa feliz é cuidar das minhas plantinhas”*. Encontros de *“deixa eu te mostrar o álbum de família e as fotos do meu filho. Ele é lindo! As meninas ficam doidinhas com ele”* e também *“meu amigo me perguntou se você era bonita, eu disse que é linda, mas que não quer saber de homem!”*. Dez vezes que eu saí de casa em busca de algo que muitas vezes misturava com coisas minhas. Dias que saía cabisbaixa ou borocoxô da cama e voltava cheia de alegria e energia! Sei lá se eu seguirei vida acadêmica, se serei psicóloga e/ou professora mesmo, mas a certeza que tenho é que amei conhecer cada uma dessas mulheres! Esse ano foi muito difícil pessoalmente e elas me ajudaram a transformar a maré brava em calmaria. Fica o registro desse bairro maravilhoso, onde aconteceu as entrevistas. Sempre achei linda essa praça e avenida, mas nunca tinha parado realmente, hoje resolvi contemplar e tirar umas fotos para registrar esse momento. Já tô juntando meu dinheirinho para comprar uma casinha [aqui] (Diário de Campo, 30/11/18)



Figura 1 - Pesquisadora

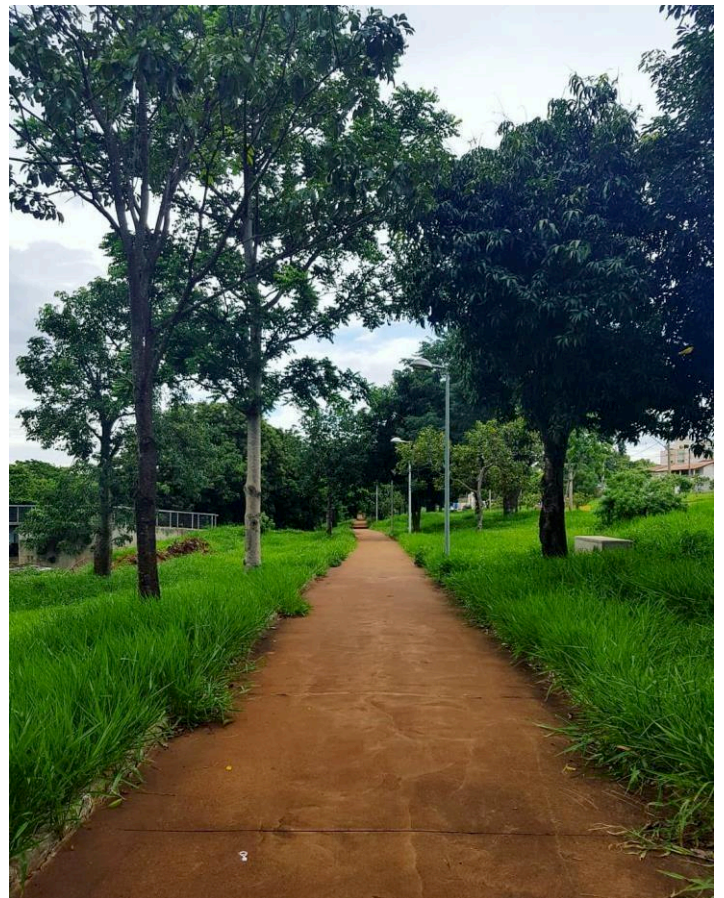


Figura 2 – Parque próximo à UBS



Figura 3 – Rio próximo à UBS

Além disso, cabe lembrar que no momento de finalização de cada entrevista, perguntei às participantes se, em um segundo momento, poderia contatá-las para convidar para a segunda etapa da pesquisa, a participação no que inicialmente havia sido classificado como rodas de conversa. Recebida a permissão para contatá-las, e no final do mês de dezembro liguei a elas para poder visitá-las em suas residências ou na unidade. Durante esse encontro anotei a

disponibilidade delas de horário em janeiro e entreguei um vasinho de flores e chocolate como lembrança de final de ano e pelo agradecimento na participação da pesquisa. Neste processo, não foi possível encontrar com duas entrevistadas por motivos de horários e indisponibilidade, mas os convites foram feitos por telefone.



Figura 4 – Presente de final de ano dado às entrevistadas, flor e chocolate

Dessa forma, após o convite, a partir da disponibilidade das participantes e da reserva de uma sala na unidade básica de saúde, foi agendado o primeiro encontro, que aconteceu no dia 11/01/2019. Assim, essa entrevista grupal aconteceu a partir da minha condução, no papel de facilitadora. Esclareci dúvidas, fui acolhedora, estabeleci alguns acordos com o grupo e o

conduzi de uma forma horizontal. Além do facilitador, houve também uma segunda pesquisadora na qualidade de observadora, que teve o papel de registrar comunicações não verbais, dificuldades aparecidas durante o desenvolvimento da entrevista grupal, entre outros aspectos, como foi recomendado pelo Sampaio et al. (2014).

Assim, a primeira etapa da entrevista grupal foi a abertura da atividade, em que pedi permissão para audiogravar os encontros, conversei a respeito da elaboração de contrato de convivência que envolveu o sigilo do que estava sendo debatido, além do respeito à pessoa que estava falando em cada momento, o horário de início e o comprometimento com ele entre as participantes. Em seguida, foi utilizado um recurso estético (Vieira, Dias & Pereira, 2016), no caso um poema, como um recurso de dinâmica de grupo, que facilitou a interação entre as participantes e incentivou o diálogo das mesmas sobre o tema proposto: o que é ser mulher? (Anexo 1).

Ao final deste encontro foi conversado em grupo sobre o tema para a próxima semana, a partir do desejo das participantes, conforme a literatura de Sampaio et al. (2014) indica. Porém, as participantes solicitaram que eu mesma sugerisse o tema, estando abertas a qualquer temática. Diante desse pedido, me comprometi em buscar o segundo tema que seria respectivo às dores do dia a dia, tanto físicas quanto emocionais e o uso dos medicamentos para aliviá-las. Todavia, mesmo tendo três das quatro mulheres confirmado a presença no próprio momento do convite, apenas uma compareceu na semana seguinte, inviabilizando o desenvolvimento do grupo.

Dessa forma, próximo passo consistiu na transcrição de todos os conteúdos na íntegra, a partir dos áudios gravados tanto a respeito das entrevistas semiestruturadas individuais quanto da entrevista grupal. Tudo isso foi feito respeitando a anonimidade dos participantes e, posteriormente, os áudios foram

deletados a fim de preservar a identidade de todas.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa só teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (Parecer 2.795.521 – ver Anexo 2). Foi empregado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, que garantiu o anonimato à participante, bem como assegura sua livre participação. Todas as entrevistas foram gravadas apenas em áudio e, para garantir o sigilo quanto à identidade da participante, os áudios foram apagados após as transcrições e as entrevistas foram numeradas de 1 a 10, utilizando-se a denominação E1 para a primeira entrevista, E2 para a segunda, e assim sucessivamente, além da utilização de nomes fictícios para as participantes. A escolha dos nomes aparece no item 5.1 no qual apresento cada participante/mulher.

3.6 Processo de análise de dados

A utilização de diferentes estratégias no processo de produção de dados nesta pesquisas permitiu a “triangulação de dados” que, de acordo com Denzin e Lincoln (2006) e Minayo et al. (2005), é compreendido como o uso de diversos métodos para aumentar o conhecimento sobre determinado assunto e possibilitar uma tentativa de profunda compreensão dos objetivos propostos na pesquisa. Dessa forma, a escolha pela utilização conjunta da entrevista individual, da entrevista grupal e do diário de campo se justificou pelo desejo da pesquisadora em compreender com profundidade os objetivos geral e específicos dessa pesquisa, explicitados nessa dissertação no capítulo 2.

Tendo em vista os dados produzidos e transcritos (as entrevistas individuais semiestruturadas, a entrevista grupal e o diário de campo), o produto a ser apresentado foi construído a partir da triangulação de dados. Nesse processo, o primeiro passo

tomado pela pesquisadora foi a escuta dos áudios das entrevistas individuais e da entrevista grupal seguido pela realização de confecção de árvores de associação de ideias para cada entrevistada, inspiradas em Menegon (1997). Nesse processo de construção de árvores de ideias, identifiquei temáticas importantes em comum presentes nestas duas fontes de informação (as dez entrevistas individuais e entrevista grupal) a cada entrevistada (no apêndice 4 pode-se ver o exemplo de uma das árvores de ideia construída).

Após esses processos, as entrevistas individuais audiogravadas e a entrevista grupal foram transcritas na íntegra, a partir do meu trabalho e de uma segunda pesquisadora, gerando as falas literais e completas de cada participante. A etapa seguinte consistiu na identificação de temáticas e construção de categorias inspiradas nos procedimentos sugeridos para análise de conteúdo temática (Bardin, 1977). Após a transcrição, os áudios das entrevistas foram deletados. Considerando que também tive dados registrados em diário de campo, terceiro instrumento adotado nesta pesquisa, utilizei essas anotações de forma complementar para análise, destacando que esses não foram utilizados durante a criação das árvores de associação de ideias e das categorias de análise. Esse caminho se justifica pelo fato de que apesar que o diário de campo tenha sido importante para este estudo, não houve um longo período de horas de observação que levasse a produzir um material grande suficiente para ser incluído na análise principal. Dessa forma, ele teve um caráter complementar nesta pesquisa.

Diante do que foi exposto, serão apresentados no próximo capítulo os Resultados que foram organizados em itens relacionados à “Apresentação das Mulheres”, à “Dor, impotência e cuidado” e, por último, os resultados relacionados ao “Ser mulher”, como podemos ver no quadro a seguir :

Quadro 1 – Organização do capítulo de resultados

4. 1 Apresentação das Mulheres

4.2 Dor, impotência e cuidado

Eixo 1: Fibromialgia e Depressão: *“Eu morro, eu vivo, eu enlouqueço?”*

Eixo 2: Ser cuidadora: *“Parece que eu nasci com o carma de cuidar de doente”*

Eixo 3: Violência contra mulher na trajetória das participantes: *“Se eu não tivesse separado, eu estava morta”*

Eixo 4: Itinerário terapêutico e o uso de medicamentos

4.3 Ser mulher – *“Quando nasce uma mulher eu já viro e falo: mais uma sofredora!”*

Capítulo 4 – Resultados

Antes de apresentar as mulheres entrevistadas é importante dizer que diante do meu distanciamento cultural em relação às mesmas, tentei redigir relatos e caracterizações (item 4.1) com extremo cuidado, empatia e respeito baseados nas falas das mulheres, nas observações pessoais anotadas no meu diário de campo e no olhar que as próprias mulheres tinham sobre si e o espaço no qual nos encontramos, no caso, na maior parte, nas suas residências.

Durante esse processo, foram frequentes falas como “não repara a bagunça” ou “é simples [a casa], mas está arrumadinha, fiz faxina hoje, fique à vontade”. Talvez por essas falas, meu olhar enquanto observadora tenha evidenciado dois pontos: (1) a estrutura das casas, relacionadas com a condição socioeconômica das entrevistadas e com a arquitetura das residências, entendendo que em muitos relatos a difícil situação socioeconômica também interagia com a saúde das entrevistadas; (2) a organização, a limpeza e a disposição dos objetos e luzes na casa, uma vez que houve relatos sobre fibromialgia e depressão em momentos que algumas mulheres ficaram acamadas, sem forças para levantar da cama, afetando no seu cuidado pessoal e nos afazeres domésticos.

Todavia, cabe uma reflexão em relação ao meu olhar, às perguntas, às falas das participantes e aos espaços muitas vezes ocupados por mulheres na sociedade: o espaço privado, a casa. Por que não o espaço público, assim como a maior parte dos homens ocupam? É claro que esse questionamento tem uma complexa dimensão histórica, cultural, social e econômica, que poderia nos levar a profundas discussões, pensamentos, correntes e possíveis respostas. Todavia, ao resgatarmos especificamente alguns fatores históricos como a baixa da natalidade brasileira na década de 1980 e o aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho, como abordado no capítulo 2, deveria ser incongruente pensar que a casa ainda é um local muitas vezes associados à responsabilidade e ao cuidado das mulheres. Essa realidade se encontra tanto na ideia da casa enquanto espaço de cuidado da família e dos filhos, quanto um

local de afazeres e trabalhos domésticos, geralmente associados e exercidos por mulheres, com pouca participação dos homens. Dessa forma, a casa se torna local de cuidado, trabalho, afetos, famílias, violências e adoecimento, sendo as protagonistas dessas tramas na maior parte mulheres.

Diante dessa questão, houve diversos relatos das mulheres nas entrevistas e meus no diário de campo, de forma implícita, que demonstraram preocupação com o espaço físico, com os afazeres domésticos e perguntas sobre o dia-a-dia das entrevistadas relacionados também a esses espaços e aos cuidados com a casa e com a família. Dessa forma, após essa breve reflexão apresento a seguir a caracterização das entrevistadas, feita com a máxima tentativa possível de respeito, ética e cuidado pela pesquisadora.

4. 1 Apresentação das Mulheres

Rosa (E1)

Posso descrever a primeira entrevistada, Rosa, como uma mulher parda, de 59 anos, possui uma filha e um filho e é, também, avó. Divorciou-se do pai de seus filhos devido à violência física e psicológica sofrida. É beneficiária do Bolsa Família, sua principal fonte de renda, e faz alguns trabalhos como diarista nos dias em que tem disposição e não está impedida nem acamada pela dor decorrente da fibromialgia. Seu diagnóstico de fibromialgia aconteceu um pouco depois da morte da mãe, há cerca de 5 anos. Utiliza medicamentos psiquiátricos há 4 anos, em um primeiro momento enquanto um recurso para a entrevistada que passava por uma cirurgia de câncer de intestino. Além disso, na mesma época, Rosa lidava com a sua filha que sofria com anorexia, estava grávida e tentou abortar essa gestação, como também lidava com seu filho, que fazia o uso abusivo de substâncias psicoativas. Interrompeu o uso do remédio após esse período mais conturbado e voltou a fazer uso quando, devido às suas limitações físicas decorrentes do câncer, não pôde cuidar de sua mãe, institucionalizando-a. Possui a saúde

debilitada pela fibromialgia, artrosedesgastes na coluna e no joelho. Recebeu orientação médica para não realizar nenhuma atividade física ou laboral intensa.

Nossa primeira entrevista aconteceu na casa da própria entrevistada. A Rosa se apresentou como uma mulher muito simpática e acolhedora. Recebeu-me em sua casa numa tarde do dia 30/08/2018. A casa possuía um quintal e um jardim enorme, cheio de flores e plantas, o que ao conversar com a entrevistada, ela me contou que é uma das coisas que mais gosta de fazer, “cuidar das minhas plantinhas”. A partir disso, escolhi que seu nome fictício seria Rosa em uma homenagem às flores e seu jardim, razão de muito orgulho e satisfação para a entrevistada, que fez questão de me mostrar cada detalhe. Além disso, o jardim foi descrito como fonte de alegria, terapia e alimentação pela mulher, que também me contou do processo de criação do jardim e sobre algumas histórias como quando subiu sozinha numa escada para tentar podá-las, mesmo tendo sérios problemas na coluna. Era uma casa simples e muito bem cuidada e limpa, da qual Rosa se orgulhava, e a entrevista aconteceu na sala da sua casa. Após passar pelo jardim, ao adentrar à casa, passei também próximo à casinha dos cachorros que demonstraram-se bem barulhentos e latiram com minha presença, fazendo com que Rosa conversasse com eles pedindo para se acalmarem e também me dissesse “não se preocupa, eles só fazem barulho”.

Ela se apresentou com um semblante sereno e apesar de contar histórias difíceis e acontecimentos tristes, dizia de uma forma mais objetiva passando um tom bem-humorado e alegre, com pensamentos muito bem organizados e tentando responder as perguntas que eu fazia de uma forma sucinta e clara. Após a supervisão com a orientadora, percebi que muitas questões haviam sido abordadas de uma forma rasa, rápida e deixando algumas dúvidas: “A Rosa trabalhou em quais serviços? Por que parou o uso da fluoxetina? Como parou? O que é depressão para ela?” Por essas razões retornei à casa da Rosa numa manhã do feriado do dia 07/09.

Nesta segunda visita, a entrevista com Rosa foi realizada também na sala da sua casa, a

qual se encontrava fechada e bem escura, a princípio para tampar o sol que batia no sofá, porém também me fez pensar no semblante da entrevistada, neste dia um pouco triste e cabisbaixa. Foi uma conversa longa, de 1h40 de duração aproximadamente, muito intensa e com muitos momentos difíceis para a entrevistada que narrou sobre a morte da mãe, as doenças as quais a faziam sofrer, a perda e o afastamento do emprego, entre outras questões de forma emocionada e chorosa. Tive a sensação de que a entrevista foi uma espécie de primeira sessão de terapia, pois Rosa narrava muito detalhadamente e rapidamente diversos acontecimentos intensos, me passando a sensação de um “descarrego”, de tudo o que foi e estava sendo difícil na sua vida, dando-me a impressão também de que no momento havia poucas pessoas em seu suporte social diário.

Encerrada a entrevista, me despedi de forma afetuosa de Rosa e a convidei para a entrevista grupal que viria acontecer. Ela agradeceu o convite e disse que tinha interesse em participar.

Enquanto ainda fazia as entrevistas com outras mulheres nos meses de setembro a dezembro, mantivemos o contato por mensagem por aplicativo. Rosa mandava às vezes mensagens de boa tarde e bom dia e eu também retribuía, e combinamos um dia para tomar café da tarde em sua casa, próximo ao Natal, no dia 22 de dezembro, em que oficialmente a convidei para a entrevista grupal que aconteceria no início de janeiro. Neste encontro, Rosa se apresentava com o semblante bem mais sereno e feliz, me contou sobre o suporte social que vinha recebendo de vizinhos e de uma comunidade religiosa. Trocamos ideias, risadas e deixei uma lembrança de natal e final de ano, um vasinho pequeno de planta e uma bolacha de chocolate.

Vitória (E2)

Posso descrever Vitória como uma mulher parda, de 37 anos, avó e separada do pai de seus dois filhos (a mais velha, com 21 anos, que está grávida do segundo filho, e um menino

de 11 anos diagnosticado com autismo, TDAH e retardo mental por profissionais do CAPS infantil e por um neurologista da rede municipal de saúde). Faz uso de psicotrópicos há 5 anos para depressão e há 3 anos foi diagnosticada com fibromialgia. Relaciona o início da depressão com a fala de professores sobre ela ser culpada pela situação do filho caçula, pois ela não teria sabido educar a criança. Recebe o Benefício de Prestação Continuada e uma pensão do ex-marido no valor de R\$200,00. Abandonou seus dois empregos quando o filho, na época com 4 anos, começou a se bater e a se machucar e também recebeu os diagnósticos descritos acima.

Nossa entrevista aconteceu no dia 26/09/2018 no período da tarde. Vitória tinha um olhar direto e forte, com um semblante cansado e reservado. Era uma casa bem pequena, quente, fui recebida muito bem e sentei na sala, no sofá.

Ao longo da conversa percebi que Vitória era objetiva e rápida nas respostas e por trazer histórias difíceis e uma sobrecarga de funções e papéis que ela desempenhava, enquanto mãe, cuidadora e avó, em alguns momentos tive receio de estar fazendo muitas perguntas ou estar mexendo em questões difíceis e doídas para ela, que apresentava um semblante sério e fechado. Por outro lado, quando fui colocando mais perguntas, percebi uma mulher muito independente e um solitária, que contava da relação com sua família permeada por preconceitos e também sobre sua luta diária para oferecer o melhor aos filhos, aos netos, mas principalmente ao filho caçula, diagnosticado com TDAH, retardo mental e déficit de atenção. Diante dessas questões, sua história parecia ser marcada por reclusão social, dias de altos e baixos, às vezes querendo ficar só deitada, às vezes conseguindo sair da cama e às vezes fazendo uma caminhada e tentando se cuidar melhor. A entrevista durou ao todo por volta de 40 minutos, tendo todas as questões respondidas e de uma forma bem organizada, clara e objetiva, tendo falas de denúncias importantes, como quando ela problematizou as vezes que ouviu que a culpa do seu filho ter diagnósticos e questões de aprendizado era dela, que não sabia educar e ser boa mãe.

Por essas e outras questões, escolhi o nome fictício de Vitória, como uma ideia de que

apesar das dificuldades e dos obstáculos encontrados, ela tem conseguido vencer diariamente, aos poucos, os seus desafios encontrados. Chegando ao final da entrevista, Vitória me pediu uma orientação sobre um exame cognitivo que seu filho precisava fazer, solicitado pela escola, em que eu instruí e indiquei a CLIPS UFU e outros serviços. Além disso, ela demonstrou-se mais aberta e me indicou outras mulheres que conhecia com queixas similares à dela de fibromialgia e que também faziam uso de antidepressivos. Trocamos ideias, conversamos, finalizei a entrevista e agradei pela disponibilidade, convite e também indicação de outras participantes. Não convidei essas outras mulheres para as entrevistas, pois o protocolo de pesquisa não previa esse procedimento.

Durante os meses de outubro, novembro e dezembro não a encontrei. Às vezes trocávamos alguma mensagem de bom dia ou boa tarde pelo celular. Posteriormente, no final de dezembro, também a visitei e levei uma lembrança de natal e final de ano, a mesma que dei para Rosa e para outras mulheres, conversando a respeito da sua disponibilidade e interesse em participar da entrevista grupall. Vitória disse que tinha interesse, porém acreditava que estaria viajando devido às férias escolares do filho e a possibilidade de visitar a família em outro Estado. Encerramos a conversa e disse que ligaria para ela com a data posteriormente definida. Quando liguei, início de janeiro, ela de fato estava viajando e não mantivemos mais contato.

Neiva (E3)

Posso descrever Neiva como uma mulher branca, de 37 anos, solteira, filha caçula e cuidadora dos seus pais, com quem ela mora. Ambos os seus pais passaram por cirurgia e tratamento de câncer. A mãe tem enfisema pulmonar e o seu pai faz hemodiálise. Além de ser responsável pela limpeza e organização da casa, também cuida dos sobrinhos. Recebe R\$ 1.500,00 pelo trabalho como balconista em um comércio. Utiliza os mesmos medicamentos psiquiátricos há 5 anos e foi diagnosticada com fibromialgia um pouco antes, quando tentou outros remédios para dor e fibromialgia, por curto período de tempo, mas não se adaptou.

Acredita que a religião foi um fator muito importante em momentos mais difíceis da depressão e da fibromialgia. Relatou diversas decepções com ex-namorados, frutos de traições e perdas monetárias.

Nossa entrevista aconteceu no dia 27/09/2018, numa sala disponível e reservada na própria unidade de saúde, pela manhã. A entrevistada era uma mulher simpática e sensível de 37 anos. Foi uma entrevista que me marcou muito pela forma de pensar da entrevistada, que problematizou muitas questões sobre depressão, fibromialgia e também a relação com sua família. Trazia questões sobre as responsabilidades de ser cuidadora dos pais e dos sobrinhos, sobre o peso de ser mulher, além das marcas que relacionamentos afetivos haviam deixado nela.

No começo da entrevista ela me fez uma pergunta que me deixou preocupada, sobre como seria possível saber e prever se um homem poderia ter atitudes agressivas ou não com uma mulher. Conversei brevemente sobre violência física, psicológica e tentei entender um pouco da sua dúvida, mas sem aprofundar muito para não ser invasiva. Após alguns minutos de conversa e ter estabelecido certo vínculo, perguntei o motivo da pergunta. Ela me narrou um episódio que aconteceu com sua colega de trabalho e o parceiro dela, além de suas questões e medos com o seu próprio namorado atual, que temia se ele poderia um dia acordar e se tornar violento também. Ela me contou um pouco sobre seus antigos relacionamentos e entendi sua preocupação como preservação física e psicológica devido às relações afetivas anteriores que lhe fizeram muito mal. Também discutimos questões relacionadas à etnia, racismo, preconceitos, diferenças, já que ela narrou que seu namorado vinha de outro país e trazia diferenças para ela e para sua família, que não o aceitaria por ser negro e por isso a entrevistada postergava apresentá-lo à família, principalmente à mãe.

Encerramos a entrevista de uma forma afetuosa, agradei ela pela disponibilidade em ceder a entrevista e ela agradeceu por poder desabafar e conversar comigo. Escolhi o nome fictício de Neiva não apenas pela sonoridade similar com seu nome real, mas pelo significado

popular que encontrei na internet ser referente a “simpática, graciosa, delicada e que fala as verdades de maneira suave”, características que me pareceram muito marcantes nela. Perguntei se poderia convidá-la depois para a entrevista grupal, ela disse que sim, mas que não saberia da disponibilidade devido aos seus horários corridos com o trabalho e como cuidadora dos pais e dos sobrinhos. Por isso, quando chegou final de dezembro, não consegui encontrá-la pessoalmente para entregar o presente e saber sobre sua disponibilidade para participar da entrevista. Porém, no meio dos meses de outubro até dezembro trocamos algumas mensagens e inclusive a auxiliei com indicação jurídica e psicológica, a partir da demanda da entrevistada.

Joana D'arc (E4)

Posso descrever Joana como uma mulher branca, de 47 anos, casada, mãe de 2 filhos (uma jovem de aproximadamente 20 anos, outro menor, adolescente de 14 anos). É professora particular de idioma estrangeiro, relatou ter morado na Europa por 14 anos, e descreve esses tempos com muita nostalgia e alegria. Em relação ao seu diagnóstico de fibromialgia, disse ter recebido este aos 27 anos na Europa. No Brasil, antes de mudar, aos 25, já sentia muitas dores, mas ninguém soube identificar o que era. Joana é uma mulher simpática, determinada e com muitos planos, sendo um deles realizar o vestibular e ingressar ao curso de letras, na universidade. Para ela, ter sonhos e planejamentos além de ocupar a cabeça a movimentava e auxiliava em relação às dores e ao estado de tristeza e depressão, tendo algo para persistir e lutar.

Nossa entrevista aconteceu no dia 01/10/2018, na casa da entrevistada. Diferente das outras residências que visitei, esta era uma casa maior, com as paredes todas pintadas e um espaço interno muito grande, aparentemente novo e com móveis que me fizeram pensar em uma condição social e financeira mais favorecida. Uma similaridade que encontrei foi a presença de algumas flores dentro da casa e o cuidado com a casa, como também encontrei quando conheci Rosa e Vitória.

Quando entrei em sua casa, Joana D'arc me convidou para fazermos a conversa na sala de estar, onde seu filho estava jogando vídeo-game com fone de ouvidos. O que me encantou na conversa com a entrevistada foi a relação muito próxima dela com os filhos, muitas vezes os citados como fontes de suporte social e carinho, não escondendo deles os dias de tristeza e dificuldade relativos à depressão e à fibromialgia. Joana utilizou diversas metáforas para as dores e o sofrimento psíquico, o que me tocou muito no momento da entrevista por, de uma certa forma, me sentir identificada em relação a algumas situações relativas à depressão.

Outra questão que surgiu na conversa com Joana foi a importância que ela dava aos serviços de saúde públicos oferecidos à comunidade. Diferente das outras entrevistadas, Joana morou muitos anos na Europa e narrou que a partir do seu contato com outro país ela aprendeu muitas coisas, entre elas os direitos que ela tinha enquanto cidadã. Por isso, ela justifica que escolhe utilizar os serviços do SUS, mesmo tendo críticas e ressalvas, como as altas dosagens de medicação prescritas pelos psiquiatras que não oferecem muitas consultas próximas uma da outra, para aumentar gradualmente o medicamento, como acontece na rede particular, em que o aumento da dosagem é feito de forma gradual. Todavia, Joana também avaliou de forma muito positiva alguns serviços públicos, entre eles destacou um projeto desenvolvido inclusive por um professor da UFU relacionado aos cuidados às pessoas com fibromialgia.

Foi uma entrevista longa, mais de 1h40, que ao mesmo tempo em que foi um pouco cansativa devido ao tempo e ao conteúdo intenso e difícil relacionado às dores e à depressão, foi uma entrevista belíssima e extremamente emocionante. Em muitos momentos contive minha emoção quando Joana narrava a sua trajetória em outro país, a sua relação com os filhos e com o marido, além das dores e da vontade de superação. Ela possui uma forma de falar muito articulada e resgata elementos sociais incríveis e importantíssimos que me fizeram pensar em política, como os direitos trabalhistas e a reforma da previdência, como também componentes sociais relacionados à amizade, família e individuais, como o desejo de superar os limites emocionais e físicos devido à dor da fibromialgia e da depressão.

Seu nome fictício foi escolhido e resgatado por uma fala da própria entrevistada que durante nossa conversa disse a respeito da sua admiração e identificação com a Joana D'arc, a quem descreveu como uma mulher forte, guerreira e batalhadora, cuja história conheceu durante o tempo que morou na Europa. Por fim, agradei imensamente a disponibilidade e perguntei se poderia contatá-la futuramente para participar da entrevista grupal. Joana disse que apesar do interesse, não sabia se estava pronta para se expor e participar de grupo, além das dores que muitas vezes ainda a impedia de sair da cama, mas disse que iria pensar conjuntamente com sua psicóloga. No final do ano busquei o contato e tentei encontrá-la pessoalmente para entregar o presente e fazer o convite mais uma vez pessoalmente. Todavia, tentei uma ida à sua casa, após agendarmos horário, e não consegui contatá-la pelo interfone e celular. Posteriormente, em outro dia, uma chuva forte em Uberlândia também me impediu a ida. Conversamos posteriormente por aplicativo de mensagem e ela agradeceu o convite, mas disse que não conseguia participar da entrevista grupal no momento.

Iná (E5)

Posso descrever Iná como uma mulher parda, de 52 anos, casada, mãe de 3 filhos já adultos. Aposentada por “invalidez”, devido às dores, têm hérnia de disco e artrose que atacaram os seus membros superiores, principalmente o ombro. Também relatou ter complicações de saúde decorrentes do sobrepeso, ao me dizer que pesava anteriormente 59kg e já chegou aos 135kg, mas há alguns anos fez cirurgia bariátrica e tem tentado controlar a compulsão alimentar, apesar de ter ganhado 9kg esse ano. É uma senhora muito receptiva, gentil, afetuosa, que muitas vezes se emocionou durante a entrevista. Possui uma relação muito próxima com sua filha S, que iria se casar com o seu primo alguns meses após a entrevista (no caso já se casaram, a cerimônia aconteceu em janeiro de 2019). Devido à relação entre primos de primeiro grau o seu marido não aceitou bem essa união, o que causou situação conflituosa em casa com a filha e também na relação de casados entre ele e Iná.

Minha entrevista com esta participante aconteceu no dia 18/10/2018. Foi escolhida a sua casa enquanto local para a conversa, localizada próxima da unidade, e fui recebida na entrada da casa pela Iná e sua fiel escudeira Nina, sua cachorrinha já idosa da raça “salsichinha”. Iná me recebeu de forma bastante afetuosa, semblante calmo e sorriso no rosto, com uma voz muito suave. Já Nina, me recebeu com semblante bravo, muitas latidas e demonstrou muito ciúmes em relação a Iná, se acalmando e fazendo as pazes comigo no meio da entrevista.

A entrevista foi realizada na sala de Iná, no sofá, o que notei ser um lugar escuro pela falta de luz solar, mas também pensei na sua escolha de realizar a entrevista neste local e também no seu estado emocional, já que Iná estava um pouco triste e preocupada com a futura mudança da sua filha para outra cidade. Em certo momento, ela me contou sobre seu gosto por costurar, bordar e deixar a casa arrumadinha, mas por desavenças e algumas brigas com o marido, tem perdido o interesse e a vontade também de cuidar da casa. Iná relatou suas tristezas devido às brigas com o marido relacionadas ao casamento de sua filha com o primo. Apesar dessa questão ser permeada de tabus e valores morais, Iná, uma mulher evangélica e criada a partir de valores tradicionais, da fazenda, do interior, se preocupava com a felicidade da filha e o amor que ela sentia pelo primo, que caracterizava enquanto moço trabalhador, correto e gentil, por isso aprovava e torcia muito pela felicidade do casal.

Assim, pela nossa conversa percebi Iná como uma mulher muito reflexiva que trouxe questões importantíssimas relacionadas à culpa, que também apareceu em outras mulheres, e sobre sua tentativa (com o apoio da psicóloga) em conseguir externalizar e ter voz para dizer sobre suas dores, angústias e medos para as pessoas que convive, buscando um lugar legitimado e visto de alguém que sente dores severas pela fibromialgia. Foi uma das poucas entrevistadas que não fez o uso do medicamento relacionado com a depressão, mas sim com os sintomas da fibromialgia. Além disso, ela trouxe questões importantíssimas relacionadas à ser mulher, à relação próxima com o seu pai, às memórias nostálgicas da infância, à situação de conflito e distanciamento com o marido, além da relação próxima e muito afetuosa com os filhos,

principalmente com sua filha mulher, que iria se casar e mudar para outra cidade no final do ano.

Após um pouco mais de uma hora de conversa encerramos a entrevista e perguntei se poderia convidá-la posteriormente para a entrevista grupal. Iná disse que sim e que tinha muito interesse. Também trocamos muito ocasionalmente algumas mensagens pelo celular e no final do mês de dezembro a visitei entregando o presente e confirmando sua disponibilidade para a entrevista grupal em janeiro. A escolha do seu nome fictício também foi influenciada pela sonoridade do nome real, mas também algumas características populares encontradas na internet que trouxe Iná como fiel, carinhosa, prática e protetora, características que me fizeram lembrar também da minha entrevistada.

Marielle (E6)

Posso descrever Marielle como uma mulher negra, de 71 anos, divorciada, mãe adotiva de quatro crianças, todos já jovens adultos e três destes casados. Trabalhou por 28 anos como enfermeira num hospital particular da cidade e hoje é aposentada, com casa própria. Em sua história de vida é sobrevivente de um câncer de mama, o qual a deixou com uma seqüela de edema em um dos braços, que provoca dor e sensação de queimação na entrevistada. Tem uma vida marcada também por ser cuidadora, cuidou das crianças, cuidou da irmã idosa e doente enquanto passava pelo próprio tratamento de câncer, e hoje auxilia em atividades pastorais e religiosas próximas de onde mora, buscando recursos financeiros e utensílios para pessoas doentes. É extremamente bem-humorada, divertida, risonha. Desconfiada e bastante informada sobre política e economia, se demonstrou preocupada tanto consigo quanto com sua família e a sociedade.

No momento da entrevista, tinha 70 anos, mas fez aniversário no dia seguinte, completando então 71. Muito sorridente e dona de uma risada marcante e engraçadíssima, me

recebeu na sua casa numa tarde bastante quente e ensolarada do dia 19/10/2018. Quando cheguei, fui recebida muito alegremente na porta e entrei na sala, onde tinha muitas fotos da sua família e objetos religiosos como santinhas e cruz. Marielle escutava o rádio bem alto e me convidou para sentar no sofá, onde realizamos a entrevista.

Surpreendi-me que apesar da idade e de alguns problemas de saúde, ela tinha uma cabeça muito esclarecida em relação aos noticiários, à política e aos seus direitos e deveres enquanto cidadã. Todavia, um fator que me deixou atenta e inicialmente curiosa foi que, quando perguntei a ela durante o momento do convite da entrevista qual era a sua disponibilidade de horários, ela não sabia me responder ao certo, rindo e me pedindo ajuda para olhar um monte de cartõezinhos com datas de diversas consultas médicas. No momento da entrevista percebi que Marielle era assim, tinha sua própria organização e esquemas como as folhas com diversas datas e horários médicos. *“É tanto papel que eu vou te falar...ainda bem que eu deixo tudo separado, que se você chegar aqui (risos) eu sei que tá ali”*, e a caixa enorme cheia de medicamentos, me contando *“esse aqui foi no início né, que eu estava debilitada. Esse aqui é para dor...é papel que não acaba mais”*.

Porém, além dessa característica engraçada e às vezes um pouco confusa, Marielle passou também a imagem de mulher independente, determinada e sem muita ajuda de suporte social, pelo menos no passado, já que cuidou praticamente sozinha da sua irmã de 80 anos, além de ter administrado questões financeiras da irmã e da família, no momento em que havia descoberto um grave câncer de mama. Era preciso retirar a mama, mas adiou a cirurgia em quase 3 meses decorrente de uma greve que atingiu o hospital universitário e da necessidade de cuidar da sua irmã, que naquele momento passou a morar na sua casa. Em decorrência do câncer e da cirurgia, Marielle teve um edema no braço, que ainda causa algumas dores, calores e sensações de formigamento nela, mas mesmo assim não conseguiram retirar o bom humor e a leveza da entrevistada.

Após nossa entrevista, também conversamos um pouco sobre questões políticas e raciais que permearam alguns acontecimentos do mês em relação à universidade, como a escrita de frases racistas e ofensivas dentro de alguns dos banheiros da UFU durante um encontro de pesquisadores negros realizado no campus Santa Mônica. Dona Marille se posicionou sobre o episódio e discutimos sobre política, desigualdades sociais, luta, diversidade e respeito. A escolha do seu nome fictício inclusive foi permeada por algumas semelhanças de posicionamento pessoal e político com a Marielle Franco, cabendo aqui uma homenagem.

Após essa conversa, ela me apresentou sua casa, os quartos dela e do seu último filho ainda morador também da casa. Marielle me mostrou os diversos troféus do filho em relação aos esportes que praticou na infância e na adolescência, muitos livros e alguns jogos. A entrevistada possui quatro filhos adotivos, mas esse foi o único com registro constando a Marielle enquanto mãe, o que ela demonstrou muito afeto e proximidade com ele, seu “caçulinha”. Além disso, ela fez questão de mostrar o álbum de formatura dele e disse que ele era lindo e uma gracinha [o que confesso que era mesmo] e que as meninas ficavam doidinhas atrás dele, mas que ele iria pedir a namorada em casamento no dia seguinte, mesmo ela achando ele estava muito novo para se casar, aos 24 anos.

No final, ela perguntou e insistiu se eu não queria nada, eu sorri, agradei, mas disse que não precisava incomodá-la, o que ela riu e disse que não era incômodo nenhum, e que ao menos eu deveria levar um chocolate de presente para casa, o que fiz com muito agrado e felicidade. Marielle me marcou muito por ter um jeito muito leve de viver e ver a vida, contadora de histórias nata, risonha, bem-humorada, mesmo com tantas dificuldades por questão da saúde e também financeira.

Por fim, agradei novamente pela disponibilidade e por todas as trocas e perguntei sobre a possibilidade de participar no futuro das rodas de conversa. Dona Marielle sorriu e disse que era só ligar e agendar com antecedência para ela me encaixar diante de todas as suas consultas

médicas. No final de dezembro marquei um horário com ela e levei o presente de natal e ano novo, trocamos mais risadas e confirmei sua disponibilidade para participar da entrevista grupal em dezembro.

Clara (E7)

Posso descrever Clara como uma mulher parda, de 61 anos, divorciada, mãe de cinco filhos já adultos e avó de nove netos. É aposentada e recebe uma renda extra de aproximadamente R\$ 300,00 por meio do trabalho informal de jardineira em uma instituição. Suas dores físicas são provenientes da artrose e desgastes na coluna, além de também sofrer com pressão arterial alta, a qual ela trata com clínico geral dentro da própria unidade. De acordo com ela, é ansiosa demais, desde criança. Cuida dos netos e por muito tempo cuidou do filho que fazia uso abusivo de crack e outras substâncias psicoativas, período em que ela narrou de muita tristeza e sufoco. Diante do papel de cuidadora, disse em alguns momentos do desejo de ter um tempo só dela, sem ter que cuidar de netos e filho o tempo todo. Durante a nossa conversa disse nunca ter participado de terapia ou ido à psicóloga, e agradeceu a conversa dizendo ter se sentido mais “leve”.

Nossa entrevista aconteceu no dia 24/10/2018 pela manhã. Foi a segunda entrevista que realizei na unidade, a qual nesse dia estava muito movimentada pela equipe e pelos usuários que aguardavam na sala de espera. A entrevista aconteceu numa sala fechada, todavia alguns empecilhos surgiram, como o calor e o barulho de choro de crianças dentro da própria unidade, que me exigiram fechar as janelas e ligar o ventilador, atrapalhando um pouco a qualidade do áudio gravado. Apesar disso, o ambiente foi acolhedor e pudemos realizar uma entrevista com todos os pontos abordados. Clara narrou sua história, marcada com muitas passagens de violência psicológica e algumas físicas, com um tom de voz de indignação e tristeza em relação ao ex-marido, autor dessas violências, com o qual foi casada por 25 anos.

Quando perguntada sobre o motivo inicial para o uso do medicamento, ela narrou

situações de muito estresse em relação a ela e o ex-marido alcoolista que provocaram aumento da sua pressão arterial e um “*estouro na veia da cabeça*” da entrevistada, que foi socorrida no hospital universitário e encaminhada à um ambulatório do SUS, onde foi medicada com calmantes. Durante nossa conversa, ela narrou que o ex-marido quebrava as coisas dentro de casa, a agredia com tapas na cara e bebia demais. Disse inclusive que “*para o sentimento abatido não tem remédio que ajuda*”. Possui problemas de saúde cardíacos que envolvem arritmia entre outras disfunções no coração que não soube explicar, mas que afetam principalmente em momentos de muito estresse.

Em sua trajetória pessoal vi uma mulher muito sofrida, com ex-marido violento, além de dores e limitações físicas provocadas pela artrose e desgastes na coluna, apesar de não ter diagnóstico de fibromialgia, diferentemente da maior parte das entrevistadas dessa pesquisa. Além disso, conta as dificuldades em relação a ser mãe e cuidar do filho que foi usuário de crack e outras substâncias, que o levou a ser tratado em um CAPS da região. Por fim, ela descreve que sua vida “*dá um livro, um livro triste e doído*”. Além dos seus relatos pessoais, durante a entrevista Clara comentou muitos acontecimentos de violência, feminicídio e assassinatos que assistia pela televisão, muitas vezes relacionados a situações de parceiros e ex-parceiros com suas respectivas companheiras. A princípio tive dificuldade em escolher um nome fictício que a caracterizasse e apresentasse, por fim escolhi Clara pela similaridade sonora com seu nome verdadeiro e, ao mesmo tempo, por passar uma impressão de clareza e transparência em relação à sua história, mesmo que isso envolvesse relatos tristes e difíceis.

Após nossa conversa no final de outubro, encontrei com ela no dia 22 de dezembro na própria unidade para entregar a lembrança de final de ano e saber da sua disponibilidade em participar da roda de conversa, em janeiro. Clara ficou muito feliz e emocionada com o vaso de florzinhas e disse que tinha fácil disponibilidade para participar, exceto alguns dias de retorno de médicos já agendados. Dessa forma, após esse convite, nos encontramos na entrevista grupal, onde Clara foi uma das participantes.

Madalena (E8)

Posso descrever Madalena como uma mulher branca, de 66 anos, casada, mãe de três filhos e avó. É aposentada, recebe um salário e meio e o marido é pedreiro, ainda trabalha e complementa na renda da família. Utiliza antidepressivo há 17 anos e possui uma rotina extensa e cansativa de cuidadora, apesar de desempenhar com gosto e carinho, de acordo com a entrevistada. Além do antidepressivo também é usuária de calmante, que a auxilia para dormir e é responsável pelo sono médio de 5 horas por noite, de acordo com ela. É uma senhora determinada, ativa e possui a voz firme e o semblante cansado, mas sereno.

A entrevista com Madalena ocorreu no dia 31/10/2018, na própria casa da entrevistada, no período da tarde. Localizada também próxima à unidade de saúde, era uma casa grande, e no dia, muito quente, mas bem arejada e iluminada. Madalena me recebeu de forma educada e acolhedora e realizamos a entrevista na cozinha de sua casa. Madalena é uma senhora de 66 anos, aposentada, mãe de 3 filhos já casados e avó de um rapaz de 17 anos que necessita de cuidado e atenção especial. Sua trajetória de vida é marcada pela função de cuidadora, tendo cuidado do neto desde quando nasceu, vindo de uma gravidez prematura, até o seu sogro que passou por um câncer e veio a falecer, e agora o cunhado, que possui histórico de sofrimento mental diagnosticado com esquizofrenia decorrente o uso abusivo de drogas. Em relação ao tempo, ela me conta que é cuidadora há 20 anos, função que desempenha com responsabilidade, carinho, mas que trás muito cansaço e exaustão. Quando perguntei quando ela cuidava de si mesma, ela me respondeu “*quando sobra tempo*”, o que me fez pensar que de fato não sobra, já que o único tratamento que faz é o medicamentoso, justificado por não ter tempo para realizar outros cuidados para si.

Entre as mulheres que entrevistei, Madalena é uma das que fazem o uso de antidepressivo há mais tempo, por 17 anos, o que coincide com o momento em que começou a ser cuidadora do seu neto. Uma das consequências negativas em relação ao uso do psicofármaco

foi o ganho de peso, 30 kg durante esse período. Em relação ao uso do antidepressivo e calmante, outra questão que me despertou a atenção foi o motivo que a fez procurar esse tratamento. De acordo com a entrevistada, a rotina frequente de cuidadora exige muita responsabilidade e atenção e devido a isso, mesmo cansada, quando tentava dormir passava as noites em claro por preocupação e ansiedade, o que a fez utilizar o recurso do calmante para dormir.

Outra questão que apareceu foi sua relação com o cunhado. De acordo com Madalena, de 15 em 15 dias ele fica em sua casa para poder frequentar as consultas psiquiátricas realizadas em local próximo de sua casa. Todavia, esse período é marcado por exaustão e vigilância de Madalena, que disse *“vai que durmo e não escuto o que ele está fazendo? Não posso confiar [nele]”*. Essa insegurança foi justificada pelo fato de sua casa estar localizada em frente a um bar, onde muitas vezes o cunhado faz uso abusivo de álcool e outras substâncias, desencadeando nele crises psicóticas e comportamentos agressivos. Devido a isso, quando ele está em sua casa, Madalena opta por não tomar o calmante e, conseqüentemente, não dormir, para poder acompanhar 24hs seu cunhado.

Também conversamos muito sobre a vida e os compromissos diários, de ser cuidadora, esposa e mãe. De acordo com ela, seu sonho era ser, de novo, jovem hoje, pois acredita que faria muitas coisas diferentes, entre elas estudar e ter a oportunidade de trabalhar com condições salariais melhores, diferente do que passou na vida. A partir de nossa conversa escolhi o nome Madalena que tentou representá-la tanto por ser um nome religioso, considerando que a entrevistada também era, mas também por ser forte e no mundo religioso remeter à imagem da mulher considerada subversiva pela sociedade, o que Madalena demonstrou ser a partir de nossa conversa. Isso foi pensado considerando o estereótipo da mulher religiosa, submissa, quieta, coisas que Madalena demonstrou não ser, ao defendender a ideia de que a mulher deve conquistar todos os espaços que quiser, no trabalho, nos estudos, na vida social e em toda sociedade.

Após a entrevista, a encontrei pessoalmente próximo ao natal, no dia 22 de dezembro, quando realizei mais uma visita a ela em sua casa e deixei uma lembrança de final de ano, um vasinho de flores e um biscoito. No momento Madalena estava ocupada e cheia de afazeres, conversava comigo enquanto sua vizinha secava seu cabelo e ela conversava no telefone. Depois conversamos rapidamente, ela parecia feliz com minha visita e me contava algumas das últimas peripécias do cunhado, assim como a rotina difícil de cuidadora. A convidei para a entrevista grupal, que ela disse ter interesse, mas não sabia se seria possível participar devido à sua função de cuidadora em tempo integral.

Florência (E9)

Posso descrever Florência como uma mulher branca, de 50 anos, divorciada, mãe, aposentada. Utiliza o antidepressivo há 10 anos sem interrupção e anteriormente já fez uso de outros medicamentos como diversos calmantes. O que mais a tem incomodado é a tristeza e a solidão, justificadas pela separação entre ela e o ex-marido, pela morte de um dos seus filhos e a mudança de outro, que tinha 31 anos no momento da entrevista e estava morando fora do país há alguns anos. Recebe a aposentadoria devido à depressão forte que a impede de trabalhar. Apesar da história triste e difícil é extremamente leve, simpática e carinhosa.

Nossa entrevista foi realizada no dia 27 de novembro, na casa da própria entrevistada. Florência me acolheu em sua residência, pequena, bem simples, próxima à unidade. Ela conta sobre sua vida permeada de tristezas e solidão, como o falecimento do seu filho em 1999 devido a um acidente de carro, o que a fez passar por anos muito difíceis, em que não conseguia sair da cama nem cuidar de si mesmo. Durante esse tempo estava casada, morou com o companheiro por 24 anos, e há cerca de 5 anos ela teve complicações de saúde e teve que fazer cirurgia de vesícula. Nesse período o companheiro a abandonou e foi morar com outra mulher, situação que narra com muita tristeza.

Contou que desde os 9 anos, se considera muito ansiosa e isso tem sido a vida toda. Ela

me contou que sua ansiedade a atrapalha no dia a dia e mesmo que ela não aparente ser uma pessoa tão ansiosa por meio da fala, ela disse que se sente mal e às vezes julgada pelos outros, por olhares, como se eles não a vissem como “normal”, por se empolgar diante de uma conversa e às vezes fazer muitas perguntas. Isso a trás tristeza e muitas vezes disse preferir ficar em casa, reclusa. Esse fato me fez pensar na solidão e na falta de suporte social que permeia a vida de Florência, que mesmo sendo uma mulher agradável, simpática e receptiva se vê discriminada pela sociedade. Devido a essas situações, Florência disse que é muito triste, muitas vezes já pensou em suicídio e foi internada em decorrência disso. Possui a mãe doente, com problemas cardíacos, e descreve a irmã muitas vezes como agressiva, hostil. O que me impressionou nessa visita é que apesar do conteúdo difícil e muito sofrido que ela trás em relação à sua história, Florência é uma pessoa de extrema leveza, simpatia e carinho. Apesar da solidão e das dificuldades diárias, é possível ver movimento e força na entrevistada, que no dia se arrumava para ir ao centro e resolver problemas diários. Como ela disse, cada dia é um dia diferente, às vezes fica reclusa, em casa, às vezes se encontra com a vizinha que é fonte de suporte social e desenvolve suas atividades diárias. Devido à depressão, é aposentada por invalidez e fica mais em casa.

Após nossa entrevista, nos encontramos depois próximo ao final do ano para que eu lhe entregasse o vasinho de flores e o doce. No momento, Florência estava em casa com a presença de sua vizinha, a quem me apresentou. A convidei para a entrevista grupal e ela disse ter interesse e disponibilidade em janeiro, período no qual eu a contatei por telefone para confirmar a data do primeiro encontro.

Cremilda (E10)

Posso descrever Cremilda como uma mulher negra, de 43 anos, casada, com três filhas, cinco netas. Possui renda familiar de aproximadamente R\$ 1.000,00 e trabalha exclusivamente com tarefas de casa, sendo a renda proveniente do trabalho externo do seu marido. Relatou

histórico severo de epilepsia desde o nascimento da sua primeira filha, quando também teve eclampsia. Sem orientação médica, abandonou o uso dos remédios da epilepsia depois de 5 anos, por se sentir “*dopada*”, como ela mesma descreve. Sem a medicação, tinha diversas convulsões por dia, sem saber o que era, e só alguns anos depois um médico de outra cidade conseguiu diagnosticá-la e orientá-la sobre o uso dos medicamentos. Usa remédios há sete anos para epilepsia e há dois anos um

antidepressivo que auxilia na fibromialgia, cujo diagnóstico foi feito no mesmo período. A fibromialgia apareceu recentemente, depois da depressão. Relatou situações de racismo sofrida no município em que reside e dificuldades de adaptação, apesar de gostar da vizinhança e das pessoas que conheceu por meio da religião. Ao ser questionada sobre situações de racismo, ela narrou que certa vez estava em um ônibus e cedeu o seu lugar para uma senhora idosa sentar, porém ela recusou. Assustada e ao conversar depois com suas amigas que também já passaram por essas situações, me disse que compreendeu que isso se deu pela sua cor.

Nossa entrevista ocorreu no dia 30/11/2018 na casa da própria entrevistada, no período da tarde. Cremilda me recebeu em sua residência e realizamos a entrevista na sala, no período da tarde. Sua casa era bem simples, no dia fazia muito calor, e a sala era um pouco escura e abafada. Muito simpática e acolhedora, me ofereceu água e iniciamos a conversa. Ela é uma mulher de 43 anos, casada, possui três filhas e algumas netas. Não nasceu em Uberlândia, sendo natural de proveniente de uma cidade próxima a Belo Horizonte.

Em nossa conversa ela me contou um histórico de saúde mental relacionada ao quadro de epilepsia, que iniciou por volta de seus 17 anos, na sua primeira gravidez. Por cinco anos tomou diversos medicamentos fortes como Gardenal, entre outros, porém, interrompeu o uso. Durante a conversa observei que houve algumas falhas relacionados ao vínculo da equipe médica e ela, pois parece não ter tido orientações muito claras sobre a necessidade diária do uso do medicamento. Posteriormente, após episódios graves de convulsão, ela conseguiu o

tratamento adequado a partir da consulta com médico particular em Belo Horizonte e depois do tratamento pela rede SUS. É uma mulher simpática e muito religiosa, em que na nossa entrevista fez diversas referências a Deus. Essa aproximação e crença a auxiliaram com a adaptação em Uberlândia, quando mudou de cidade, por conhecer a comunidade religiosa onde fez amizades e teve suporte social. Essas amizades foram articuladas de forma muito positiva, principalmente, por não terem preconceito à sua condição de saúde e epilepsia, que ela disse que afasta muitas pessoas. Além da questão da epilepsia, outra situação de saúde que tem agravado é a fibromialgia que impede de realizar todas as atividades domésticas que gostaria e a provoca diversas dores no corpo.

Durante a entrevista me impressionou a sua devoção e aproximação com a religião, a qual podia ser observada inclusive na sala da sua casa, com imagens de santas e outros apetrechos religiosos. Porém, o que mais me deixou surpresa foi que apesar disso ela tinha um olhar cuidadoso e crítico em relação a algumas situações, como o divórcio. Isso surgiu quando ela me contou da relação da filha dela que é casada com um homem que aparentemente tem uma relação conturbada com substâncias e comércio de drogas. Devido a isso, gostaria que a filha se divorciasse e voltasse para sua casa. Além disso, questiona a quantidade de netos que tem, pois a filha não faz planejamento familiar, o que dificulta ainda mais a situação econômica.

Após nossa entrevista, encontrei com ela no final de dezembro em sua casa quando entreguei a lembrança de final de ano e perguntei da sua disponibilidade para participar da entrevista grupal. Nesse dia ela estava com a presença da sua filha, que mora em outra cidade, mas iria passar o natal e final de ano lá. Cremilda demonstrou muito interesse e disponibilidade pelas rodas de conversa, todavia posteriormente não participou devido a complicações de saúde.

Quadro 2. Caracterização das Entrevistadas

Nome	Idade	Estado	Com quem Reside	Renda Mensal Familiar
-------------	--------------	---------------	------------------------	------------------------------

Civil				
Rosa	59	Divorciada	Filho	Beneficiária do Bolsa família + trabalho informal como diarista
Vitória	37	Divorciada	Filho	Beneficiária pelo LOAS (salário mínimo) + R\$ 200,00 de Pensão do ex-marido
Neiva	37	Solteira	Mãe e pai	R\$ 1500,00 + Aposentadoria dos Pais (Salário mínimo)
Joana D'arc	47	Casada	Marido e dois filhos	R\$ 3500,00
Iná	52	Casada	Marido e Filha	R\$ 3200,00
Marielle	71	Divorciada	Filho	Aposentadoria (salário mínimo) + R\$ 1.000 (Trabalho do Filho)
Clara	61	Divorciada	Sozinha	Aposentadoria (salário mínimo) + R\$ 300,00 (Trabalho Informal como Jardineira)
Madalena	66	Casada	Marido	Aposentadoria + R\$ 2500,00 (Trabalho do marido)
Florência	50	Divorciada	Sozinha	Aposentadoria por Invalidez
Cremilda	43	Casada	Marido	R\$ 1.000,00

4.2 Dor, impotência e cuidado

Dentre as dez mulheres entrevistadas ao longo da pesquisa, Iná (E5) possuía o diagnóstico de fibromialgia, Florência (E9) de depressão e cinco (Rosa [E1], Vitória [E2], Neiva [E3], Joana Darc [E4] e Cremilda [E10]) tinham quadro conjunto de fibromialgia e depressão. Além disso, três mulheres (Marielle [E6], Clara [E7] e Madalena [E8]) exerciam ou exerceram no passado a função de cuidadoras (de filho diagnosticado com TDAH e retardo mental, neto doente devido a uma condição congênita, cunhado portador de sofrimento mental e usuário de substância e irmã, pais e sogros em situação de adoecimento por outras questões como desnutrição e vários tipos de câncer). Ao longo das entrevistas, esses fatores (fibromialgia, depressão, ser cuidadora) contribuíram e/ou foram identificados como fontes de dor, impotência e sobrecarga vividas pelas mulheres, que utilizaram o recurso da medicação como um dos auxílios para essas questões.

Diante disso, percebemos um número elevado de mulheres com sofrimento psíquico e diagnósticos de fibromialgia, causando surpresa, espanto e desejo das pesquisadoras em entender melhor essa questão, ao longo da pesquisa. Nesse processo, nos indagamos a respeito do número elevado de diagnósticos de fibromialgia, do sofrimento relacionado à dor física, como também das restrições que as dores provocavam nas mulheres, muitas vezes deixando-as acamadas. A partir dos diversos relatos a respeito da depressão, da fibromialgia, da sobrecarga da função de cuidadora e de diversas situações de violência, decidimos aglomerar esses diferentes pontos em três eixos, que abordam com profundidade o sofrimento psíquico vivenciado por elas em cada uma dessas questões. Além disso, incluímos também neste item o eixo 4, o itinerário terapêutico, onde as mulheres relatam um pouco da sua vida afetiva, pessoal e sua trajetória de busca pela saúde. Essa escolha foi feita, pois entende-se que, apesar das diferenças existentes entre os acontecimentos de vida e os sofrimentos narrados pelas mulheres, o ponto em comum é que todas as situações provocaram o adoecimento das participantes e a busca pela recuperação da saúde a partir de recursos médicos, psicológicos, fisioterapêuticos, religiosos e suporte social por meio de familiares, vizinhos e amigos.

Eixo 1: Fibromialgia e Depressão: “Eu morro, eu vivo, eu enlouqueço?”

Neste eixo são expostas explicações sobre o dia-a-dia da mulher que convive com as dores provocadas pela fibromialgia e as limitações decorrentes da doença; explicações sobre o surgimento da fibromialgia nas trajetórias de vida; a relação deste quadro com a depressão e as vivências relacionadas à depressão na trajetória de vida das entrevistadas.

A fibromialgia é marcada fortemente no discurso das mulheres pelo convívio com a dor: *“o que eu sei é que é muita dor, muita dor mesmo, não é fácil a gente estar convivendo com ela”* (Rosa - E1). São diferentes partes do corpo afetadas: *“minhas dores eram tipo articulação, punho, era como se tivessem amassado a minha carne”* (Joana Darc - E4) de tal forma que *“dói o corpo todo, é uma coisa que atrapalha até a mente da gente, atrapalha os ouvidos. Eu estou tendo dor até nos ouvidos”* (Cremilda - E10). Essas dores, que surgem em diferentes pontos do corpo, colocam como necessário o uso da medicação que, por mais *“forte que ela seja, além de fazer mal pra outras coisas, ela só empaleia [ameniza], sabe?”* (Rosa - E1).

A fibromialgia impede a realização de tarefas, ainda que simples, relacionadas a afazeres domésticos, pela intensidade das dores nas articulações: *“Eu não estou conseguindo nem torcer o paninho de limpeza, sabe? [voz emocionada] [O pano] de limpar a geladeira, [...] pois meus dedos não estão conseguindo segurar. Para lavar um prato, eu estou tendo dificuldade”*(Rosa - E1). Outras falas também ilustram situações semelhantes: *“Dói, assim ó, vai bem no..[ela imita movimento de dor e torção nas articulações do braço], assim é umas coisas assim que atrapalha lavar louça... Tipo umas dormências, sabe?”* (Iná - E5).

Em relação ao surgimento da fibromialgia, para Vitória ele esteve relacionado à sobrecarga devido ao trabalho, ao divórcio e ao seu papel de cuidadora, em que ela narra:

a fibromialgia aparece nas pessoas que acham que conseguem carregar o mundo nas costas e não pode. Aí eu era assim, minha mãe [que ela foi cuidadora por um tempo], o

meu filho, tive que trabalhar em dois serviços, divórcio, acúmulo de muita coisa numa pessoa só (Vitória - E2).

Por fim, uma das mulheres também relatou a impossibilidade do vínculo empregatício fixo devido à fibromialgia:

Como que eu vou ter um trabalho? Isso me incomoda. Eu vou trabalhar, um trabalho que eu tenho que tá lá todos os dias e amanhã eu não consigo. Como que eu vou explicar para o meu patrão? Só que a sociedade não me entende também que eu não tenho direito a uma aposentadoria. Eu não tenho direito a uma ajuda, né? (Joana Darc - E4).

Outra questão importante é que metade das mulheres com diagnóstico de fibromialgia relatou problemas de saúde que envolvem artrose e outras dores no corpo junto com a fibromialgia, mas disseram que quando tomam remédio para dor em relação às outras doenças a dor costuma passar com mais facilidade, diferente do que acontece com a fibromialgia. Isso pode ser explicado na fala de Rosa:

é pior que as outras coisas que eu tenho, reumatismo, tendinite, pois essas outras coisas você passa um remedinho, uma coisa assim, toma um analgésico ou um relaxante muscular e dá uma aliviada. Mas a fibromialgia, NADA, melhora! Infelizmente ela só vai piorando, entendeu? (Rosa - E1).

Duas mulheres também relataram problemas em relação ao peso e relacionado à compulsão alimentar e ao sedentarismo, sendo que o sedentarismo afetava diretamente nas dores e no quadro de fibromialgia. Iná disse que tem compulsão alimentar e já fez cirurgia bariátrica, mas havia ganhado 9kg no último ano. Já Vitória relatou ter chegado aos 120 kg e não conseguir fazer nenhuma atividade na época, mas disse que recentemente estava fazendo caminhadas junto com o seu filho.

Todos esses relatos enfatizam a presença das dores, do uso das medicações (que será abordada no eixo 4), do surgimento da fibromialgia, da relação com o trabalho e outras situações vividas por mulheres com diagnóstico de fibromialgia e depressão (Rosa, Cremilda, Vitória,

Joana D'arc) além de Iná(E5), que possui exclusivamente o diagnóstico de fibromialgia. Em dois casos, a depressão surgiu antes da fibromialgia, como Vitória (E2) explica “*a depressão veio antes. Era desânimo, casa suja, pesava 120 kg, não me importava de arrumar cabelo, unha, nada, nada, nada*”. No caso de Cremilda, o diagnóstico de depressão foi dado por um neurologista: “*tinha dia que eu estava menstruada e ficava muito nervosa, chorosa, e aí ele me passou [medicação]. Para ajudar a dormir também [...]*”. (Cremilda - E10). Para Rosa, esse processo aconteceu similar a um círculo vicioso, a fibromialgia se intensificava, agravava a depressão, devido a isso ela era impedida de trabalhar e esse ciclo de repetia provocando diversos prejuízos econômicos, físicos e emocionais:

A fibromialgia atacou [...] e, aí, eu fiquei mais deprimida de novo, porque aí sem condição de trabalhar, sem condição de ter como receber. Aí, foi aonde que eu decaí desse jeito, sabe? Atacou tudo de novo e eu fiquei praticamente parada, eu levantava da cama lá e vinha para o sofá, para não ficar na cama o dia inteiro (Rosa -E1).

Surtem, nos discursos, a culpa relacionada à depressão e a sensação de que atravessar a doença foi como não existir. No caso de Rosa, a culpa sobreveio quando esteve impossibilitada de cuidar de sua mãe: “*Não pude cuidar dela [mãe]. Fiquei muito mais depressiva por conta disso [...] culpada por não poder cuidar dela*” (Rosa - E1). Recém- operada de um câncer, Rosa internou sua mãe em uma instituição de longa permanência para idosos. Já Vitória conta que a culpa estava relacionada à doença do seu filho, diagnosticado com TDAH e retardo mental. Ao ouvir que os profissionais da escola do garoto acreditavam que o filho havia desenvolvido a doença por causa dela, assumiu para si a culpa por todas as condições de saúde da criança: “*é muito complicado de entender. Escutei muitas coisas até assimilar. Me cobrava muito. Escutei que era culpa minha, que eu não sabia ser mãe*” (Vitória - E2). Para Joana Darc a culpa aparecia na relação com o marido, abalada decorrente da depressão: “*Perdi toda minha vaidade, meu relacionamento com o esposo ficou muito abalado sexual, sentimental, eu me culpava muito*” (Joana Darc - E4).

Além da culpa, o isolamento social marca a trajetória das entrevistadas que passaram por um episódio depressivo, seja após o parto de um dos filhos, seja em outros momentos da vida:

[...] a pessoa faz muita loucura, a depressão leva a pessoa a se afastar, deixar de orar, de se comunicar [...] o momento mais difícil foi na depressão pós-parto. Eu tinha medo de tudo. Ficava só chorando. Estava abobada, só tarja preta, era muito triste, achava que ia morrer, não dormia. (Cremilda - 10)

[...] era um sacrifício sair de casa. A Casa era meu porto seguro [...] pensei várias vezes em suicídio [ela pensava] se eu fazer isso, minha dor física será maior que a psicológica. Todo depressivo pensa em suicídio. A depressão é intocável e você não consegue vencer ela. Só consegue não existindo. O depressivo é o morto vivo (Joana Darc - E4).

Para Rosa, a depressão pode ser caracterizada como a pior enfermidade, pior do que os dois cânceres que sofreu:

Ela não tem explicação. Uma coisa do nada, a gente fica muito sensível, a gente se sente um nada, inútil [muito choro]. Para mim, é a pior coisa que existe. As dores que eu sinto, enfrentar o câncer, tudo você tem fé, esperança em Deus, tem vontade de lutar. Mas a depressão... você perde essa vontade, sabe? Se sente uma coitadinha, quer ficar sozinha, dormir, chorar sozinha. Para mim é uma das piores enfermidades (Rosa - E1).

A depressão, tal como vivenciada pelas entrevistadas, vai se aproximando da não-existência, da possibilidade de abrir mão da própria vida:

[...] todo depressivo, você anda, aqui é o penhasco, o limite da loucura... Aí você vai andando e você dá o passo. E não tem nada para você segurar, você está ali, à deriva. É o momento da loucura. É horrível, a sensação! O mundo do louco é muito infernal. A sensação é horrível. Eu morro, eu vivo, eu enlouqueço? E você fica [...] Eu passei quase oito meses não existindo numa cama. Eu pesei 45kg (Joana Darc - E4).

Além disso, ainda para Joana Darc (E4), a depressão parece ocupar lugar de incompreensão, inconformidade e pode estar relacionada com uma questão química:

[...] eu jamais pensei que fosse acontecer comigo. É uma coisa tão incompreensível [...] você está a 200 por hora e ter que reduzir a 30. Eu não entendo. Eu ainda não consegui entender. Por isso que eu te pedi, que eu quero ler a sua tese é... porque... eu ainda, é... eu sei que... que é alguma coisa química que falta no organismo, né? Mas, eu ainda não... é... o... quais são os... o tipo de ser humano que tá, é... exposto a isso. Por que eu? Uma pessoa tão forte, tão ativa. Como, né? Que falta é essa?"

Já para Florência (E9), a depressão não tem ligação com a fibromialgia, mas a acompanha desde criança, aos 9 anos, quando também tratou diversas crises de reumatismo. Apesar da depressão cessar em alguns períodos de sua vida, ela retorna fortemente após a morte de um filho e a mudança de outro para fora do país. Além disso, Florência (E9) relata um relacionamento amoroso na época o qual seu companheiro a tratava muito mal e a abandonou durante seu pior momento de saúde, quando necessitou fazer uma cirurgia da vesícula e o sofrimento psíquico agravou fortemente. Para ela, a depressão está muito relacionada com a ansiedade e o pensamento acelerado, inclusive prejudicando o seu sono, que não cessa mesmo com o uso do medicamento. Para Florência (E9) a depressão oscila ao longo dos dias e “*tem dia que você consegue dormir mais ou menos, aí você acorda bem, você dá uma geral na casa, você dá uma ajeitada no cabelo. Sabe?*”, em contrapartida, em momentos de “crise”, como ela mesma nomeia, “*você acorda tão mal que você não quer levantar da cama. Que você não quer... Não quer nem escovar os dentes. Tipo assim, eu saio da cama, fico aqui no sofá, ligo essa televisão e fico aqui. Só que, tipo assim: é... eu to com a televisão ligada, mas minha cabeça está...*”. Para ela, a depressão é:

[...] a pior coisa que existe na vida. Não gosto de me relacionar com ninguém. Quero mais ficar quietinha, presa dentro de casa. Tudo que me fala dói. Dói tanto que parece que vai explodir meu coração. Igual eu te falei, um probleminha assim se torna um

monstro dentro da sua cabeça. Você não quer fazer nada. Você não tem cabeça pra fazer nada.

Você não tem vontade de fazer nada. Por mais que você pensa “vou levantar agora e fazer aquilo ali”, você não dá conta. Você fica presa. Naquele mundinho que não... que é horrível. (Florência [E9]).

Por fim, Florência (E9) também narra sobre a dificuldade e o sofrimento em decorrência da depressão e a impossibilidade de continuar no trabalho, a qual a fez afastar devido à doença e se aposentar há dois anos pelo INSS devido à sua grave depressão.

Tipo assim, você trabalha muitos anos com aquilo lá, aí você vê que tá tendo um esquecimento muito grande das coisas, você começa a não ter vontade de ir pra lá mais. Não é preguiça, não é nada. É porque você não tem mais a vontade. Você começa a dar aquela depressão dentro do serviço que você dá aquelas crises... crise de choro. [...] Antigamente pensava assim “ai, eu quero voltar a trabalhar, tal, tal, tal”. Mas, agora não adianta. Minha cabeça não me ajuda mais. Meu corpo também não me ajuda. Parece que eu estou presa. Tão presa nesse problema que... por mais que eu estou tratando. Mas, parece que você não tem condição mais. Nem físico, nem mental. Tudo você esquece, nada você lembra. Você quer fazer uma conta, assim. A cabeça não ajuda. Nada ajuda. E também você tá num lugar, você dá... eu dou muita crise de choro. Muita crise compulsiva. Igual esse último serviço que eu estava. Nossa, era constantemente. Eu tinha que largar tudo e ir embora pra casa, né? Que era o maior desespero.

Eixo 2: Ser cuidadora: “Parece que eu nasci com o carma de cuidar de doente”

Neste eixo são expostas explicações sobre o surgimento da função de cuidadora na trajetória de vida das participantes, a sobrecarga física e emocional decorrente da função exercida e o entendimento sobre que é ser cuidadora, a partir dos relatos das mulheres.

Foram três as mulheres que, ao longo das entrevistas, revelaram histórias marcadas pela função de cuidadora informal (Marielle [E6], Clara [E7], Madalena [E8]), isto é, responsável pelos cuidados, no lar, de familiares. Observamos que essa função trouxe diversas sobrecargas físicas e emocionais para as entrevistadas. No caso de Marielle, a função de cuidadora surgiu quando sua irmã estava em outra cidade, já idosa e muito debilitada, e o ex-chefe ligou para família pedindo que a socorressem. Nessa história, nenhum familiar ajudou nessa função, o que levou Marielle a postergar a cirurgia de câncer de mama a qual ela precisava fazer:

Eu tenho que operar...Aí que que eu fiz, liguei lá, pedi pra eles adiar pra mim né [a cirurgia do câncer de mama], até eu pelo menos saber o que que fazia com ela [a irmã] aqui né. Aí que que fez, a gente levou pro UAI né, aí o pessoal do UAI examinou, tudo mais. Desnutrida, desidratada, “des” tudo que você pensar. [...] Tinha sofrido um AVC, com uma ferida enorme assim na perna, aquela coisa assim... hora que a gente viu que o pessoal viu ela chegando, viu daquele jeito, ficou todo mundo pasmo [...] Escorregou todo mundo. Escorregou todo mundo, né? Fiquei sozinha. Aí, consegui aposentarela, consegui organizar, aí eu fiquei meio piradona, né?

Assumir o cuidar da irmã e adiar a cirurgia do câncer de mama trouxeram consequências para sua saúde mental: “Aí foi onde que eu fui pra M [psicóloga], foi onde que eu fui para psiquiatra, fui que...não tinha como eu me manter sozinha assim, né?”. Destaca-se aqui uma rede de apoio muito pequena ou inexistente que será abordada no eixo 4.

Já para Clara, a função de cuidadora surgiu especificamente em relação ao seu filho e o uso de substâncias psicoativas:

Quando eu mudei para cá, meu filho começou nas drogas, e isso daí me derruba [.] Chegou num ponto que nem roupa ele tinha mais. Ai um dia ele veio de lá pra cá, tudo sujo, quem via olhava achava que era mendigo [.] Ai eu fui ajudando ele, porque para mim mãe é missão, mãe não é obrigação não [.] Se Deus me entregou daquele jeito é porque eu tinha que cuidar né. Aí fui pelejando com ele, não foi fácil não. [...] Foi, falei

pra ele “você quer cuidado? A mãe vai dar, vai te ajudar”, ele falou “eu quero, eu vou cuidar, não aguento mais essa vida.

Essa situação tão delicada, de tanto sofrimento e que demandou o cuidado de Clara evidencia a sobrecarga: *“Você perde o choro, você não chora...você não tem tempo mais para nada, acabou com a vida. Porque você preocupa quando ele estar pras quebrada aí ó”*. Além disso, a função de cuidadora não se restringiu ao filho adulto, mas ainda os netos, o que paradoxalmente neste caso ela aponta como um dever, fonte de saúde e razão para não pensar na vida, como pode ser visto em sua fala: *“Eu estava lá e tinha que fazer [...]. Vivo por eles, luto por eles. Se eu não tivesse eles, era capaz de eu estar pior. Porque aí você não tem nem tempo de pensar. Igual ano novo. Passei ano novo cuidando de neto”*.

A última entrevistada que narrou ter tido a função de cuidadora, Madalena, disse que exerce essa função há quase 20 anos, desde quando seu neto nasceu com necessidades especiais, e hoje, aos 17 anos, ainda possui diversas limitações. Como ela disse, *“parece que eu nasci com o carma de cuidar de doente. Vinte anos cuidando de paciente não é fácil não”*, e relatou que já foi cuidadora da sogra, do sogro, e, atualmente, ajuda ainda com o neto e com o cunhado, que possui esquizofrenia em decorrência do uso de substâncias psicoativas. Em relação ao neto, que nasceu com má formação e passou por dezenas de cirurgias, ela oferece suporte para a cuidadora principal do jovem: *“a gente ainda cuida. Ajuda, né? Tem hora que ele precisa ficar comigo pra mãe dele procurar os remédios dele, buscar”*. Sobre o cunhado, ela narra situações difíceis e de necessidade constante de vigiá-lo, quinzenalmente, quando ele vai às consultas psiquiátricas próximas da sua residência, o que faz ele ficar hospedado alguns dias em sua casa, pois do outro lado da rua da sua casa tem um bar, o que a preocupa:

Eu tenho que vigiar ele 24 horas por dia. Eu tenho medo dele sair, atravessar pra lá e ó. Como é que eu vou fazer? Aí você já pensou se ele fumar um, um... arrumar uma encrenca dessa pra mim? Que que eu vou arrumar com esse menino aqui, a hora que o meu marido não tiver em casa? De noite você não dorme. Porque ele arruma uma

andação na casa. Ai, Senhor. Ai eu fico com medo dele pegar a chave e sair, né?

Além disso, pela exigência contínua de cuidado e vigilância, muitas vezes a família opta por internar o cunhado devido à sobrecarga e ao cansaço que essa função provoca, como Madalena disse:

Ele está no internato agora. Porque eu falei pro R. [marido] 'nossa, eu estou tão cansada! Eu não estou dando conta. Você tem que por ele no internato porque eu não estou dando conta de zelar dele'. Ai ele está dando uma folga para gente aqui, mas nossa, Deus, não é fácil, não...

Por fim, Madalena também contou sobre a experiência que teve em relação ao cuidado com o sogro, já falecido em decorrência de um câncer. Foram diversos anos como cuidadora, e perguntei à Madalena o que era ser cuidadora para ela. Em sua resposta, ela revelou o exercício solitário do cuidado deixado a cargo das mulheres:

Tem que ter muita atenção, ser dedicada, não transparecer que está com o nervoso, tem que cuidar muito bem, a pessoa já está debilitada, tem que ajudar. Meu sogro só não sarou porque era câncer. Perdi noites de sono cuidado dele, e nunca tive ninguém para ajudar. Só os meus meninos [filhos], às vezes, no final de semana. Mas o marido, não, ele não dá conta [ela imita o marido] Eu não tenho prática para isso.

Como podemos ver, a função de cuidadora trouxe sobrecargas emocionais e físicas para as entrevistadas. Isso pôde ser visto desde a Marielle, que necessitou adiar sua cirurgia do câncer, e precisou de um acompanhamento terapêutico para auxiliá-la nessa função, até a Madalena, com a sobrecarga física e a interrupção do sono.

Eixo 3: Violência contra mulher na trajetória das participantes: “Se eu não tivesse separado, eu estava morta”

Neste eixo de análise, foram destacados relatos das mulheres a respeito de situações de violência vividas na relação com os ex-maridos. Essas situações envolveram tanto a violência

verbal quanto a física, psicológica e também financeira.

Os relatos de violência estiveram presentes nas entrevistas de quatro mulheres (Marielle [E6], Clara [E7], Florência [E9] e Rosa [E1]). Ao longo dos relatos, observamos que esse tema muitas vezes é difícil de ser abordado e conversado, o que traz algumas contradições tanto em narrar as violências sofridas, quanto em ocultá-las por ser um tema muito doloroso, como podemos ver na fala de Clara “*Eu prefiro não contar. Ele era muito indecente. Humilha a gente com palavra...*” e também na fala de Florência “*Muita agressividade, muita... Nossa. Não gosto nem de lembrar*”.

Na história de Marielle, a violência sofrida envolveu traição do marido, a negação do pedido de divórcio e, por último, um assalto, quando ele invadiu sua casa e pegou diversos objetos, como ela conta:

Eu saía a tarde, por exemplo, ia para o serviço, voltava: cadê ele? Aí as colegas [...] “Ah, eu vi seu marido em tal lugar, assim, assim”. Aí chegou um ponto que eu fui lá, né, no fórum. Eles mandaram uma carta para ele para separação de corpos. Mas, aí ele escondeu a carta, né? Eu não fiquei sabendo que ele tinha recebido. Aí um dia, mexendo nas coisas dele, achei a carta lá. E fui conversar com ele. Ele falou assim “não, isso aí não tem validade, que não sei o que”. Ele trabalhava em um emprego, dali a três meses estava em outro, aquela coisa assim. Aí o que que eu fiz: ele não queria sair? Eu peguei as coisas dele e joguei na rua. Aí veio a família, veio todo mundo: “ah, você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo outro”. Eu falei: “posso, porque eu estou na minha casa, né? Ele sai e eu fico”. Porque ele já teve a ordem, né, de sair. ...

Aí quando eu um dia fui trabalhar, quando eu cheguei em casa, né? Cadê minhas coisas, né? O ladrão tinha entrado. Isso foi a conversa dos vizinhos “não, entrou ladrão aí”. Mas, não falou quem, né? Não tinha nada quebrado, não tinha porta aberta, não tinha nada. Aí ele catou televisão, som, as coisas mais, né? Aí sim eu dei parte dele, aí ele

teve que sair mesmo. Aí depois eu fui descobrir onde estavam minhas coisas, estavam na casa da outra, né. Aí a família veio “ah, você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, porque ele te deu o nome e tudo mais”. Aí eu mostrei a certidão e falei “nem nome eu tenho dele, nem nome eu tenho”. Aí foi onde que eu já pedi, entrei com o divórcio, né? A gente divorciou. Aí lá nas leis do divórcio, eu, como tinha emprego fixo, tinha tudo, tinha que dar uma pensão (E6).

Já para Rosa e Clara, a violência foi física e psicológica, e em alguns momentos narraram situações extremamente preocupantes, em que tiveram suas vidas em risco, mesmo falando de forma descontraída, no grupo focal. Além disso, outra característica em comum foi o fato de que os ex-maridos eram policiais, o que colocava ainda mais em risco suas sobrevivências físicas (em decorrência do acesso à arma) e a negligência das autoridades diante das situações de violência. Rosa narrou um pouco dessa situação, durante o grupo. Ela teve a vida em risco, mas enfrentou a situação bravamente. Em alguns momentos utilizou um tom descontraído, com risos, mesmo diante de uma cena muito assustadora de violência que não estiveram restritas a um único momento:

Meu marido falou “te enfió a mão na cara”, eu peguei a peixeira e falei “te enfió a faca”! [Risos] Ah, mas ele viu que comigo se ele brincasse. Foi igual eu falei para ele “bate, mas você me pega desprevenida, dá só um soco, me deixa desmaiada e some. Porque se eu acordar e você tiver por perto, você morre”. Não nasci pra apanhar de homem, não [...] Uma vez que ele quebrou uma janela lá [...] ele só não me matou porque eu estava amamentando a filha dele, a minha caçula. E... ele veio com a enxada pro meu lado assim, sabe? Com a enxada! (E1)

Ela narra outras situações similares:

Aí ele lá de fora e eu falei para ele “você não vai entrar, eu dei parte de você [denunciou à polícia], você vai embora, vai dormir onde você quiser. Amanhã você vem aqui

durante o dia e a gente conversa”. E nada. Ele insintindo em entrar, sentou lá. Não entrou dentro de casa que eu tranquei a porta. Aí ele quebrou o vidro da porta para enfiar a mão lá na chave e eu [barulho de bater] na mão dele com um pedaço de pau [risos] E aí meus meninos ao redor chorando assustados e ele “ai, nega, você machucou minha mão”. E eu “eu vou é quebrar sua mão, miserável” (E1).

Em continuidade, Rosa narrou também as situações de negligência em relação aos policiais:

Eu denunciei, a polícia veio, ele ó: vazou, né? Porque aí ele fez a bagunça, ligou para um amigo, o amigo pegou e ele foi lá para casa do amigo. O colega de serviço. Aí a polícia foi lá, não achou, registrei queixa. Ele sumiu [...] aí a polícia, aí eu peguei e liguei de novo e falei “e aí, vocês vão esperar uma morte acontecer para poder vir cá? Porque ele está assim, assim, assado”. Aí eles foram, a viatura. Mas, adivinha? Nem levou ele para cadeia. Levou ele para o quartel, falou “não, hoje você não fica aí não que é melhor para você que a gente tem um tanto de registro lá e pode acontecer coisa pior”. E aí ficou lá, no outro dia veio, fardou lá no serviço que ele tinha farda de reserva. Fardou e veio todo poderoso. Não aconteceu nada. Absolutamente nada com ele, nem punido ele foi. Nem afastou do serviço. Nada, nada, nada, nada. Então, é aquele ditado assim: se eu quis me libertar dele, teve que ser na peixeira mesmo [Risos] (Rosa E1).

Para Clara, as situações de violência foram muito similares às da Rosa, pelo fato de o ex-marido ter sido militar no passado e ter acesso à arma de fogo. Em entrevista ela contou um pouco sobre a sua relação com o ex-marido:

Teve um dia que ele chegou muito bêbado em casa, meus filhos estavam me ajudando a fazer um negócio de colocar nessas bolsas [...] Eu fui trabalhar fazendo aquilo. Ele chegou [ex-marido] e tal, em tempo de destruir nosso serviço. Aí me chamou para

ajudar a procurar um documento no carro dele. Olha para você ver que não muda... Ele disse que estava lá longe e que tinha sumido da carteira dele. Aí me chamou para procurar. Quando eu fui e cheguei na porta do carro e vi ele abrindo um canivete, daqueles que parecem uma caneta, desse tamanho assim ó! Ele ia me matar. Você acha que eu fiquei esperando? Saí lá de perto. Ele ia me matar lá na beirada da rodovia se eu tivesse entrado. Isso aí foi um punhado de vez (Clara – E7).

Quando questionada sobre violências físicas, me surpreendeu que a princípio Clara não considerou os tapas enquanto agressões físicas:

Não assim, pegar, espancar, eu não esperava, não ficava perto mesmo, por causa das crianças né, eram muito pequenos. Aí pegou foi crescendo, já estava beirando 16 anos [um dos filhos], aí resolvi separar. Porque eu escondi, para eles não verem tudo, aí foi indo. Agora de levar tapa na cara, minha filha, isso aí já foi... Nunca vi um homem na minha vida mais ruim que ele [...] tem duas facas enfiadas dentro do quintal que ele pegou elas, eu consegui pegar e coloquei lá dentro. Se não estava morta. Ele tem direito à porte de arma. Ex-militar. O que eu vou ficar esperando? Tem o revólver dele lá registradinho (Clara -E7).

Em decorrências das diversas situações em que isso aconteceu, Clara compartilhou em roda de conversa, com as outras mulheres presentes, a importância e necessidade de buscar ajuda, para preservar a sua própria vida:

Não deu certo? Separa. Igual eu, separei. Se eu não tivesse separado, eu estava morta. Não existia. Ele tinha me matado. Eu vou ficar esperando? Não vou. O trem não é fácil não, filha [...] Procura uma assistente social. Ela te encaminha, conversa [...] se eu não tivesse conseguido fugir eu tinha pedido ajuda mesmo. Eu vou ficar esperando pra morrer? E olha que o meu tentou (E7).

Além desses relatos, Florência também narrou, porém muito brevemente, situação de violência verbal e física que sofria do seu ex-marido. Eles viveram juntos por 24 anos, mas durante momento de profunda depressão e complicações em decorrência de problemas na vesícula, ele a abandonou. De acordo com ela, *“Ele fazia muita maldade comigo. Muita maldade. Aí eu fui só... me entregando, me entregando. Cada vez mais, sabe [...] me fez sofrer demais e... tipo assim, me largou na hora que eu precisava demais dele. Entendeu?”*(E9). Quando questionada se além das questões verbais houve também violência física, a entrevistada narrou ter acontecido, porém não quis especificar, o que eu respeitei e entendi como um assunto muito difícil e desencadeador de muito sofrimento, como ela citou sutilmente *“Muita agressividade, muita... Nossa. Não gosto nem de lembrar”* (E9).

Eixo 4: Itinerário terapêutico e o uso de medicamentos

Neste eixo foram reunidas as falas sobre os cuidados formais em saúde (os diagnósticos recebidos, os tratamentos e serviços de saúde pelos quais as participantes passaram, os medicamentos prescritos e as explicações sobre os mesmos, uso de recursos não-médicos como fisioterapia, pilates e acompanhamento psicológico) e a existência de cuidados informais ou de uma rede de apoio (figuras ligadas à alguma religião, familiares e vizinhos).

Dentre as mulheres participantes desta pesquisa, Florência [E9] possuía o diagnóstico de depressão, Iná [E5] o diagnóstico de fibromialgia, cinco possuíam diagnóstico de fibromialgia e depressão conjuntamente (Rosa [E1], Vitória [E2], Neiva [E3], Joana D’arc [E4] e Cremilda [E10]), e três (Marielle [E6], Clara [E7], Madalena ([8])) receberam a prescrição de medicamentos devido a relatos de ansiedade e insônia, sendo que Marielle tinha um quesito diferenciado por também estar enfrentando um câncer de mama na época.

Os cuidados formais à saúde das participantes envolveram, inicialmente, o acompanhamento médico a todas as mulheres, efetuado na maior parte por ortopedistas segundo

três entrevistadas, clínico geral (outras três), reumatologistas (dois casos) e psiquiatras (dois casos), a maior parte ligada à rede SUS (Quadro 1).

Em relação aos medicamentos psicotrópicos utilizados, no Quadro 1 estão descritos todos os remédios mencionados pelas entrevistadas. De uma forma geral, podemos separá-los em quatro grupos: (1) *Antidepressivos* (Amitriptilina, Fluoxetina, Bup, Escitalopram, Espran,), usados geralmente por pelo menos alguns meses, sem consenso nas bulas consultadas e na literatura a respeito do término do uso, foram usados pelas entrevistadas para os sintomas da depressão, tristeza e ansiedade; (2) *Benzodiazepínicos* (Diazepam, Clonazepam, Bromazepam [Rivotril]) sendo descritos na literatura (Magda & Dimenstein, 2002) o tempo máximo de uso entre 2 a 4 meses para este medicamento, foram utilizados pelas nossas participantes para tratar insônia e ansiedade; (3) *remédios para dores neuropáticas* (Dorene, [conhecido como Pregabalina], Paco, Ciclobenzaprina), não sendo encontrado o tempo máximo de uso na bula, foram utilizados pelas nossas entrevistas com diagnóstico de fibromialgia para tratar as dores; e, por último; (4) *Anticonvulsivantes* (Topiromato, Oxcarbazepina e Gardenal) utilizados por uma das entrevistadas (Cremilda - E10) que possuía o quadro de epilepsia, sendo necessário o uso contínuo do medicamento.

Sobre as orientações recebidas a respeito de possíveis efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, cinco entrevistadas (E1, E3, E4, E5 e E9) receberam informações apenas relacionadas às questões físicas em relação ao mal estar que podem provocar no corpo: “*dor no estomago, vômito, sonolência, moleza, mas é por poucos dias...*(Neiva - E3)”. Ou ainda: “[...] *eu não estava conseguindo dormir. Então, ele [remédio] era pra isso mesmo. Ele era para sedar mesmo* (Rosa - E1) e também “*Eles avisam, né? Que o medicamento é... tipo assim, eles avisam que o medicamento é forte, tudo. Que é, tipo assim, uma semana para você acostumar com ele*” (Florência- E9). Além disso, quatro outras participantes disseram ter recebido orientação apenas a respeito do funcionamento do medicamento no organismo, no caso de

Marielle sobre o sono, o que infelizmente não fez efeito inicialmente: “*Não, ela falou assim ó “senhora vai só ter calma e ficar...dormir bem” mas foi exatamente o que não aconteceu...*” (E6), e Clara em relação à diminuição das dores que sentia “nos nervos”, como ela mesmo relata:

Não...ele só falou assim ó “vou passar isso aqui pra você que até essas “doraiada” nos nervos mesmo vai passar tudinho”. Ai eu não lembro dele ter explicado não [sobre efeitos colaterais que o medicamento poderia provocar] [...] Não, ela não falou nada assim não, ela falou só que ele era muito bom que ia me acalmar e parar as pulação de nervo, né? (E7).

Por fim, Madalena disse não ter recebido nenhum tipo de orientação e fez uma crítica tímida em relação ao número de pacientes e duração da consulta, “*Era assim, ela fazia consulta muito rápida, né? A gente quase não tinha assim... um diálogo muito tempo. Porque ela tinha muito paciente para atender*” (E8). Essa rapidez da consulta médica *se ajustava à função de cuidadora: “eu também não podia demorar, ficar lá muito tempo. Porque a menina precisava de mim, eu tinha que estar aqui, né?”* (E8)

Quadro 3. Itinerário terapêutico das participantes

Entrevistada	Itinerário terapêutico
Rosa	Usa Amitriptilina (25mg, 1 ano e 6 meses). Foi diagnosticada por Reumatologista da Atenção Primária, que informou sobre efeitos colaterais como náuseas e alteração do sono. Faz fisioterapia, já teve acompanhamento psicológico na UBS e destaca como suporte social o Grupo bíblico e os vizinhos.
Vitória	Usa Fluoxetina (5 anos). Foi diagnosticada Clínico geral de um serviço

- filantrópico. Recebeu orientação sobre o remédio no organismo, que daria mais disposição à ela no dia a dia. Faz acompanhamento psicológico (há menos de 1 mês) e Fisioterapia na UBS. Sem suporte social
- Neiva Usa Escitalopram e Bup (5 anos). O diagnóstico foi feito por ortopedista de uma clínica popular. Foi informada pelo psicólogo da UBS, com quem fez acompanhamento por dois meses, sobre os efeitos colaterais negativos das medicações. Suporte social pelo Centro Espírita.
- Joana D'arc Pregabalina e Fluoxetina (3 anos) e Dorene (menos de 1 mês). Diagnóstico efetuado por reumatologista em serviço particular. Fez acompanhamento medicamentoso em hospital universitário. Recebeu orientação médica sobre efeitos colaterais, mas acredita que é ela quem vai perceber os efeitos colaterais. Faz acompanhamento psicológico (há quatro meses), caminhada e natação. Conta com suporte social da família (filhos, marido, irmão) e de uma amiga (também diagnosticada com fibromialgia).
- Iná Usa Pregabalina (5 anos) e Paco, Fluoxetina e Ciclobenzaprina (um mês). Foi diagnosticada por ortopedista de convênio médico, que encaminhou a Reumatologista para fechar diagnóstico. Orientada sobre efeitos colaterais e indicação de sempre tomar de estômago cheio. Faz Pilates e acompanhamento psicológico (há 1 ano) na UBS. Filhos fornecem suporte social.
- Clara Usa Pregabalina e Zolpidem (2 anos). Os remédios foram receitados pelo psiquiatra do Hospital do Câncer, em decorrência de uma cirurgia de câncer de mama que ela faria. De acordo com a entrevistada, geralmente eles receitam psicotrópicos para todos os pacientes que se submeterão à cirurgia em decorrência da ansiedade, do medo e do processo depressivo

que o câncer pode desencadear em alguns pacientes. Não recebeu orientação médica sobre efeitos colaterais, apenas orientação sobre a função dele no organismo, em relação ao sono. Fez tratamento com psicóloga durante o processo de cirurgia e recuperação do câncer. Faz fisioterapia pelo SUS. Vizinhos, filho mais novo e pastoral da igreja fornecem suporte social.

Marielle

Usa Amitriptilina (há um ano). Usou Diazepam por 8 anos, ficou 4 anos sem utilizar medicamentos, usou novamente por 2 anos o Diazepam e depois trocou para Amitriptilina, atualmente em uso. Os medicamentos foram receitados por um clínico geral de ambulatório do SUS, a partir do seu relato de muita ansiedade, pressão alta e o rompimento de uma veia no cérebro, episódio em que foi medicada com calmante para evitar subir a pressão e acontecer novamente, de acordo com a entrevistada. Não obteve orientação médica sobre os efeitos colaterais, apenas orientação sobre a função dele no organismo. Não faz psicoterapia e nunca foi encaminhada por nenhum médico para realizar tratamento psicoterapêutico, mas disse ter gostado da entrevista

Florência

Usa Clonazepam, Amitriptilina, Bromazepam e Fluoxetina, há mais ou menos 6 meses, mas nos últimos 10 anos fez uso de vários outros por tempo prolongado. Fez uso de antidepressivos desde criança, aos 9 anos, para tratar reumatismo e sono. Os medicamentos foram receitados pelo psiquiatra na UAI quando também teve diagnóstico de depressão. Recebeu orientação sobre os efeitos colaterais apenas de serem fortes, que demora uma semana para o organismo acostumar, mas que varia de acordo com cada usuário. Fez acompanhamento com psicóloga na infância pela rede particular. Na vida

adulta, nos últimos 10 anos tem feito terapia pelo SUS e nos últimos dois anos tem feito com a mesma psicóloga no local de nossa pesquisa. Suporte social quase inexistente, mas cita presença de vizinha.

Cremilda

Usa Oxcarbazepina e Topiramato (há 7 anos) e Espran (2 anos). Usou Gardenal por 10 anos e diversos outros (não soube me informar os nomes) por tempo prolongado. Diagnóstico feito por ortopedista de ambulatório do SUS. Não obteve orientação médica sobre efeitos colaterais, apenas orientação sobre a função dele no organismo. Faz acompanhamento psicológico na UBS (há menos de um mês) e aguarda vaga para fisioterapia e hidroginástica pelo SUS. Suporte social de pastor, Deus e Vizinhas.

Náuseas e vômitos, mesmo quando não informadas às mulheres ocorreram, além de sonolência e tontura. Para Marielle, o que mais incomodou foi o calor e o mal-estar: *“Esse remédio aí dá um calor, dá um calor, dá um mal-estar, dá uma coisa ruim sabe?”* (E6). Já para Clara, o efeito sentido foi em relação ao sono, de uma forma positiva, *“relaxou. Eu dormi para caramba, dormia até, uma beleza. É aliviou bastante [...] Relaxamento, ficar...apagava né, dormia mais, porque não dormia direito”* (E7).

Para Florência, o uso de medicamentos envolve um processo de adaptação no seu corpo que costuma ser de uma semana de mal-estar, para depois no futuro encaminhar a um quadro que nos remete à dependência, a partir de sua fala:

A gente começa assim, ó: primeira semana é horrível. Você acha que você quer desistir de todas as formas. Qualquer medicamento que você começa de novo. Tipo assim, se eu começar o mês que vem com outro novo, eu já vou ficar uma semana ou mais até acostumar com ele. Até acostumar é muito difícil. Mas, depois que você acostuma aí

você não quer largar de tomar também. [...]: Nossa, muito mal-estar. Eu queria ficar só na cama, não levantava para nada, sabe? Sua autoestima fica lá embaixo. É horrível. A sensação... Boca sempre seca demais. (E9).

Além disso, duas participantes relataram alegria e ânimo “*logo de início [...] Eu sempre tive baixo auto estima comigo [...]*” (Neiva - E3), implicando em percepção de mudança pela introdução da medicação, pois: “*sem ele [remédio] eu não levanto da cama. Eu só quero dormir e fico só deitada com aquele corpo ruim... Parece anêmica, sabe?*” (Neiva - E3). Para além de possíveis desconfortos provocados pela introdução da medicação, Iná também apontou maior tranquilidade na medida em que o corpo se adaptava ao remédio: “*percebi assim, igual eu fico mais tranquila, aí, por exemplo, se eu tenho que fazer alguma coisa eu falo assim “não, vai dar certo!”*”, *é só por tudo na ordem certinha que vai...(Iná - E5)*”.

Também é importante destacar que, diferente das mulheres que haviam recebido diagnóstico de fibromialgia e/ou depressão e relataram sintomas como dor, ansiedade e tristeza, no caso das mulheres que exerciam a função de cuidadora (Marielle [E6], Clara [E7] e Madalena [E8]) o uso de medicações foi indicado para situações de insônia cansaço e exaustão decorrentes da função de cuidadora.

No caso de Madalena, a entrevistada com o maior tempo de uso de medicamentos, foram 17 anos envolvendo diversos benzodiazepínicos e nos últimos três anos o antidepressivo Amitriptilina, apesar de não ter tido recebido um diagnóstico fechado para o uso das diversas medicações ao longo do tempo. Para a entrevistada, o uso do medicamento é devido à sobrecarga da função de cuidadora e da insônia decorrente da preocupação ao cuidar, existentes inicialmente com o nascimento do seu neto, como ela coloca:

[...] como meu neto nasceu com muita deficiência, aí eu já ajudava a menina [filha dela] a cuidar dele, né? [...] não dormia. Cuidava de menino de noite e de dia, aí o sono ficava defasado, não dormia, não conseguia. Passava mal de ficar acordada [...] hoje ele

[neto] tá com 17 anos. (Madalena [E8]).

Devido às diversas trocas de remédios psicotrópicos para o auxílio no sono, ao longo dos contínuos 17 anos, Madalena foi a entrevistada que mais teve descrições a respeito dos efeitos colaterais sentidos pelos benzodiazepínicos até se manter agora com o antidepressivo amitriptilina:

Parece que ele dopa a gente, sabe? A cabeça da gente não fica certa. Eu sentia a cabeça ruim. Parece que eu não estava... é... assim... eu não estava em mim. Eu sentia ruim. Aquela ruindade na cabeça. Eu dormia, eu falava para o R [marido]. “nossa, eu estou tão cansada. Minha cabeça parece que vai explodir” [...] Grande. Parece que a cabeça da gente vai crescendo [efeitos sentidos com o Rivotril] [...] Diazepam também não foi bom. É um remédio forte, mas eu não podia dormir [por ser cuidadora]. Ficava com sono, sentindo mal porque aí eu tomava o remédio, não dormia de noite direito e não dormia de dia também [...] Com o clonazepam também foram os mesmos sintomas, até chegar nessa aí que é... não sei se foi o ano retrasado que eu comecei a tomar ele, eu senti melhor. Amitriptilina, eu durmo normal (Madalena E8).

Além disso, Madalena coloca que o uso por 14 anos de benzodiazepínicos e 3 anos de antidepressivo intensificaram na questão do ganho de peso, como ela coloca:

antes de todos os remédios eu era magrinha, 30 kg, não era gorda [...] o remédio ajuda a adquirir peso. Não há nada que faz eu emagrecer. Nada. Se tivesse um outro [remédio] que fizesse eu emagrecer um pouco eu trocaria. Porque aqui também não tem condição de você dormir também de noite. Barulho de bar. (Madalena E8).

No caso de Marielle, cuidadora de sua irmã mais velha enquanto tinha acabado de receber o diagnóstico de câncer de mama, ela também observou sintomas de insônia e viu que seu sono estava associado e refém do uso de calmante e também do alto preço do medicamento,

o que a fazia comprar um remédio mais barato e ter que se contentar com menos horas de sono, como podemos ver em sua fala *“Esse aqui é o Zolpidem 12h, mas eu não quis comprar porque ele é caríssimo. Estou tomando o de quatro (horas), que é mais barato [risos]. Eu tomo meia noite, quando é três e meia, quatro horas, eu acordo”*. Em decorrência disso, a entrevistada me contou que a médica indicou que ela utilizasse outro comprimido quando acordasse de madrugada, para completar o sono, porém Marielle prefere não usar, pois quando tentou sentiu muita sonolência e isso impediu posteriormente as suas atividades no turno da manhã. Apesar disso, a entrevistada disse que as poucas horas de sono são suficientes para se sentir descansada. Para Clara, o sono também esteve diretamente ligado à situação de cuidadora, no caso cuidadora do seu filho usuário de substâncias e também dos netos. Para ela, cuidar de um “dependente químico”, como ela nomeia, é extremamente cansativo: *“Ninguém dorme direito. Se a pessoa imaginar o que é você ter um dependente químico em casa, não é fácil. Destrói todo mundo”*. E quando perguntado em relação ao uso do medicamento para o sono, Clara disse ter sido muito positivo *“Relaxou. Eu dormi para caramba, dormia até, uma beleza”*.

Além do acompanhamento médico, recursos de saúde vinculados a profissionais não-médicos também foram mencionados. Quatro entrevistadas faziam atividades físicas ou fisioterapia no momento da coleta, sendo quase todas, com exceção de Marielle, devido às dores ocasionadas pela fibromialgia ou por doenças como artrite e artrose. Iná (E5) relaciona a importância do pilates para a diminuição de dores nas articulações *“mas igual a dor das pernas, meu joelho não dobrava assim não, isso aqui melhorou com pilates”*. As atividades físicas, junto a outros cuidados em saúde, auxiliam no processo de tratamento da fibromialgia *“ela [fibromialgia] melhora com remédio, psicóloga, fisioterapia e exercício. Só medicação, não. Tem que tratar corpo, mente e alma”* (Vitória - E2). Joana Darc (E4) também destaca que a medicação sozinha não resolve:

Eu comecei com a medicação, com a minha força de vontade. Eu fui fazer ginástica [...]. Eu descobri... eu procuro outras coisas. Eu detesto piscina. Mas, eu vi que a

natação é o melhor pra mim [...] eu tentei pilates e não me dei bem. Porque aquilo ali, de ficar ali, fazendo aqueles gestozinhos ali, naquela moleza, não...[...] Aí eu fui caminhar. Sabe? Aí eu vi, falei “opa”. E vou e caminho e é ótimo pra minha cabeça. Caminho sozinha.

No caso de Marielle, única entrevistada que fazia acompanhamento com a fisioterapeuta sem possuir o diagnóstico de fibromialgia, a prática da fisioterapia era justificada pela consequência da cirurgia do câncer e da formação de um edema, “*Foi por causa do câncer e...e o braço aqui [as dores e dormência] foi por causa que eles mexeram muito nessas glândulas*” (E6). Dessa forma, ela disse frequentar a fisioterapia em dois serviços do SUS (uma UAI e na UBS onde realizamos a pesquisa) e narrou algumas dores que sentia “*o problema é só a dormência, que parece, dá uma dorzinha parece lá no fundo. Como diz os médicos, é a raiz do...do...como é que eles falam gente...lá dos nervos*”. Também explicou as orientações que recebeu da fisioterapeuta:

A fisioterapeuta mandou eu por os pés no gelo, porque eles proíbem água quente. Eles pedem até para você não cozinhar [...] é, eles pedem assim até quando você vai tomar banho, não deixar água quente cair nesse braço, no lado que você operou. (Marielle – E6)

Dentre as dez mulheres entrevistadas, cinco (Vitória [E2], Joana D’arc [E4], Iná [E5], Florência [E9] e Cremilda [E10]) estavam realizando acompanhamento psicológico individual na UBS no momento da entrevista: Vitória e Cremilda haviam participado apenas de duas sessões; Joana D’arc estava em acompanhamento há 4 meses; Florência utilizava o recurso da psicoterapia há 10 anos; Iná não soube dizer o tempo. Além disso, três entrevistadas (Rosa [E1], Neiva [E3] e Marielle [E6]) já haviam feito acompanhamento psicológico anteriormente (Quadro 1). O acompanhamento psicológico abre a possibilidade de aprender a lidar com o sentimento de culpa que levavam consigo:

Aí, igual minha psicóloga falou “ele vai ser o que ele tiver que ser, você tem que parar de...de se cobrar tanto”. Porque até escutar que o meu filho era assim porque eu não oube ser mãe, que eu não soube educar [...] [A psicóloga disse:] “Para de se cobrar, seu filho vai ser o que ele tiver que ser”. (Vitória - E2).

Eu tinha muito um sentimento de culpa. Por exemplo, se você falasse alguma coisa comigo, eu ia achar que você estava brigando comigo porque eu tinha feito alguma coisa que a culpa era minha, entendeu? Isso daí a psicóloga me ajudou muito. Sabe, ela fala com uma voz tão suave, você sai de lá levezinha. (Iná - E5).

Além disso, a psicoterapia foi avaliada como positiva por todas as mulheres, como por exemplo para Marielle que utilizou esse recurso durante o seu processo de cirurgia de câncer e enquanto cuidava da sua irmã, quando começou a psicoterapia com a psicóloga do Hospital “Conversei muito com a M, ô menina boa viu. Ela é maravilhosa sabe. Aliás todos [os profissionais de saúde] que eu encontrei até hoje” (E6). Para Florência (E9), o serviço de Psicologia surgiu inicialmente na infância, aos 9 anos, quando fez o tratamento na rede particular, e depois na vida adulta, nos últimos 10 anos, pelo SUS, a partir do encaminhamento do clínico para a psicóloga. Para ela, o serviço de Psicologia junto com o acompanhamento medicamentoso a ajudou a lidar com pensamentos depressivos e suicidas, como ela narra:

Ah, com as psicólogas sempre foi muito bom [...] eu acho que é uma consulta muito proveitosa para mim, para quem tem problema realmente é bom, ela ajuda muito a gente [...] Você já modifica um pouco seu jeito de pensar. Eu, tipo assim, eu vou ser sincera com você. Eu pensava muito em suicídio...passava na minha cabeça o tempo todo. Aí quando você está tomando o medicamento, quase não pensa. Quase não passa isso na sua cabeça. Só quando você está muito em desespero mesmo. Mas, se você tiver sido... tiver sendo acompanhada de medicamento, de psicólogo, de médico, você quase não pensa nisso mais (Florência - E9).

As entrevistadas foram encaminhadas ao serviço de psicologia da UBS por profissionais de saúde da unidade (ortopedista, psiquiatra, neurologista, reumatologista, clínico geral) e, no caso de Joana D'arc (E4), apesar de ter tido vários encaminhamentos médicos de reumatologistas e psiquiatras, ela escolheu o recurso da psicoterapia a partir de um relato de sua melhor amiga, que fazia o uso de recursos médicos e acompanhamento psicológico para tratar a fibromialgia. Apenas no caso de Neiva (E3) não ficou muito claro como ela chegou ao serviço, podendo ter sido por encaminhamento do clínico geral ou por demanda espontânea dela ao serviço. Em todos os casos, o acompanhamento ofertado foi a psicoterapia individual. Duas entrevistadas (Rosa [E1] e Neiva [E3]) relataram que o profissional de Psicologia que atendia anteriormente na UBS realizava orientações sobre como deveriam tomar o remédio prescrito pelo médico:

[...] conversei com ele (psicólogo) sobre os três comprimidos. Aí ele falou para eu passar para dois. [...].O psiquiatra, na realidade, você não tem muito contato. É uma burocracia estranha. Você vai à psicologia, ele não pode te passar o remédio, aí vê o que você precisa e passa [informa] para o psiquiatra. Na realidade a responsabilidade fica tudo para o psicólogo, né? [...] aí ele me ensinou a fazer o desmame” (Rosa - E1).

Situação semelhante foi relatada por outra entrevistada: os dois medicamentos em uso Escitalopram e Bup, teriam sido indicados pelo psicólogo da UBS que também orientou sobre os efeitos colaterais, mas de acordo com ela o psicólogo disse que “*esses eram os melhores remédios*” (Neiva - E3).

Por fim, duas entrevistadas (Clara [E7] e Madalena [E8]) disseram nunca ter tido encaminhamento médico para o serviço de psicologia e por isso nunca tinham frequentado. Todavia, no final da entrevista de Clara, perguntei se ela não tinha interesse em frequentar o serviço de psicologia da UBS, considerando seus relatos de muita ansiedade e mal-estar. Para minha surpresa, Clara disse que gostaria, mas tinha vergonha de pedir o encaminhamento ao

médico, “ó, eu estou pensando que que eu faço. Eu já imaginei pedir [a] um médico para me encaminhar [para psicóloga da UBS] né? Vê se pode, mas eu fiquei com vergonha [...] Para ver se me ajuda... Tem coisa que a gente não vai falar pra qualquer pessoa” (E9). Diante de sua fala e interesse, conversei com a entrevistada sobre o serviço disponível na UBS, os horários e um pouco sobre a vergonha que ela sentia, mas que a enfrentando, e procurando pelo serviço de psicologia, talvez este pudesse ajudá-la nas crises de ansiedade.

Dentro do itinerário terapêutico das entrevistadas, destaca-se também a existência de cuidados informais, isto é, não realizados por profissionais de saúde. Tais cuidados ocorreram sob a forma de apoio social, importante no enfrentamento da fibromialgia e da depressão. Para seis entrevistadas (Rosa [E1], Neiva [E3], Marielle [E6], Clara [E7], Madalena [E8] e Cremilda [E10]), o suporte social é especialmente provido por meio da religião, grupos bíblicos, pastores e Deus: “Foram 10 anos que eu fiquei [frequentou um centro espírita]. Mas, assim, me evoluiu muito, eu cresci muito, aceitei muita coisa. Fiz muita caridade nesse tempo meu de depressão, de desemprego” (Neiva- E3). Esta entrevistada também relatou que por meio da religião conseguiu entender o que deseja, o que merece e o seu amor próprio. Para Madalena, o que a auxiliava no dia a dia foi a ideia de um Deus, “Contei com a ajuda mesmo foi só lá de cima” (E8). Para Clara, a religião ajudou no tratamento do filho usuário de substância e também para buscar cuidados terapêuticos para si mesma, como podemos ver na fala:

Eu gosto demais lá do Centro Espirita [...] Me ajudou demais. Aí a gente [ela e o filho] ia nas reuniões tudinho. Participava, ai ele [filho] foi começando a melhorar. [...]eu passo pela câmara de cura, que é aquele tratamento que é...até eu estava querendo ir, um tal de Reiki, acho que é Reiki (Clara - E7).

Já para Marielle, na parte religiosa, a “Pastoral da Saúde”, foi essencial para ajudá-la nos cuidados com a irmã doente: “Graças a Deus, eu tenho Deus no coração, tenho religião né, faço parte da Pastoral da Saúde [...] O pessoal da Pastoral veio, me ajudava a dar o banho

nela, o rapaz veio, me ajudou aqui no INSS e arrumar documento, ir no cartório, aquelestrem que tem que fazer, né?”.

Ainda no quesito suporte social, a família, especificamente os filhos, foram identificados como suporte social por quatro mulheres (Joana D’arc [E4], Iná [E5], Marielle [E6] e Madalena [E8]), como exposto na fala da Joana Darc (Joana Darc - E4):

Então, minha família é... me abraçou. Eles vinham, eles cuidavam de mim, eles é... demonstrava amor. É... carinho. Os meu filhos foram, assim, essenciais. [...]. Outro dia [...] fui para o quarto dela, deitei com ela e falei pra ela “filha, eu preciso chorar” [...] [Filha responde] “Mamãe, que que posso te ajudar?” Nada. Você pode me escutar, você pode ficar aqui comigo. Eu estou precisando de... disso. Desse ninho. E eu só quero chorar.”. E chorei, né? Pronto. Depois, eu amanheci bem.

Para Marielle, o suporte do filho mais novo foi identificado na participação de algumas tarefas de casa e também num dia que passou mal e ele a ajudou, para ela, ele “*é, meu filhote. é uma pessoa muito humilde. Deixa eu te mostrar as fotos dele pra você ver o tanto que ele é lindo. Ele é, ele é um negão bonito olha aí ó [mostra a foto] E está sempre rindo*” (Marielle - E6) e para Madalena, os filhos a ajudaram em algumas funções enquanto cuidadora:

Eu podia contar com a minha menina, né? Só. Porque a outra já tem o menino especial. O meu menino também me ajudou muito na época do avô dele doente aqui. Ele vinha, ficava comigo, me ajudava a dar banho, a dar comida. Porque tinha que lavar as roupas, né?” (Madalena - E8).

Um ponto em comum entre Vitória, Marielle e Florência é que as três tinham pouco contato com familiares. Vitória, única entrevistada que disse não ter nenhuma fonte de suporte social, identificou a família como núcleo de preconceito e fonte de julgamento em relação ao seu papel de mãe cuidadora do seu filho de 11 anos, que foi diagnosticado com TDAH: “*Só eu.*

Não tenho ninguém [...] é igual eu te falei, os maiores preconceituosos [em relação ao filho que tem autismo] estão na família” (Vitória - E2).

No caso de Marielle, destaca-se a ausência da família no momento de necessidade de cuidado da irmã:

Assim, eu fico chateada por causa da família [...] você entendeu? Eu fiquei muito chateada, muito revoltada, sabe, eu chorei muito, porque eu achei uma falta de respeito, não precisava ser comigo, mas com ela. Porque ela toda vida, ela é minha irmã mais velha, toda vida ela sempre ajudava o pessoal, os sobrinhos, o outro ficava doente “L precisa disso”, ela mandava, vinha, né?” (Marielle - E6).

No caso de Florência, o afastamento da família foi decorrente do preconceito que sofria em relação à sua depressão e seu afastamento do trabalho, além do medo de ser machucada pelos outros, como ela disse:

Eu não vou na casa de parente. Eu evito de ir. Também eu não posso contar com ninguém. É só eu mesma. E tipo assim, se eu chego na casa de alguém, a pessoa já me olhou torto ou me deu uma má resposta, aí eu já venho pra casa... Eu sou muito é... É, tipo assim... Angustiada, triste, eu choro atoa, aquilo me magoa, me dá uma dor no peito, no coração. Aí acabou. Entendeu? Por isso que eu não gosto muito de conviver com parente. Porque geralmente eles tão magoando muito a gente, aí vem aquela dor assim, né? (Florência - E9).

Além da família, quatro entrevistadas (Rosa [E1], Marielle [E6], Florência [E9], e Cremilda [E10]) mencionaram o contato com os vizinhos como fonte de amizade e suporte: “Tenho, graças a Deus eu tenho amizade com todo mundo aqui da rua (risos)” (Cremilda – E10). Para Marielle, os vizinhos eram mais uma fonte importante de apoio, além da pastoral e do filho, em que ela disse:

[...] é vizinho, tá ali ó, é só bater na porta [...], eu procuro dar apoio as pessoas porque eu recebi muito apoio. Sempre eu falo isso com D [filho] sabe, “meu filho sai, conversa, interage com as pessoas... Sabe, tô muito bem, tem sempre alguém aqui em casa, eu tô sempre na casa de alguém, sempre comunicando com alguém (Marielle – E6).

Já para Florência, o apoio recebido por parte de uma vizinha a ajudou quando perdera um filho no acidente, o outro morava fora do país e ela estava divorciando. A amiga/vizinha, como ela narrou, está presente diariamente em sua vida:

Eu tenho uma amiga aqui. A S., que eu gosto muito dela, a gente conversa muito. Eu acho que é a única, porque eu tinha uma outra, mas ela mudou daqui. Entendeu? Acho que é a única que eu converso muito [...] todo dia eu converso com ela [...] eu desabafo com ela, ela conversa muito comigo (Florência - E9).

4.3 Ser mulher – “Quando nasce uma mulher eu já viro e falo: mais uma sofredora!”

Considerando a importância da interface entre as temáticas gênero e saúde mental, ao final de cada entrevista individual e durante a entrevista grupal foi perguntado o que era ser mulher para cada uma delas. Tendo em vista que esse tema não está necessariamente e diretamente ligado ao sofrimento psíquico assim como a depressão, fibromialgia, sobrecarga da função cuidadora e as situações de violência, separamos os discursos neste item de forma que pudesse abordar todas as ideias a respeito do que é ser mulher, mesclando relatos que retratam o ser mulher como sofrimento e como “bênçãos” em decorrência da ideia de ser mãe. Desta forma três foram os sentidos produzidos sobre ser mulher: ser mãe, ser sofredora e ser desvalorizada.

Quatro mulheres destacaram a ideia de ser mãe (Joana D’arc [E4], Iná [E5], Marielle [E6], Florência [E9]) valorizando a ideia de felicidade, a possibilidade de gerar a vida e não estar só, como um presente divino, algo que nenhum homem pode sentir. Envolve ainda a ideia

de cuidado e, por último, de tristeza devido à perda do filho, neste caso estando a mulher reduzida à maternidade, como pode ser visto nas falas:

Ser mulher pra mim é a coisa mais maravilhosa do universo. É uma benção tão grande, porque eu vou te falar: eu olho para os meus filhos e eu falo assim “Senhor, como que eu pude receber uma graça tão grande, vindo de mim?”, né? Que dependeu de mim, que depende de mim. De mim [...] Porque é da mãe. O pai tem que estar lá, a presença. Mas, a mãe... sabe? Essa ligação. É quando eu te falei... quando a minha mãe falecer, ela vai levar um pedaço de mim. Eu não vou ter mais uma parte de mim. (Joana D’arc - E4)

Porque nós temos coisas que um homem jamais vai sentir, por exemplo, ser mãe. Pra mim é o melhor presente que Deus deu para o ser humano é esse[...] Então quando meu filho mais velho nasceu, faltava um mês pra eu fazer 18 anos. Aí quando eu fiquei grávida dele, pensa numa pessoa que sentiu aquela alegria e gritou assim “nunca mais na vida eu fico só (Iná- E5)

É, ô filha, ser mulher é ser mãe, é ser uma pessoa prestativa. Sabe? (Marielle - E6)
Ai, eu acho muito difícil, né? Porque ser mulher é ser... ser mãe... Ai, é que quando, tipo assim, tira as coisas que você mais ama igual seus filhos, você não consegue ser mais nada na vida. Sabe? (Florência - E9)

Duas destacaram a ideia de ser sofredora (Neiva [E3], Clara [E7]) relacionada ao ser mulher. O sofrimento decorre da sobrecarrega por funções que socialmente são demandadas às mulheres, como arrumar a casa, fazer a comida, cuidar dos homens:

Ai, mulher sofre demais. Eu até comentei com esse moço que se eu fosse homem, que pena que muitos homens não vêem o que que é uma mulher. Ela ter que sair para fora, para trabalhar fora, chegar em casa e fazer as coisas e ainda cuidar de filho e ainda servir homem (Neiva - E3)

Ser mulher, no meu caso, se eu for falar fica feio (risos). Quando nasce uma criança mulher eu já falo assim “mais uma sofredora” [...] Mulher sofre demais, mulher paga os pecado no mundo [...] Presta atenção para ver o tanto que é...[...] quando é pequena, quando é menina pequena, os pais são terríveis, né? Quando não tem muita sorte, tem um pai que compreende, que te apoia, que trata bem. Ai depois cresce e é o mundo inteiro, né? (Clara - E7)

Dando seguimento a essa ideia de ser mulher e ser sofredora, ser desvalorizada também surgiu para quatro entrevistadas (Rosa [E1], Iná [E5], Neiva [E3], Clara [E7]). A desvalorização estava associada às funções pelas quais elas são responsáveis na família e na sociedade (casar e ter filhos, cuidar da casa), ganhando mais funções e decorrente sobrecarga pela inserção no mercado de trabalho. A liberdade trouxe sobrecarga, como expõe Rosa:

[...] porque teve uma época que se educava a mulher, única e exclusivamente, para ser, né, mãe e esposa, né? Cuidar do filho e tal. Aí depois as mulheres se rebelarem. Não sei se foi uma boa coisa não, sabe? Isso daí. É, como eu disse. É o ponto de vista de cada um, né? Porque isso daí ao invés de ajudá-las a ter uma liberdade, fez o que: com que os homens todos deitassem com as cargas e deixassem tudo nas costas delas. Então, acho que só se sobrecarregou em busca de uma liberdade que pra mim, no meu ponto de vista, não é uma liberdade que a mulher conquistou. Elas só acarretaram mais problemas. Porque a mulher hoje em dia tem que sair, ela faz, ela acontece. Mas, no fundo, no fundo, ela vai voltar pra aquilo que é a raiz: que é constituir um lar, uma família. E aí ela vai o que: sobrecarregar (Rosa - E1)

A invisibilidade do trabalho doméstico aparece associada ao sofrimento de ser mulher: *[...] tem hora que mulher é tão desvalorizada, tão desmerecida, sabe assim, até a parte de serviço mesmo. Ninguém assim quase reconhece que uma dona de casa, por exemplo, se ela sentar um pouquinho é porque é teimosa, porque se ela quiser*

trabalhar o dia inteiro, trabalha, e ainda sobra serviço (Iná -E5)

Hoje eu queria assim, que homem reconhecesse mais a mulher, esse lado de mulher. Um ajudando o outro, né? [...] Se a mulher tá trabalhando e tá em casa, faz alguma coisinha, sabe? Porque não é fácil ser mulher. Não é fácil. Mas, é uma coisa muito bonita e ao mesmo tempo pesado. Sobrecarregado, sabe? (Neiva - E3)

Não é valorizada. Sofre demais, nada que faz está bom, principalmente quando é casada [...] Não tem valor. Mãe não tem valor, não. Mãe, nem esposa e nem filha, é poucas que consegue. Os pais jogam em cima que tudo é culpa de filho, né? Por exemplo, o pai tem um problema com a mãe, a mãe desconta no filho (Clara - E7)

Durante as entrevistas individuais e grupal, outras questões surgiram em relação à mulher. Uma delas é ideia de ser feminina, seja pelo modo de se vestir ou arrumar as unhas e o cabelo, seja na forma de pensar, além do desejo de constituir família. Em contrapartida, ser homem envolvia a ideia de proteção, liberdade e não vaidade. Relacionada à essa ideia, três participantes articularam esse pensamento (Rosa [E1], Joana D'arc [E4] e Iná [E5]), como podemos ver primeiramente em entrevista individual feita com a Joana D'arc:

Eu acho que no meio da nossa entrevista eu falei para você, aqui, que eu não sou feminina. Eu acho que esse... esse... esse ser mulher, é... eu tenho um pouco de dificuldade de explicar, assim. Porque eu me sinto muito homem [...] [ser mulher é] se preocupar com o cabelo. Acho que há trinta anos, a única coisa que eu faço no meu cabelo são luzes. Eu não... Eu não tenho paciência de ficar... Eu acho que se preocupar, né? Com roupa. Eu não... Eu não tenho isso. Eu não tenho esse cuidado assim comigo, sabe? [...] Ser mulher... Esquecendo essa parte. Por que de onde que vem essa parte que eu falo que eu sou um pouco homem? Do fato de eu ter me protegido, né? (Joana D'arc - E4).

E também durante relatos encontrados na entrevista grupal, como podemos ver na sequência de um trecho apresentado abaixo envolvendo a pesquisadora, Rosa e Iná:

Pesquisadora: Eu fiquei curiosa pensando assim: o que será que é, porque a gente escuta na rua, na família, o que é pensar igual homem e pensar igual mulher? Vocês acham que tem diferença?

Rosa (E1): Tem! Muita! Nossa!

Iná (E5): Uma palavra só: homem tem liberdade. Começa na adolescência. Homem tem liberdade. Mulher não. “Você não pode fazer isso porque você é mulher”. E desde o meu tempo, o tempo da minha mãe até o tempo da minha filha o pai dela falava “Ah, isso não. Isso é coisa de homem”. Então, não tem jeito

Rosa (E1): Infelizmente está nisso, gente. As mulheres não conseguiram. Que liberdade idiota é essa delas, de ser emancipada e coisa e tal. Aí o que que ele [seu filho] falou para mim “não...mulher se me quiser, tem que me manter”. Então, a mulher que pensar aí igual homem é totalmente, né, diferente da mulher. Porque a gente que é mulher, a gente quer um parceiro, um companheiro. A gente quer ser amada, ser tratada com delicadeza, né? Isso aí que nos envolve, né? E os homens hoje em dia não estão nem aí. Até o sexo ficou violento.

Outra questão muito importante que surgiu na entrevista grupal foi o desejo de algumas participantes em oferecer um futuro diferente às filhas, seja por mais possibilidade para estudar e ter oportunidades de vida, seja por mais liberdade, para elas e para as filhas, como disse a Marielle, senhora de 71 anos: “*Eu vejo da maneira que ela explicou aí. A liberdade nossa não foi conquistada.*”. Todavia, houve uma participante, Rosa (E1) que entendia a liberdade e o direito ao trabalho como uma função de sobrecarga para as filhas, questionando até que ponto era positivo para as mulheres:

[...] quando eu estava preparando minha filha para a vida, eu comentava isso com ela:

“no dia a dia, hoje em dia, vocês pensam assim”. Então, o certo nós, como mãe, agora no atual é isso: dar estudo, para elas poderem se preparar para poder não fazer que nem eu. Eu sou faxineira até hoje, sou diarista. Fui criada mais para roça, esse tipo de coisa assim. Então, era isso que eu falava para ela. Com o estilo de vida que está tendo agora, você vai ter que ter uma profissão para você trabalhar, para poder ter alguém para poder estar te auxiliando. Só que isso, para mim, é o seguinte: melhora uma parte, a do trabalho físico. Mas, acarreta mais um problema para ela de cabeça, porque aí ainda tem que pensar no profissional que está cuidando da casa dela e coisa e tal. Então, é só mais um problema. Entendeu? (Rosa - E1)

A partir desse momento, Iná (E5) e Clara (E7) também participaram da conversa, como podemos ver na sequência:

Mas, eu acho que as de hoje preferem esse problema aí. (Iná - E5)

Minha filha, não! (Rosa -E1)

Ela prefere igual o tempo nosso? [...] Ah, então minha filha já pensa igual homem [...]

Ela não gosta de depender de ninguém. Ela não gosta que ninguém controle a vida dela.

Ela gosta de ser dona do destino dela, da cabeça dela. Ela casou porque ela fala que é muito importante a pessoa dividir a vida com alguém. Que ela não está casando para ser inferior a ninguém. (Iná - E5).

Eu ensinei minhas filhas a ter um trabalho para pessoa que elas forem viver junto ver que elas são independentes, que elas têm condição de sobreviver sozinhas. Não ficarão dependendo de salário de marido, pedindo as coisas. Eu não quero a vida que eu tive para elas. Eu ensinei. Ensinei a não ter muito filho. Ensinei tudinho. Levei no médico [ginecologista] (Clara - E7)”.

Além disso, uma discussão sobre os valores e a possibilidade de experimentar novas

coisas também surgiu, até mesmo em aprender a andar de bicicleta:

Mas, assim, você vê uma pessoa que nem eu. Sou apaixonada, vejo o pessoal andar de bicicleta, falta babar. Minha mãe não deixou. Porque disse que era uma coisa de macho. Macho fêmea que falava, né? Macho fêmea. Era um negócio assim. Comprei uma lá. Estou lá pelejando para ter coragem de tentar, que eu vi uns velhos mais do que eu [risos]. (Clara - E7).

Por fim, foi perguntado em relação à possibilidade de existir diferentes formas de ser mulher no quesito relacional, afetivo e sexual. Algumas entrevistadas relataram reconhecer a existência de mais de uma forma de relação e liberdade, mas defendendo alguns valores tradicionais, como o casamento, e reconhecendo a dificuldade em mudar esses valores. Outra questão interessante é que, apesar de algumas diferenças entre Rosa e Iná durante a roda de conversa, no quesito afetivo, casamento e família elas convergiram, como podemos ver:

[Pesquisadora]: Será que toda mulher quer ter uma família, quer ter carinho? Ou tem mulher que quer ter umas relações mais igual de homem [como elas disseram em outros momentos da roda], de às vezes transar, mas de ter seu cantinho e ser isso? O que que vocês acham? Todas querem a mesma coisa ou vocês acham que não?

[Rosa - E1] - Não, não. Claro que não. Hoje em dia as mulheres [limpa a garganta]. As mulheres hoje em dia, as mais novas, não estou falando que vocês estão inclusas nisso. Mas, a maioria, né? Estão pensando assim como homem também, de verdade. Não quer saber. O negócio é transar, vai embora e tchau. E cada um, sigo a minha vida, tenho meu canto. A liberdade delas é isso. Só que tem o seguinte. É certo o que elas tão vivendo hoje, é o que a gente tem que fazer sim. Mas, ao mesmo tempo a gente tem que pensar, assim, no futuro. Porque a pessoa que vive muito essa liberdade quando novo, a tendência é ter solidão quando envelhecer, se envelhecer, né? A gente não sabe o dia de amanhã. Então, a família é tipo assim: dá trabalho, dá problema, dá complicação,

mas é o nosso porto seguro. Depois de Deus, o nosso porto seguro onde a gente pode se acolher, pode qualquer coisa, pode ser o que for é a família [...] Então, eu acho assim que é um lado que as meninas hoje estão se rebelando por uma coisa que não vai fazer bem para elas, entendeu? Elas estão se condenando a uma solidão ou sabe Deus lá o que vai acontecer. Viver só com estranhos, porque esse tipo de liberdade hoje em dia, as mães e os pais – que somos nós nessa geração passada – a maioria não aceita esse tipo de coisa, sabe? Não evoluiu. O pessoal evoluiu muito rápido e a gente não conseguiu acompanhar, né? A gente tem aquelas dobrinhas que foi criada. É aquela coisa que se a gente foi criada daquela maneira, enraíza em você.

[Iná - E5] - Eu acho que tem algumas meninas ainda que pensam desse jeito: já que os homens podem, eu também posso. Eu não conheço nenhuma. Mas, acredito que tenha. Teve amiga da S., minha filha, que casou sábado, que falou “mas, você vai casar?”. Como se fosse coisa de outro planeta [...] ela [filha] falou “vou, ué. Ainda quero ter filho”. Então, eu acredito que ainda tenha algumas meninas “se os homens podem, eu também posso”. Direitos iguais. Mas, não sei.

Capítulo 5 – Discussão

Neste capítulo, construído a partir da apresentação de Resultados em diálogo com a literatura, a discussão aborda a relação entre: gênero e saúde mental (item 5.1), Gênero, Saúde Mental, Violência contra as Mulheres Negras (item 5.2), vulnerabilidade e integralidade no cuidado (item 5.3) e a saúde mental, atenção primária e o papel da psicologia neste contexto (item 5.4). Além disso, a discussão também engloba a problematização sobre a existência ou não de sofrimento social na trajetória das entrevistadas (item 5.5) e uma reflexão sobre o processo de pesquisa e a transformação da aluna em pesquisadora (item 5.6).

5.1 Gênero e Saúde Mental

Antes de iniciarmos a discussão a respeito da relação existente entre gênero e saúde mental, é necessário retomarmos o conceito de saúde mental enquanto campo de saber e prática que envolve contextos socio-históricos, psicossociais e a complexidade das relações sociais humanas presentes neles (Oliveira, 2008). Além disso, o conceito de saúde mental aqui adotado converge com diretrizes presentes na II Conferência Nacional em Saúde Mental, como a integralidade e a cidadania nas ações de saúde, a partir da territorialização e da relação entre serviços, sujeitos e comunidades. Dessa forma, a ideia de saúde mental é pautada na superação de ideais produtivistas e hospitalocêntricos para ideais e trabalhos que visam a autonomia dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Assim, a ideia de saúde mental pode ser vista na singularização dos sujeitos ao serem compreendidos na sua subjetividade e nas suas relações com o meio social, com a cultura e a comunidade, não mais como sujeitos e corpos biológicos e patológicos (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2001).

Dentro deste contexto e de tudo que foi exposto até então nesta dissertação, a saúde mental se relaciona também com gênero enquanto dimensão importante na vida dos sujeitos,

vista inclusive nos processos de saúde e doença vividos por mulheres e homens na nossa sociedade. Essa questão apareceu no capítulo 2 desta dissertação, a partir dos estudos relacionados à fibromialgia e ao fato de que todos os artigos revisados que abordaram este tema o relacionaram com abusos, violências e sobrecarga de trabalhos vividas em grande parte pelas mulheres. Além disso, o índice de adoecimento psíquico e de TMC é maior encontrado nas mulheres (Silva & Santana, 2012) que também sofrem com a sobrecarga do trabalho doméstico (Pinho & Araujo, 2012) e em consequência à isso vivenciam uma maior incidência de pensamentos suicidas. A este respeito, na pesquisa de Macedo, Silva e Bezerra (2018), 69,9% das pessoas que tinham esses pensamentos eram mulheres.

Além dessas questões, a dimensão de gênero articulada com as questões de saúde mental também se faz presente quando, em diferentes estudos, mais de 70% dos usuários de benzodiazepínicos eram mulheres (Lira et al. 2014; Queiroz Netto, Freitas & Pereira, 2012;), na tentativa de tratar insônia e ansiedade. Por fim, devemos destacar que, na discussão sobre gênero e saúde mental, a violência também entra como uma categoria presente que afeta milhares de mulheres todos os dias e se torna questão de saúde pública há anos trabalhada na PNAISM.

Para além das questões já expostas anteriormente, ao realizarmos um resgate histórico percebemos que a associação entre mulher e loucura pode ser vista desde o surgimento da psiquiatria no Brasil, durante o século XIX, a partir de diversos relatos encontrados em fichas e prontuários da Casa de Saúde Dr. Eiras. Em uma das fichas, a menstruação de M. J. aos 14 anos, considerada tardia, era responsável pelas epilepsias que ela sofria, sendo diagnosticada como mulher com “histeroepiléptica”. Além disso, em outros prontuários da época, foi recorrente a ideia de que o organismo da mulher estaria predisposto à doença mental, sendo os períodos da menstruação, gravidez e o parto os mais responsáveis por isso, e as cirurgias de remoção de clitóris e a maternidade como solução e cura diante da doença mental. Apesar dessa

história retratar acontecimentos e ideias referentes ao século XIX, podemos dizer que em certo ponto eles encontraram similaridade com a história da nossa décima entrevistada, Cremilda.

Cremilda teve eclampsia e diversas crises de epilepsia após sua primeira gravidez, aos 16 anos. Apesar de ter sido indicado que tomasse o anticonvulsivante continuamente, a entrevistada disse ter parado o uso após alguns anos, por desconhecer qual era sua finalidade, além de causar mal-estar na entrevistada. Dessa forma, as crises de epilepsia voltaram, todavia, ao buscar ajuda em saúde em outra cidade, os médicos não conseguiram diagnosticar as convulsões e associaram elas à gravidez, mesmo com diversos testes negativos referentes a essa possibilidade. Ao receber um encaminhamento de uma médica local para um médico da cidade de Belo Horizonte, Cremilda descobriu que sofria de um quadro epilepsia que deveria ser cuidado de forma contínua, para não sofrer com as convulsões. Dessa forma, o resgate extenso dessa história nos possibilita pensar que além da falta de orientação médica em relação ao diagnóstico e ao tratamento que Cremilda deveria ter, houve também uma falha grave em relação à dificuldade de diagnosticar a epilepsia. Pelo contrário, houve uma tentativa de diagnosticar as crises de epilepsia e convulsão à gravidez, o que nos coloca o questionamento: estaria a gravidez ainda associada aos processos de saúde/doença e loucura relacionada à mulher?

Esse questionamento também aparece na literatura acadêmica, como vemos na pesquisa de Santos (2009), onde há uma associação ainda presente entre loucura e mulheres, relacionada às questões biológicas, no estrogênio e no desregulamento psíquico- hormonal, ao invés da problematização e discussão nas relações sociais de gênero. Para Zanello (2010), as ideias do século XIX ainda estão presentes a partir do olhar biologizante em relação ao corpo feminino e à doença mental nos dias de hoje, sendo frequente olhares e intervenções médicas que consideram ansiedade e depressão relacionadas aos hormônios femininos, como o estrogênio. Este dado articula-se novamente com outro dos relato da nossa entrevistada (Cremilda [E10]),

que disse que o uso de antidepressivo foi indicado pela sua ginecologista devido à tristeza que Cremilda sentia e que agravava durante a menstruação, mesmo tendo diversas outras situações da vida que podem ter contribuído para esse sentimento, como: epilepsia, filha em estado de vulnerabilidade e violência, ter sofrido racismo quando mudou para Uberlândia, distanciamento geográfico da família, entre tantos outros.

Considerando a relação entre mulher, corpo e sofrimento psíquico, outra questão importante que apareceu nessa pesquisa foram os relatos em relação ao sofrimento devido à fibromialgia e à depressão. Primeiramente em relação à fibromialgia, esta doença crônica não transmissível (DCNT) acomete no Brasil cerca de 4,18 milhões de pessoas, dado já exposto no item 3.8 dessa dissertação, sendo a maior parte dessas pessoas, mulheres (Souza & Perissinoti, 2018 [\(<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>\)](http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis)). Diante disso, podemos utilizar esse dado e nos questionar: por que a maioria das pessoas com fibromialgia é mulher?

Infelizmente, não encontrei nenhuma pesquisa que respondesse minha pergunta acima, mas alguns estudos me permitiram trabalhar hipóteses e reflexões, os quais compartilharei mais adiante. Para autores que utilizaram uma abordagem psicanalítica (Lima & Carvalho, 2008; Silva & Rumin, 2012; Britto et al., 2014; Santos & Rudge, 2014), a fibromialgia se manifesta em mulheres com históricos de abusos sexuais na infância, pouco ou nenhum suporte social na infância e na vida adulta, dores, desconfortos, falta de desejo e prazer na vida sexual. Além disso, houve uma articulação direta entre uma não elaboração dos traumas e uma posição infantilizada na vida adulta, o que desencadeava as dores e a fibromialgia. Apesar dessa dissertação não ter investigado ou encontrado histórias de abusos sexuais na infância e dores e falta de desejo sexual na vida adulta, encontramos uma grande quantidade de mulheres com pouco ou nenhum suporte social. Entre os suporte citados, houve muito a relação com religião (Rosa, Neiva e Cremilda), com a família, principalmente filhos (Joana D'arc, Iná) e também de amiga ou algum vizinho(s) (Rosa, Joana D'arc, Cremilda). Todavia, também foi identificado a

existência de nenhum suporte, como no caso de Vitória, que cuida sozinha do filho com necessidades especiais. Em relação à infância, apenas Neiva narrou ter tido uma infância muito difícil permeada por situações de alcoolismo do pai e rejeição de sua mãe a ela.

Ainda em relação as mulheres que sofriam com fibromialgia, três eram casadas (Joana D'arc, Iná e Cremilda) e apenas a Joana D'arc parece ter tido uma mudança em alguns papéis sociais de gênero, o que ela conta a partir do entendimento do marido e dos filhos quando ela não está bem e se ausenta de qualquer atividade doméstica, o que passa a ser realizada pelos outros integrantes da família . Já no caso de Iná, houve relatos sobre a não compreensão do seu marido em relação às dores e às intensidades delas “*meu marido não acredita nessas dores minhas. Ele diz que não tem cabimento as dores ser assim*”. No caso de Cremilda, não houve resultados que pudessem associar com essas questões, o que nos faz pensar na manutenção dos papéis sociais enquanto responsável pelas atividades domésticas e a compreensão da doença mais encontrada no seu suporte social, no caso no pastor, religião e vizinha. Na literatura, uma pesquisa de Macedo et al. (2015), estudou a fibromialgia a partir das representações sociais de casais, demonstrando a visão do adoecimento para homens e mulheres entrevistados, explorando as mudanças na vida cotidiana e permitindo uma aproximação com a ideia de relações sociais de gênero. Nesse artigo, os autores encontraram uma dificuldade e demora da realização do diagnóstico de fibromialgia, o que relacionou com alteração de papéis sociais nos casais entrevistados, uma vez que as dores sofridas pelas mulheres fizeram com que redistribuíssem entre os parceiros as tarefas domésticas.

Na pesquisa de Oliveira et al. (2019), a partir de um grupo com 12 mulheres com diagnóstico de fibromialgia, os autores traçaram características de que as mulheres “possuem um perfil psicológico com nível de exigência muito alto, geralmente são perfeccionistas e possuem transtorno obsessivo-compulsivo, fazendo com que a sobrecarga de atividades seja ainda maior, pois acabam assumindo excesso de trabalho” (Oliveira et al., 2019, pg. 3). Quando penso nessas características relacionadas às mulheres com fibromialgia, desassociadas de

questões sociais que influenciam para que elas possam agir dessa maneira, me questiono: se aceitarmos a ideia de que algumas mulheres são naturalmente exigentes e por isso preferem ter tarefas e trabalhos dobrados ou triplicados, de onde veio isso? Quais são as construções sociais em relação à figura da mulher? E à figura do homem?

Diante disso e em relação aos resultados dessa dissertação, percebo que entre as seis mulheres com fibromialgia, todas de certa forma assumem diversas funções que possam agravar a sua saúde, como serem (ou terem sido) cuidadoras de pessoas adoecidas (como vimos nos casos de Rosa, Vitória e Neiva) ou cuidadoras de filhos e das tarefas domésticas da casa (Iná e Cremilda), e também Joana D'arc no excesso de trabalho principalmente durante os anos em que morou na Europa, todas realizando atividades em praticamente todos os turnos do dia. Diante disso, o que quero apontar com essas articulações é que poucas mulheres entrevistadas escolheram ou tiveram outras possibilidades a não ser exercerem essas tarefas, de forma praticamente exclusiva e solitária, devido aos padrões de gênero socialmente colocados como a mulher enquanto cuidadora da família, da casa, dos filhos, além de muitas vezes conciliar com trabalhos fora de casa. Dessa forma, será que a razão da maioria das pessoas que sofrem com fibromialgia serem mulheres não está relacionada a esses padrões de gênero e à sobrecarga de trabalho, pouco suporte social e violência sexual e de gênero? Onde estão as articulações entre adoecimento físico, psíquico, social? Além disso, pensando agora em outras categorias associadas e importantes nessas discussões, onde estão os recortes de classe, cor, raça e sexualidade nos estudos?

Dentro dessa ideia, nesta dissertação quase todas as mulheres entrevistadas narraram ter iniciado o sofrimento psíquico e a fibromialgia após casadas ou ao exercerem atividades de cuidadoras dos sobrinhos, netos, filhos, sogros, mães, irmãs e cunhados, sem apoio ou auxílio na realização dessas tarefas de cuidado, além do fato de muitas terem a renda econômica mais baixa e contarem com bolsa família (Rosa) ou LOAS (Vitória), convergindo novamente com a pesquisa de Santos (2009). Na pesquisa de Santos (2009), ao entrevistar homens e mulheres

num CAPS, do interior de São Paulo, percebeu-se que no caso das mulheres mais velhas ou de classes mais populares, após o casamento e a maternidade eram comuns o aparecimento de sofrimento psíquico mais intenso. Todavia, mesmo adoecidas, as mulheres ainda desempenhavam funções relativas ao cuidado dos filhos, dos maridos e ainda aos afazeres domésticos. Outro fator importante foi a descoberta de que todos os usuários do CAPS eram cuidados por mulheres, sejam elas mães, irmãs ou amigas como a literatura também aponta (Pegoraro & Caldana, 2008; Braga & Pegoraro (2020).

Além disso, aparecem nesta dissertação dados relacionados à sobrecarga emocional e física das mulheres ao cuidarem de parentes, mesmo quando estavam severamente adoecidas pelo câncer (Rosa e Marielle), pela Fibromialgia (Rosa, Vitória, Neiva) ou pela saúde mental (Madalena, Clara). Também estiveram sob sobrecarga financeira, muitas vezes contando com a ajuda de grupos religiosos, políticas públicas como Bolsa Família e LOAS e as vezes vizinhos nesse processo. Por fim, a preocupação com que o familiar pudesse fugir também esteve presente na história de duas entrevistadas, na de Clara ao cuidar do seu filho na época usuário de crack e outras substâncias, mas principalmente na história de Madalena, que ainda cuida do cunhado que possui diagnóstico de esquizofrenia e também utiliza álcool e outras substâncias, como ela disse *“tenho que vigiar ele 24h por dia, ele não pode ficar aqui devido ao bar [que está localizado em frente à sua casa]. Imagina se ele arruma encrenca pra mim quando meu marido não estiver aqui?* Na pesquisa de Pegoraro e Caldana (2006), a partir de entrevistas com cuidadores de usuários de um CAPS também no interior paulista, elas observaram que dos nove cuidadores, oito eram mulheres. Entre as falas, há relatos de sobrecarga financeira, muitas vezes sendo necessário auxílio financeiro de vizinhos, amigos ou familiares. Além disso, houve relatos de sobrecarga emocional e física devido ao cansaço, à exaustão e ao cuidado também de netos e filhos, não apenas dos usuários do CAPS, fazendo com que muitas vezes os cuidadores recorressem aos maridos ou parceiros como suporte social. Ou seja, as entrevistadas solicitaram auxílio e o recebiam, não sendo um gesto espontâneo da rede apoio.

Dentro dessa ocupação como cuidadora, Madalena também narrou que de tempos em tempos opta pela internação psiquiátrica do seu cunhado para ajudar no seu cansaço físico e emocional, marcado principalmente pela insônia, exaustão e pressão alta. Esse dado também foi encontrado na pesquisa de Braga e Pegoraro (2020) onde a sobrecarga física, emocional e financeira das cuidadoras influenciava os familiares em sua opção pela internação da pessoa em sofrimento psíquico, como uma forma de aliviar a sobrecarga.

Dessa forma, há uma articulação entre a figura da mulher e as tarefas de cuidado, tanto em relação aos familiares adoecidos quanto às tarefas de casa. O excesso de tarefas e o baixo suporte social pode levar grande parte das mulheres à sobrecarga emocional, podendo ser manifestada a partir da depressão, como foi encontrado nesta pesquisa de mestrado. De acordo com Dantas (2016), mesmo que boa parte da literatura acadêmica ainda associe em primeiro lugar a depressão da mulher às questões biológicas, seguido pelo uso de álcool e outras drogas, mulheres que exercem funções de cuidado e as violências sofridas por elas, podem conviver com a depressão.

Neste estudo, as mulheres relataram ter sofrido violência tanto na infância quanto na vida adulta a partir de parceiros íntimos, gerando graves consequências nas suas vidas, entre elas: desemprego, queixas de saúde física e de saúde psíquica. De acordo com Dantas (2016), a partir de um estudo com nove mulheres de diferentes classes sociais e raças/etnias diagnosticadas com depressão, entre 25 a 59 anos, houve relatos frequentes que denunciaram sobrecarga em atividades domésticas e da vida conjugal/amorosa, pouco ou nenhum suporte familiar e algumas situações de violência doméstica, sendo comum o sentimento de solidão, tristeza e culpa. As situações de violência também foram identificadas no estudo de Frazão et al. (2019) com 29 mulheres diagnosticadas com depressão.

Considerando os estudos que encontraram a depressão associada às situações de violência contra à mulher, o Atlas da Violência do ano de 2019 apontou que as taxas de homicídio de mulheres dentro dos lares aumentaram 27,6% no período entre 2007 a 2017, tendo

o acréscimo de 29,8% do uso de arma de fogo nos homicídios relacionados. Além disso, 536 mulheres foram vítimas de agressão física a cada hora no ano de 2018. Outro dado importante é que 61% das vítimas de feminicídio nos anos de 2017 e 2018 eram negras (<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>)

Diante dessas situações de violência e desrespeito aos direitos humanos das mulheres, a lei nº 11.340, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, foi criada em 2006 com finalidade de coibir as manifestações de toda forma de violência contra as mulheres. Considerando as quatro formas de violência existentes (física, psicológica, sexual e patrimonial) a lei tem o objetivo de prevenir, punir e erradicar as violências, amparadas em diversas medidas protetivas e assistenciais às mulheres, como por exemplo: suspensão da posse ou restrição do porte de armas (no caso de pessoas autoras de violência que possuem acesso a armas, como os ex-maridos de Rosa (E1) e Clara (E7) da minha pesquisa); afastamento do autor da violência do lar da mulher (independente se ele for o proprietário ou não da residência) e proibição do contato e aproximação da vítima e dos familiares dela. Além disso, o juiz pode determinar algumas liminares, como por exemplo a restituição de bens que foram indevidamente subtraídos pelo autor da agressão à mulher em situação de violência patrimonial, neste caso podemos lembrar da entrevistada Marielle (E6) que narra ter tido a casa assaltada pelo ex-marido (Brasil, 2006).

Outra categoria que tem demonstrado estar diretamente associada ao adoecimento psíquico e à violência contra as mulheres é a baixa condição socioeconômica, muitas vezes vinculada ao desemprego. Soibet (2018), ao escrever a respeito das mulheres pobres e a violência no Brasil urbano, resgata aspectos históricos desde o século XIX que denunciam diversas violências sofridas pelas mulheres pobres, tanto relacionadas à sua condição de mulher, quanto de pobreza. A partir da urbanização do país e a derrubada dos cortiços, diversas mulheres e famílias ocupavam cada dez mais as ruas e praças, gerando conflito com a ordem policial que restringia alguns locais os quais as camadas populares não poderiam frequentar. Essa situação foi ainda pior para as mulheres, uma vez que, além de perder as casas, o local da residência era

o local de trabalho onde organizavam, limpavam, lavavam, cozinhavam e cuidavam de crianças tanto para sua própria família quanto para outras, sendo uma possível fonte de renda para elas.

Ainda de acordo com Soibet (2018), as mulheres das camadas populares fugiam do estereótipo da mulher submissa, delicada, gentil e recatada da época uma vez que trabalhavam arduamente, brigavam e discutiam com seus parceiros, lutando contra a posição subalterna imposta a ela. Além de viver em situações e condições de vida precárias, eram frequentes as violências que sofriam dos parceiros, muitas vezes sendo agravadas pela questão do desemprego e alcoolismo dos agressores. Diante dessas situações, não foram poucos os casos de mulheres que se defenderam e chegaram a matar os seus parceiros em legítima defesa. Apesar do rigor jurídico e da sociedade extremamente patriarcal e machista, algumas mulheres conseguiram provar e utilizar seu papel de provedoras do lar, trabalhadoras e mães para conseguirem a absorção dos casos em situações que os maridos eram desempregados, alcoólatras e que fugiam do ideal de homem economicamente independente esperado para a sociedade.

Apesar de que Soibet (2018) apenas tenha demonstrado um pouco da história das mulheres pobres brasileiras nos anos de 1890 a 1920, essa realidade ainda parece comum nos dias de hoje. Na pesquisa de Silva e Santana (2012), os dados apresentados mostram que há uma relação e incidência maior de violência nas mulheres em situação de desemprego e baixa escolaridade, o que também contribui para o aumento de depressão e outros Transtornos Mentais Comuns (TMC) nessa população. Para Pinho e Araújo (2012), também houve uma prevalência de TMC em mulheres pobres e negras que recebiam até um salário mínimo, viviam em condições precárias de moradia e com escolaridade até ensino fundamental completo.

5.2 Gênero, Saúde Mental, Violência contra as Mulheres Negras

Diante do que foi exposto até o momento, principalmente na relação existente entre violência, baixas condições socioeconômicas e sofrimento psíquico, é necessário também

destacar o recorte de raça para essas questões. No caso desta pesquisa de mestrado, esta questão se tornou um grande limite uma vez que não foi realizado durante as entrevistas nenhuma pergunta em relação à identificação de cor e raça pelas mulheres.

Todavia, para representar de alguma forma a categoria raça, enquanto pesquisadora tentei identificar as identidades com base no fenótipo, nas histórias e nas vivências que as mulheres me contaram durante a entrevista. Dessa forma, abordei nos resultados que cerca de quatro mulheres seriam pardas (Rosa, Vitória, Iná e Clara), duas negras (Marielle e Cremilda) e quatro brancas (Neiva, Joana Darc, Madalena e Florência). É importante destacar inclusive que entre as quatro mulheres que narraram situações de violência sofridas por ex-parceiros, uma poderia ser identificada como parda (Rosa) tendo sofrido violência física e psicológica, uma negra que sofreu violência patrimonial (Marielle) e duas brancas (Clara e Florência) que sofreram violência física e psicológica. No caso específico de Marielle, é interessante refletir que ela foi a única destas mulheres que possuía emprego fixo e assegurado enquanto seu ex-marido estava desempregado, desta forma sendo a provedora financeira da casa, além de ser a única mulher que não relatou violência física e psicológica entre as entrevistadas que descreveram situações de violências. Além das violências psicológicas, físicas e patrimoniais relacionadas aos ex-parceiros, é importante lembrar e destacar uma outra forma de violência como no caso da situação de racismo que Cremilda narrou ter vivido, onde apontamos aqui no item 4.1, em que ela foi vítima de racismo dentro de um ônibus municipal, por uma pessoa desconhecida. Acreditamos que o racismo se enquadra enquanto um tipo de violência estrutural e mais complexa, sendo importante ser estudado principalmente a partir de outras categorias, como gênero.

Como dito anteriormente, o Atlas da Violência de 2019 apontou que 61% das vítimas de feminicídio nos anos de 2017 e 2018 eram negras (<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>). Além desses dados brutos relacionados às mortes, é necessário compreender que a realidade das mulheres

negras é permeada por diversas violências, sendo necessário estudá-las a partir de várias categorias. Para Alcântara (2019), a interseccionalidade surge enquanto um instrumento metodológico que analisa diversas opressões “que se desenvolvem a partir de um arranjo estrutural, no qual as questões de gênero, raça e classe estão correlacionadas, deixando, assim, as mulheres negras mais expostas e vulneráveis” (Alcântara, 2019, p. 87).

Para entender melhor essa questão, Alcântara (2019) resgatou o conceito de racismo enquanto estratégia de dominação que desqualifica as pessoas negras em relação às pessoas brancas a partir de aspectos que envolvem desde o âmbito político quanto o cultural, social e econômico. A autora também resgata a história brasileira ao lembrar que o país foi o último a abolir a escravidão, além de ter teorias racistas em relação a superioridade do trabalho desenvolvidos por brancos e imigrantes em detrimento dos negros. A partir desses fatores foram incorporados na sociedade brasileira padrões sociais que desvalorizavam a cultura negra e buscavam o ideal branco europeu, afetando a construção de identidade do povo brasileiro.

Diante dessas questões, a mulher negra está exposta à diversas violências, tanto relativas aos padrões de embranquecimento quanto à violação dos seus direitos, como por exemplo a dificuldade que elas têm ao acesso aos serviços de saúde. Isso pode ser explicado por diversas situações de racismo praticadas por profissionais de saúde (Alcântara, 2019), apesar dos esforços e medidas tomadas nos últimos Planos Nacionais de Atenção Integrada à saúde da mulher para combater o racismo no SUS, como foi colocado no capítulo 2 desta dissertação.

Ao trabalhar mais especificamente a questão da mulher negra e a saúde mental, pouca literatura acadêmica foi encontrada a respeito desse tema. Damasceno e Zanello (2018) problematizam que inclusive há poucos estudos envolvendo saúde mental e a população negra no geral, sendo necessário pesquisas no âmbito da saúde que investiguem o racismo existente na sociedade e no sistema público de saúde, valorizando inclusive autores e pesquisadores brasileiros e latinos.

No estudo de Prestes e Paiva (2016), outra questão importante levantada foi a

problematização do perfil de mulher “guerreira” encontrada em mulheres negras em situação de sobrecarga doméstica, emocional e econômica. Prestes e Paiva (2016) e Silva e Chai (2018) articulam que muitas mulheres negras e pobres se encontram em situação de vulnerabilidade a partir de precárias condições de moradia, violências conjugais, grande número de filhos e pouco ou nenhum acesso à serviços de saúde, contribuindo fortemente para o adoecimento delas. Diante dessas questões, no tópico seguinte abordaremos a ideia de vulnerabilidade e cuidado.

5.3 Vulnerabilidade x Integralidade no cuidado

De acordo com o que foi exposto até o momento, podemos observar que muitas vezes o sofrimento psíquico e o adoecimento estão relacionados às situações de vulnerabilidade. Considerando as entrevistas que foram realizadas e os estudos consultados nesta dissertação (Meyer et al. 2006; Gama, Campos & Ferrer, 2014; Prestes & Paiva, 2016; Castellanos, Baptista & Ayres, 2018), a vulnerabilidade se encontra ainda mais presente nas mulheres, uma vez que elas que lidam com maior frequência com a sobrecarga doméstica, a violência de gênero, a fibromialgia, a ansiedade a depressão e, também com desigualdades salariais e às vezes poucos recursos financeiros.

De acordo com o que foi exposto no capítulo 1, pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade surgiu na década de 1980 a partir da epidemia de HIV/AIDS e a tentativa dos profissionais de saúde, movimentos populares e diversas instituições em acolher e cuidar do grande adoecimento da população. Nesse contexto, foram desenvolvidas atuações interessadas no saber popular, cultural, nas condições pessoais, sociais e institucionais que poderiam levar uma comunidade ao adoecimento ou à saúde. Assim, essa abordagem de saúde se diferenciou da ideia de risco que se interessava apenas em instruir a população de conhecimentos técnicos e especializados para tratar e prevenir os riscos às doenças, excluindo o olhar social e cultural diante dessa questão (Castellanos, Baptista & Ayres, 2018; Meyer et al., 2006).

Ainda de acordo com o conceito de vulnerabilidade apresentado no capítulo 1, e a

interrelação entre os três componentes: (1) sujeito, (2) social e (3) instituições, podemos dizer que as mulheres entrevistadas nessa pesquisa se encontram em altas condições de vulnerabilidades. Isso pode ser ilustrado uma vez que: (1) poucas delas possuíam conhecimentos e informações em relação à depressão e à fibromialgia, tendo acesso apenas nos serviços de saúde, após diversos médicos consultados; (2) as escolas, instituições jurídicas e sociais apareceram poucas vezes enquanto recursos para essas mulheres, geralmente relacionados a algum auxílio financeiro. Em outros momentos, o componente social aparece enquanto local de situações de sofrimento como no caso de Vitória, que foi criticada pela escola em relação ao comportamento do filho e disseram que ela não sabia ser mãe; ou em relação as dificuldades relacionadas ao trabalho e às doenças, como no caso de Rosa que trabalha enquanto diarista mesmo impossibilitada pelo câncer no intestino e a fibromialgia, ou a Joana D'arc e Neiva impossibilitadas pela depressão e fibromialgia; (3) Por fim, ainda que a fibromialgia e a depressão aparecem em várias pessoas, há poucos programas locais que discutem e oferecem acolhimento a essas questões. No caso das mulheres das entrevistas, o maior apoio percebido era desenvolvido pela psicóloga da UBS. Além disso, no passado, foi percebido apoio a partir do trabalho coordenado por um profissional da fisioterapia, que realizava um grupo sobre fibromialgia dentro da unidade de saúde.

Diante dessas questões, as mulheres aqui entrevistadas, antes de sentirem dores relacionados à fibromialgia e ao sofrimento relacionado ao cansaço e à depressão, possuíam práticas de saúde menos frequentes, dedicando o seu dia principalmente ao cuidado dos outros. Todavia, a partir do surgimento das dores e dos adoecimentos, é importante destacar que elas se movimentaram e buscaram ajuda nos serviços de saúde com médicos, psicólogos, fisioterapeutas, além de suporte na religião e na relação com os vizinhos e família. No artigo de Bertolozzi et al. (2009) os autores destacam que a forma como as pessoas compreendem os processos de saúde e doença irão influenciar pela busca da saúde de forma mais ativa ou passiva pelo sujeito. Além disso, para Cecílio (2014), é importante destacar que há quatro formas de

regulação da saúde, que inclui tanto a regulação governamental que podemos associar às aquelas presentes no dia a dia dos serviços, quanto à regulação do leigo, diretamente ligada ao conceito de itinerário terapêutico, é caracterizado como os sujeitos que se reinventam em busca de saúde com saber popular e recriam outros arranjos e caminhos possíveis de saúde.

A partir desses aspectos, é imprescindível refletir que a vulnerabilidade dos sujeitos envolvem diversas questões existentes na sociedade como trabalho, educação, moradia, transporte, liberdade além dos componentes emocionais como felicidade, afetividade e criatividade (Bertolozzi et al., 2009). Como todos esses componentes estão presentes no nível institucional, econômico e cultural, além de estarem relacionados à política, Oliveira e Cutolo (2018) apontam que “distribuição de renda, justiça social, redução das iniquidades se fazem com política, não com ações multiestratégicas sanitárias. Não é possível efetivar qualquer uma das categorias descritas em Estado neoliberal” (Oliveira & Cutolo, 2018, pg. 149). Neste ponto, ao retomarmos o conceito de vulnerabilidade, é importante dizer que apesar de ter sido feita uma separação entre os componentes institucional, social e sujeito, todos eles se relacionam mutuamente na prática. Podemos exemplificar isso pelos fatores descritos por Oliveira e Cutolo como distribuição de renda, justiça social e redução das iniquidades que dependem e influenciam os três componentes da vulnerabilidade.

Dessa forma, com o aumento do neoliberalismo e da retirada de direitos e políticas sociais da população, há um aumento das desigualdades e do adoecimento. Ao mesmo tempo, na organização de movimentos sociais que lutam por uma sociedade menos desigual e mais justa “encontra-se a integralidade” (Oliveira & Cutolo, 2018, pg. 149), termo encontrado na Reforma Sanitária brasileira e importante na compreensão da relação existente entre saúde, integralidade e vulnerabilidade. Diante disso, fica o questionamento: como oferecer cuidado integral em tempos de política liberal?

De acordo com a história do SUS e o conceito de integralidade adotado no capítulo 1, observamos que as mulheres entrevistadas nesta pesquisa narraram um itinerário terapêutico

marcado por cuidados médicos, medicamentosos, fisioterápicos e psicológicos a partir de serviços públicos de saúde. Se, por um lado, isso passa a impressão de integralidade de cuidados, que vai além de uma parte isolada biológica ou patológica, esse “cuidado” não parecer incluir os aspectos sociais, culturais e pessoais da vida das usuárias. Dessa forma, prevaleceram nesta pesquisa modos de atendimento centrados na clínica tradicional, atendimentos individuais e marcados, apesar de que muitas das mulheres tivessem histórias similares e carecessem de suporte social e espaço de reflexão e acolhimento, o que poderia ser desenvolvido em atividades grupais dentro da unidade de saúde, como diversas outras ações e atividades em território e em suas residências. Assim, apesar de que em alguns casos os atendimentos ocorreram de forma multiprofissional, não havia integralidade entre os profissionais. Todavia, cabe ressaltar que apesar disso a maioria das mulheres pesquisadas estavam satisfeitas com os serviços de saúde e se sentiam contempladas nas três principais demandas: ajuste de medicamentos, atendimentos psicoterápicos e algum cuidado com outro sintoma que possa aparecer. Esse exemplo privilegia-se o tratamento a partir da procura do serviço pelo usuário e demonstra uma lógica ainda muito individualista e curativa presente na APS, ao invés de uma lógica social de promoção e prevenção na mesma medida, a partir da relação entre serviço de saúde, território e comunidade.

Diante disso, cabe lembrar que a integralidade, terceiro princípio doutrinário do SUS, se apresenta enquanto um compromisso de olhar o sujeito além das suas necessidades biológicas e dos processos de saúde/doença, ao incorporar o olhar em relação à cultura e ao meio social existente. Dessa forma, a partir do conceito de integralidade as ações em saúde são desenvolvidas com o objetivo de promover, prevenir e tratar doenças como também reinserir os sujeitos em sociedade, envolvendo as três esferas políticas e diversos profissionais de saúde em prol da maior qualidade de vida de toda a população (Brasil, 2003). Como o conceito de integralidade está cada vez mais presente nas ações em saúde e na literatura acadêmica, para Oliveira e Cutolo (2018) é necessário algumas reflexões e cuidados na utilização do termo. Diferente da forma como muitas vezes é utilizado, como no sentido de ver o indivíduo como

um todo, integralidade é na verdade reconhecer e responder às necessidades dos sujeitos a partir de um cuidado interdisciplinar, intersetorial e humanizado. Além disso, para Oliveira e Cutolo (2018), a integralidade supera o conflito dicotômico existente entre saúde e doença o que Carnut (2017) justifica a partir da utilização das estratégias de humanização em saúde. Essas estratégias superam as ações tecnicistas ao adotar um olhar em saúde preocupado com a dimensão subjetiva, social e cultural que o sujeito está inserido.

Pensando nas dificuldades relacionadas à implementação da integralidade, foi observado nas entrevistas com as mulheres a prevalência do modelo tradicional nas consultas que se estendiam desde o clínico geral até o profissional de psicologia, sendo feito a partir de hora marcada e consultas individuais. Assim, esses dados exemplificam algumas das dificuldades de desenvolver a integralidade na prática, enquanto princípio doutrinário do SUS no serviço de saúde.

Diante disso, alguns dos nossos dados corroboram com Silva (2015) que a partir de uma revisão bibliográfica exploratória encontrou que os maiores desafios para a implementação da integralidade se devem às ações fragmentadas e trabalhos realizados a partir da lógica tradicional, com agendamento de consultas ou realização de programas à grupos específicos como gestantes, diabéticos, crianças, entre outros. Essa forma de cuidado impede a interação multiprofissional da equipe com a comunidade e os usuários, prevalecendo o olhar biológico em detrimento das questões sociais e culturais que envolvem o sujeito nos processos de saúde e adoecimento. Nesta pesquisa, isso pôde ser visto com o profissional de psicologia realizando funções proibidas pelo código de ética da profissão, como orientações medicamentosas aos usuários.

Em outra pesquisa bibliográfica realizada por Nunes e Vidal (2019), as autoras também encontraram que entre os maiores desafios para implementação da integralidade está a prevalência do modelo biomédico centrado e o interesse pela doença, riscos, aspectos epidemiológicos e o tratamento exclusivamente farmacêutico. Outro aspecto apontado pelas

autoras foi a importância do diálogo entre os diferentes níveis de saúde (loca, estadual e federal) a partir do respeito às diversidades e necessidades de cada população.

Outra questão que deve se discutida é a relação entre gênero, no caso, mulheres e integralidade. No caso desta pesquisa, as mulheres relataram idas ao serviço devido a dores relacionadas à fibromialgia ou o sofrimento relacionado à depressão ou à tristeza, sendo algumas vezes atendidas por médicos ginecologistas, como foi o caso de Cremilda. Todavia, em nenhum momento foi relatada a presença e a ajuda dos serviços de saúde em relação às questões sociais presentes na vida das mulheres, como a questão da violência sofrida pelos ex-parceiros. Esses dados nos fazem questionar se a violência contra as mulheres tem sido um tema para a saúde, como também o pensamento que os cuidados em saúde parecem ocorrer a partir de um modelo biomédico. Isso pode ser visto na associação entre menopausa, hormônios e depressão, como foi o caso de Cremilda, e pouca reflexão e articulação entre ser mulher e ser “*mais uma sofredora*”, como Clara narrou em sua entrevista marcada por violências e dificuldades.

Dessa forma, nossos dados diferem daqueles presentes no PAISM e no artigo de Coelho et al. (2009) sobre o PAISM ter rompido com a ideia da mulher enquanto corpo reprodutor ao expandir o olhar para ações em saúde de forma integralizada, diferente do modelo biomédico antes proposto. Todavia, em relação à pesquisa de Medeiros e Guareschi (2009), nossos dados se aproximam, uma vez que esse artigo retratou que apesar dos programas e políticas em saúde da mulher terem expandido o olhar às demandas e necessidades desse público, ainda existem ações voltadas ao corpo da mulher como mamas e útero, invisibilizando construtos sociais relacionados à mulher, saúde e sociedade.

Para Coelho et al. (2009), a integralidade das ações em saúde da mulher é definida enquanto cuidado e resolutividade diante das demandas que envolvem tanto as questões do ciclo vital feminino quanto dos contextos sociais vivenciados. Assim, é necessária a valorização das categorias de gênero, raça/cor, classe e idade envolvidos nos processos de saúde e adoecimento

das mulheres. Todavia, na prática diária dos serviços de saúde muitas vezes a integralidade não é adotada enquanto forma de trabalho pela equipe.

Ainda no estudo de Coelho et al. (2009), a partir oficinas realizadas numa UBS em Salvador com 14 profissionais de saúde, as autoras encontraram que o modelo de atendimento às mulheres ainda está pautado no modelo biológico e clínico. Para os profissionais de saúde este fator causa desrespeito às mulheres e não permite a integralidade dos cuidados uma vez que: há dificuldade do acesso das mulheres à unidade; há ausência de acolhimento na unidade; existe pouca resolutividade nas ações em saúde, dificuldade a formação de vínculo entre profissionais e usuárias; muitas vezes elas são mal atendidas; o acesso às consultas médicas, para conseguir o anticoncepcional, são difíceis e muitas vezes quando são atendidas já estão grávidas; há relatos de ausência de atendimentos médicos por recusa do profissional. Além disso, os profissionais de saúde não participam do planejamento das ações em saúde na unidade e só cumprem o que foi solicitado, mesmo reconhecendo as diversas falhas do serviço e as violências que as mulheres estão expostas, inclusive na relação com os parceiros. De acordo com a pesquisa, apesar do reconhecimento dessas questões, há pouca mobilização dos profissionais.

Na pesquisa de Xavier et al. (2015), realizada por meio de entrevistas, observações e análises documentais em três EqSF no interior da Paraíba, as autoras também encontraram diversas dificuldades e irregularidades nos serviços que impediam a implementação da integralidade nas ações em saúde. Entre elas, foram vistas que o acolhimento não é compreendido enquanto possibilidade de escutar as usuárias e conhecer suas vulnerabilidades, mas sim enquanto escuta de queixas; não há atividades educativas em saúde, apenas orientação a nível individual de acordo com as queixas das usuárias; a violência é silenciada no serviço durante os atendimentos e não é trabalhada em termos de educação; os exames físicos não são completamente realizados e os exames de mama e ginecológico são incompletos; na anamnese não são investigados em todos os atendimentos os hábitos pessoais como álcool, tabagismo e

uso de outras drogas, como também o ciclo menstrual da mulher, sendo focado mais para a investigação de câncer; visitas domiciliares são feitas exclusivamente para mulheres em estado puerperal ou gravemente adoecidas.

Essas pesquisas demonstram as dificuldades relacionadas à implementação da integralidade das ações em saúde de diversos municípios brasileiros. Apesar do recorte dos artigos relacionados às mulheres relacionar-se em boa parte à região nordeste, com diferentes indicadores sociais e econômicos, muitas dificuldades também são vistas na região sudeste, principalmente no interior e nas regiões periféricas. No caso específico da UBS onde ocorreram as entrevistas desta dissertação, apesar de se tratar de uma região com bons indicadores econômicos e sociais, alguns dos desafios observados para a implementação da integralidade foram relacionados ao silenciamento pelo serviço de saúde quanto à violência que muitas mulheres já sofreram; programas em saúde pautados em grupos focais especificamente a populações específicas como gestantes, hipertensos, pessoas com depressão e fibromialgia; e psicoterapia realizada exclusivamente a nível individual, apesar da similaridade de diversas demandas das mulheres com fibromialgia e depressão, o que poderia justificar a implementação de práticas grupais de cuidados.

Dessa forma, os resultados e os artigos consultados demonstram a necessidade de superar desafios políticos, sociais e institucionais para a implementação da integralidade em todo o âmbito das ações em saúde pública, em especial da saúde da mulher, área central desta dissertação. Esses desafios perpassam tanto no modelo clínico adotado nas consultas e na instituição, quanto no ocultamento de questões importantes como relacionadas à violência sofridas pelas mulheres.

5.4 Saúde Mental e APS: O uso de psicotrópicos e a Psicologia neste contexto

No caso das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, a APS cumpriu de fato o papel de porta de entrada para os cuidados em saúde, sejam eles a partir da ginecologia ou por meio do clínico geral e reumatologista. Em outras situações, nos casos de Iná e Joana D'arc, elas tiveram

contato com a UBS por meio de encaminhamentos, no caso da Iná o ortopedista de um plano de saúde privado solicitou que ela procurasse um reumatologista, e no caso de Joana D'arc isso aconteceu após ela voltar da Europa, onde ela fazia o tratamento relacionado à fibromialgia e depois, no Brasil, após um tratamento com médico naturalista na rede particular. O uso da APS para as mulheres se dá desde as consultas médicas até o acompanhamento psicoterápico e também a fisioterapia. Todavia, apesar de utilizarem diversos serviços na APS, o medicamento muitas vezes ganhou destaque ao ser o primeiro recurso utilizado para o tratamento das dores, da depressão e da insônia.

É interessante notar que, neste processo, na maior parte dos casos relacionados à fibromialgia e à depressão as mulheres colocaram a psicoterapia e a fisioterapia como recursos igualmente importantes juntos ao medicamento. Nesses casos, o profissional de psicologia foi citado como importante recurso para mudar pensamentos relacionados à culpa, como foi citado nas entrevistas (Rosa, Vitória e Iná) também foi relacionado a práticas médicas ao fazer desmame de medicamentos, orientar em relação ao uso do remédio e também às possíveis trocas de medicamentos. Esse último dado causou desconforto e surpresa para a pesquisadora uma vez que vai contra aos valores e manual de ética publicado pelo Conselho Federal de Psicologia que proíbe práticas e orientações medicamentosas, e mesmo assim foi encontrado em mais de uma entrevista, porém referente a um mesmo profissional. Como já apontado, os profissionais de psicologia não foram entrevistados nesta pesquisa, dispomos apenas da ótica das participantes sobre as orientações que declararam ter recebido. Apesar disso, para as entrevistadas essas condutas se mostraram positivas e denunciaram uma lógica burocrática e difícil no sistema de saúde, que muitas vezes atua sem contato multiprofissional e interdisciplinar. Já nos casos das mulheres que sofriam com insônia (Madalena, Marielle) o profissional de psicologia teve menos destaque em seus tratamentos, sendo ele presente apenas no caso de Marielle durante seu tratamento com o câncer e quando ela foi cuidadora da irmã, enquanto no caso de Madalena só esteve presente o medicamento, há mais de 17 anos. Importante lembrar também que no caso

de Clara, o remédio ocupou o único recurso para lidar com a ansiedade e diversas situações de violência no passado e, apesar de ter interesse ao serviço de psicologia, nunca foi encaminhada para ele.

Diante dos nossos dados, observamos que há grandes desafios em relação ao trabalho da psicologia frente às demandas em saúde mental na APS, que se caracteriza fortemente por um modelo tradicional, clínico e biomédico. Dentro desse contexto, Dimenstein (1998) traça alguns resgates históricos e críticas à profissão, ainda na primeira década de existência da APS no Brasil. De acordo com a autora, a Psicologia se desenvolveu no nosso país a partir de pressupostos teóricos da psicanálise e outras teorias universais e essencialistas em relação ao ser humano, que contribuíram para o aumento do número de faculdades de Psicologia e consultórios no Brasil. Dessa forma, os currículos profissionais tinham grande foco na clínica particular e poucos estudos e práticas na saúde pública, o que também repercutia na prática, com um número pequeno de profissionais atuando nas UBS, inclusive em Teresina, município onde foi realizada a pesquisa.

Diante disso, Dimenstein (1998) aponta que o maior desafio da atuação em psicologia era superar os conceitos e práticas da clínica particular e fechada, para buscar uma atuação nas UBS que respeitasse os objetivos e demandas da população e do serviço de saúde, com uma prática contextualizada e social. Apesar de mais de dez anos após a pesquisa realizada por Dimenstein, Boing e Crepaldi (2010) observaram que a inserção do psicólogo na atenção básica ainda é uma questão complexa e cheia de desafios, o que também foi observado nessa pesquisa de mestrado a partir de um modelo de atendimento ainda marcado pela clínica tradicional e as vezes descontextualizada. Essa prática tradicional de psicologia foi descrita pelas participantes desta pesquisa ao destacaram a escuta individual como única forma de atendimento psicológico.

Tendo em vista esses desafios, observamos que no dia a dia o serviço de psicologia não pareceu ter um planejamento a partir da demanda da população. Se, por um lado, a UBS tinha um movimento de inserir grupos focais relacionados às demandas e temáticas específicas da

população, como por exemplos uma fisioterapeuta que desenvolveu meses atrás um grupo de fibromialgia dentro da UBS, a psicologia ainda trabalhava a partir de uma lógica tradicional clínica. Diante dessas questões, cabe trazer o artigo de Dimenstein e Macedo (2012) que desenvolveram uma pesquisa, a partir de uma disciplina e estágio ofertado na UFRN e UFPI, em que compartilharam alguns requisitos importantes para a atuação de psicólogos na saúde coletiva. Entre eles, destacam-se a importância de conhecer a história do território, da comunidade e as situações de vulnerabilidade existentes; conhecer os aspectos sociopolíticos, as lideranças locais e a principal fonte de renda da população; identificar os principais problemas de saúde e o acesso que possuem aos cuidados ofertados pelos serviços de saúde ou por práticas integrativas de cuidados existentes na comunidade; identificar quais são as principais demandas existentes e quais são as formas de enfrentamento já desenvolvidas na região.

Por fim, a partir dos resultados desta pesquisa de mestrado que apontou profissionais da psicologia realizando orientações medicamentosas nos atendimentos clínico individuais, torna-se necessário trazer alguns apontamentos da última cartilha desenvolvida pelo Conselho Federal de Psicologia, em relação aos fazeres da profissão na atenção básica. Apesar das constantes atuações de clínica individualizada no contexto da saúde pública, o trabalho da psicologia na APS requer um trabalho coletivo com o NASF e as EqSF em que a psicologia trabalhe antes da construção efetiva das demandas, mas a partir do contato com o território e a população, pensando na promoção de saúde e na qualidade de vida da população (CFP, 2019).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, a atuação da psicologia deve ocorrer a partir da clínica ampliada, do contato territorial, do apoio matricial e do vínculo com a população atendida. Dentro desse contexto, deve-se desenvolver parcerias com escolas, famílias e diversas instituições dentro do território, onde a psicologia possa realizar:

atendimentos compartilhados e fazer intervenções no campo; [...] instrumentalizar a Psicologia como saber e cooperar com outros profissionais na construção de um olhar

psicológico na abordagem dos casos, e ainda oferecer algum tipo de cuidado do próprio processo de trabalho vivido nas UBSs pelas equipes de saúde. A princípio, a agenda de uma psicóloga(o) deve abarcar todas essas atividades (CFP, 2019, pg. 38).

Além disso, o trabalho da psicologia dentro da APS deve promover uma atenção integral da saúde das pessoas a partir dos conhecimentos técnicos dos profissionais das equipes de saúde, mas também a partir dos conhecimentos e estratégias já adotadas pelas populações dentro do território. Dessa forma, é necessário que a psicologia atue em prol das demandas e dos saberes populares, de forma descolonizadora. Além disso, é importante que ela acolha o sofrimento psíquico de todos os grupos, principalmente os grupos minoritários, a partir de categorias de análise como raça, etnia, gênero, entre outras (CFP, 2019).

Ainda em relação à atuação da psicologia, alguns exemplos da prática profissional na APS incluíram a elaboração de Projetos Terapêutico Singulares (PTS) pelas equipes, com o intuito de discutir e cuidar, de forma horizontalizada, de casos que envolvam diversas demandas em saúde; o compartilhamento das informações aos usuários, em relação ao seu tratamento, uma vez que é um direito seu e permite uma posição mais autônoma e ativa do usuário em relação à sua saúde; a criação de agendas compartilhadas, entre os profissionais das UBS e EqSF, com o intuito de desenvolver ações territoriais expandindo as ações em psicologia para além da clínica individual e do tratamento de transtornos mentais (CFP, 2019).

Portanto, todas essas considerações do Conselho Federal de Psicologia e os estudos realizados por Dimenstein (1998), Boing e Crepaldi (2010) e Dimenstein e Macedo (2012) contribuem para um saber e uma atuação em psicologia articulados com a APS e a saúde coletiva. Apesar de que neste trabalho de mestrado não foram investigadas as diversas formas de atuação desenvolvidas pelos psicólogos na UBS, mas a partir das entrevistas realizadas a única forma de atuação identificada foi a clínica individual, a partir de horários marcados. Além disso, tornou-se problemático e feriu a ética da nossa profissão quando houve relatos de que psicólogos estavam realizando troca de medicamentos e orientações de desmame de remédios

para algumas usuárias.

Apesar de reconhecermos que a atuação na APS é cheia de desafios e falhas, inclusive em relação à presença e orientação dos médicos aos usuários sobre os medicamentos receitados, é importante que a Psicologia nunca se esqueça do seu papel perante à população, comunidade e APS. Dessa forma, a atuação em psicologia na APS deve se pautar no conhecimento das leis federais de saúde, do funcionamento da rede e da própria instituição de saúde em que está inserida, como também do território, da comunidade e da cultura e dos saberes populares. Além disso, a Psicologia deve recorrer aos seus próprios instrumentos de trabalho como a escuta qualificada e o vínculo para atuar nas demandas dos usuários e da comunidade, como também ajudar a equipe multiprofissional a enxergar e reconhecer essas demandas e sofrimentos dos sujeitos que muitas vezes não são vistas por outros profissionais. Desta forma, ao realizar este trabalho, a Psicologia contribui para uma atuação em saúde de forma ética, coletiva e integralizada, promovendo saúde e contribuindo para a sua inserção neste campo de trabalho ainda recente e cheio de desafios.

Pensando agora em relação ao papel da APS enquanto porta de entrada dos sujeitos aos serviços de saúde, como vimos no caso da grande maioria das nossas entrevistadas, vimos que a APS oferece cuidado e acolhimento às demandas mais comuns da população. Esses cuidados podem ser relacionados tanto à saúde ginecológica quanto clínico geral, ortopedista ou reumatologista, como foi o caso de muitas mulheres da entrevista. Além disso, entre essas demandas, a saúde mental é frequentemente solicitada pelos usuários e reflete sucessos e desafios nas ações das equipes de saúde dos serviços. No caso da UBS onde foi realizada a pesquisa, ela é composta pelo modelo de UBS tradicional, sem participação do NASF. Por um tempo houve a presença de agentes comunitários e uma enfermeira no território, porém não havia a presença de médico junto nesse programa. Relacionado a essas questões, os estudos feitos por Danese e Furegato (2001), Giovanella e Mendonça (2012) e Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012) distanciam-se da nossa realidade pesquisada uma vez que esses autores

encontraram a presença do NASF para auxiliar nas demandas em saúde mental recebidas pelas UBS/ UBSF e as EqSF. Dessa forma, a APS tinha um caráter de oferecer atendimentos aos usuários a partir de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar com o NASF, visando promover a saúde mental da população, ressocializar e incluir usuários na sociedade além de dar suporte às famílias.

Além disso, no caso da nossa entrevistada Florência que sofria de depressão e teve histórico, no passado, de internações por graves crises de ansiedade, a UBS e o profissional de psicologia foi extremamente importante. Para ela, houve uma diminuição de pensamentos suicidas a partir dos cuidados feitos pelo profissional de psicologia e psiquiatria. Esses dados corroboram com o estudo de Miliauskas et al. (2019), o qual se observou que com a maior cobertura da APS nas regiões metropolitanas de Rio de Janeiro e São Paulo houve uma diminuição do número de internações nessas cidades, a partir de dados encontrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Para os autores, a diminuição do número de internações está ligada à maior cobertura, acolhimento e intervenções realizadas na APS, diminuindo o agravamento do quadro clínico de muitos usuários com sofrimento psíquico intenso.

Mais uma vez, entre os desafios existentes no dia a dia do serviço pesquisado, encontramos o modelo biomédico das consultas marcadas e também na indicação de medicamentos como tratamento exclusivo para as mulheres sem pensar nas questões sociais envolvidas. Dessa forma, esse dado nos leva a pensar na falta de preparo e capacitação dos profissionais em avaliar e atender as demandas em saúde mental. Esses dados também foram encontrados em diversas pesquisas na literatura em relação às dificuldades no cuidado à saúde mental na APS, em que foram encontrados a prevalência do modelo biomédico nos serviços de saúde, o despreparo e a falta de capacitação dos profissionais para atender demandas em saúde mental, dificuldades em relação à terceirização do trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de recursos financeiros e físicos para realizar atendimentos e, o mais frequentemente mencionado, a medicalização para tratar diversas questões sociais, como o luto (Fegadolli, Varela & Carlini,

2019; Gryscheck & Pinto, 2015; Affonso & Bernanrdo, 2015).

Em relação aos medicamentos benzodiazepínicos, que foram abordados nos capítulos 1, 2 e 3 dessa dissertação, destacamos novamente o uso prolongado em algumas mulheres. No caso de Madalena, ela fazia uso por mais ou menos 17 anos de um antidepressivo, e Florência fazia uso de dois benzodiazepínicos (clonazepam e bromazepam) há 6 meses e já havia feito uso prolongado anteriormente. Dados similares também foram encontrados na pesquisa de Fegadolli, Varela e Carlini (2019) onde os autores perceberam que o uso prolongado de benzodiazepínicos nos serviços de APS nas cidades de São Paulo e Diadema, se dava por períodos de até 15 a 20 anos por alguns usuários. Apesar de reconhecerem o uso prolongado, os profissionais não acreditam na possibilidade de descontinuação do uso nesses casos. Além disso, muitos profissionais denunciaram a lógica farmacêutica presente em que médicos receitam o benzodiazepínico, os usuários conseguiam o medicamento a partir da farmácia da unidade e quando acabam os comprimidos, os usuários conseguiam novamente a partir de médicos generalistas da APS.

Esses estudos apontam um processo de medicalização existente nos serviços de saúde que também foi encontrado na nossa pesquisa com as mulheres. Ao entrevistá-las e perguntar sobre seu sofrimento e o uso dos medicamentos, observamos que os tratamentos oferecidos foram feitos exclusivamente a partir de uma ótica individual e biológica, não havendo ligações com esses sofrimentos e questões sociais ou de gênero. Apesar disso, as mulheres se sentiam acolhidas nos serviços de saúde e buscavam entender seus sofrimentos e angústias a partir de uma lógica individual.

Isso foi muito visto no caso de Joana D'arc que, durante a entrevista, relatou não entender muito bem o processo do adoecimento e solicitou à pesquisadora a leitura desta dissertação para compreender melhor esta questão. Para a entrevistada, ela entendia que o adoecimento era devido era à algo que faltava no organismo, mas desejava saber quem estava pré-disposto a isso, uma vez que era contraditório isso acontecer com ela, já que se via como

forte e ativa. Essas questões apareceram de certa forma em todas as entrevistas ao pergunta-las sobre como entendiam o seu sofrimento. No caso de Vitória, também vimos isso a partir da fala de um médico que fez a tentativa de colocar a fibromialgia fora do campo biológico, mas ainda ligado ao individual. De acordo com Vitoria, o profissional descreveu a fibromialgia enquanto doença que surge em pessoas que querem tomar conta de todos os problemas e afazeres diários, mas não dão conta desse processo. Dessa forma, prevalece a ótica individual e as vezes até culpabilizante em relação à mulher e ao seu sofrimento. Quais escolhas e possibilidades elas haviam perante à sobrecarga das tarefas que exerciam? Como conciliar de forma equilibrada o trabalho, o cuidado de filhos e entes adoecidos, as tarefas domésticas e o seu próprio adoecimento, se muitas vezes elas estavam sozinhas? Como manter o equilíbrio se algumas se encontravam em situação de desemprego, tratando câncer e ainda familiares em situações precárias de saúde?

Essas questões convergem com o estudo de Moyses e Collares (2007), que caracterizaram o processo de medicalização como a centralização do saber biomédico para o cuidado dos sujeitos com sofrimentos e adoecimentos comuns à população, partindo da concepção que os processos de saúde/doença se referem a questões coletivas, sociais, políticas e culturais. Dessa forma, a medicalização trata do individuo por meio de saberes biomédicos numa ótica individual e reducionista, desconsiderando os saberes interdisciplinares, populares, sociais e culturais. Esse processo que nomeamos atualmente como medicalização está relacionado com o estudo de Foucault (1976) que nomeou esse processo de biopolítica.

Se relacionarmos com os resultados dessa pesquisa, observamos esse controle dos corpos a partir do olhar individualizante em relação às mulheres, seus sofrimentos e o uso dos medicamentos e tratamentos de saúde no geral dentro das unidades de saúde. Além disso, isso foi vivenciado por muitas delas quando relataram os efeitos colaterais dos remédios impedindo na realização de tarefas simples do seu dia a dia, na impossibilidade de conseguir emprego formal fora de casa. Além disso, muitas relataram tontura, moleza, vômito e se sentirem dopadas

com os medicamentos. Esses dados nos levam a refletir que, em alguns casos, os medicamentos talvez serviram pra acalmar as mulheres diante das suas ansiedades, sobrecargas e medos em seus papéis de gênero impostos a elas como cuidadoras, trabalhadoras domésticas e mulheres submissas e violentadas em relações íntimas, quando não houve outras ações dentro dos serviços de saúde, nas políticas públicas e na sociedade que puderam acolhê-las.

Esses dados nos remetem, como já foi mencionado, ao conceito de biopolítica enquanto tecnologia de poder que controla as massas, os corpos e afeta aspectos que são comuns a todos durante a vida como o nascimento, doenças e mortes, articulados com questões econômicas, políticas e sociais presentes nessa relação. A medicina a partir do século XIX possui duplamente o poder, uma vez que enquanto instituição se interessa em controlar o corpo individualizante e, enquanto saber médico, controla o corpo a partir dos processos biológicos que regulamentam a massa (Foucault, 1976).

A partir do que foi exposto até o momento e considerando a problemática em torno da medicalização, é necessário pensarmos em práticas e atuações que visam superar essa questão, uma vez que ela apareceu fortemente nesta pesquisa de mestrado. Uma possibilidade para o cuidado de sujeitos que fazem uso prolongado de medicação é a estratégia GAM. Criada no Canadá em 1993 a partir de grupos de usuários, profissionais da saúde e pesquisadores, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) surgiu enquanto proposta que visa fornecer maiores informações e conhecimentos às pessoas em relação aos seus direitos, ao uso crítico de medicamentos e também aos efeitos colaterais que eles provocam. Além disso, quando surgiu em Quebec teve como principal demanda dos usuários a facilidade do acesso às informações sobre o tratamento e a possibilidade de aumento, diminuição ou retirada total dos medicamentos com maior facilidade e apoio das equipes de saúde, a partir de uma gestão compartilhada. Esse processo foi realizado a partir de várias estratégias presentes no GAM como a cogestão e o guia GAM que possibilita que os usuários tenham acesso aos seus direitos, questionem a respeito do lugar da medicação nas suas vidas e passem a ser “pessoa de pleno direito” em detrimento de

objeto diante do seu tratamento (Campos et al., 2014).

Quando o guia GAM surgiu no Brasil entre 2009 e 2010, algumas demandas se ajustaram ao contexto social brasileiro, em função da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como a realidade e funcionamento do SUS. Nesse contexto, a questão da diminuição ou retirada dos medicamentos não foi uma demanda entre os usuários brasileiros, uma vez que muitos deles nem conseguiam ter o acesso adequado à medicação, sendo esta então uma das primeiras demandas. Dessa forma, o acesso aos medicamentos na própria atenção básica além do diálogo e negociação com a equipe em relação aos remédios surgiram enquanto pedidos para que os usuários pudessem conhecer melhor o seu tratamento (Campos et al., 2014). Essa parte do estudo citado converge e remete a uma prática ocorrida no próprio município de Uberlândia, chamada de grupo de troca de receitas. Esse grupo funciona após as consultas médicas e são desenvolvidos por psicólogos, na própria sala de espera, a partir de grupos informativos aos usuários.

Desta forma, podemos dizer que o GAM se estabelece enquanto importante instrumento na área da saúde mental que permite que usuários, familiares e equipes de saúde possam compartilhar saberes e dúvidas em relação ao uso dos medicamentos. Além disso, o GAM possibilita que usuários, familiares e equipe de saúde possam adotar decisões e consensos em relação à utilização dos medicamentos, como também de outras práticas de saúde que possam beneficiar os usuários. Mais do que isso, e talvez o mais importante, ao longo dos anos, o GAM avançou em discussões para além dos medicamentos, como a questão do sofrimento e a autonomia dos usuários diante do seu processo de saúde. Esse processo envolveu uma mudança nas relações de poder antes centradas na figura do médico para um espaço e relação horizontal entre usuários, familiares e profissionais (Campos et al., 2014; Santos et al., 2019).

Para se pensar na inserção desse instrumento nos serviços de saúde, Santos et al. (2019) desenvolveram uma pesquisa, em duas cidades do interior de São Paulo, com o intuito de capacitar psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e terapeutas

ocupacionais da atenção primária e atenção secundária a adotarem o grupo de GAM nos serviços. Nesse processo, foram discutidos no grupo tanto a questão da autonomia dos usuários quanto o compartilhamento das decisões relativas ao tratamento. Dessa forma, encontrou-se que o GAM ajudou os profissionais a aceitarem e fortalecerem decisões dos usuários em relação a retirada das medicações, além de valorizarem o saber popular em relação aos medicamentos, sendo esse fator considerado pelos profissionais como mais importante do que saberes técnicos. Ainda na mesma pesquisa, os autores encontraram que a maior parte dos entrevistados disseram que tanto os usuários quanto eles desconheciam seus direitos, inclusive em relação ao conhecimento dos medicamentos. Além disso, algumas falas denunciaram o não compartilhamento das informações sobre o tratamento medicamentoso devido à falta de comunicação entre a equipe e os médicos. Por fim, os profissionais que participaram do grupo de GAM disseram ter se sentido mais capacitados em suas práticas nos serviços de saúde, valorizando os saberes populares e questionado com mais frequência os saberes médicos. Por fim, os profissionais de saúde passaram a orientar melhor os usuários em relação aos medicamentos excluindo a necessidade de marcarem consultas específicas e individuais em relação a isso (Santos et al., 2019).

Dessa forma, uma vez que encontramos nas entrevistas um elevado número de mulheres que desconheciam os seus direitos enquanto usuárias do SUS, tinham poucas ou nenhuma informação em relação aos efeitos colaterais do medicamento e muitas vezes desconheciam o seu próprio adoecimento, o grupo GAM se torna um exemplo importante de modificação dessa realidade, sendo sua implementação uma sugestão ao serviço de saúde no qual a pesquisa transcorreu. Essa sugestão é baseada na possibilidade existente do grupo GAM construir um espaço de autonomia, valorização do saber popular, compartilhamento de informações e dúvidas, alterando a lógica biomédica centralizada no médico e no medicamento, expandido o conhecimento a partir de outros campos relacionados ao sofrimento, à cultura e à vida social.

5.5 O sofrimento é (também) social?

*Não entendo [...] Por que eu? Alguém tão forte, ativa.
Isso eu ainda não consegui [entender] [...] por isso te
pedi, pois quero ler a sua tese (Joana D'arc).*

A partir dos resultados obtidos nessa pesquisa e a similaridade das questões sociais que atravessam os discursos das mulheres entrevistadas, fica o questionamento: esse sofrimento é individual ou também é social? Querida Joana, parte de mim fica triste por não conseguir ter uma resposta e solução individual para o seu sofrimento, enquanto outra parte está esperançosa e em busca de entendimentos e soluções coletivas para essa questão! Prometo compartilhar com você e com todas as mulheres essas reflexões, ao longo dessa dissertação, no processo de devolutiva.

Se analisarmos as formas de sofrimento vivenciadas pelas mulheres ao longo dessa pesquisa, observamos algumas semelhanças relacionadas à questão de gênero. A primeira delas que me parece saltar no coletivo das mulheres é a relação com a culpa, que relacionada à depressão, ganha um espaço enorme no sofrimento das mulheres. Podemos ver a relação com a culpa no relato de três mulheres (Rosa, Vitória e Clara) que sofriam com depressão e/ou ansiedade e uma que sofria com fibromialgia (Iná). Na primeira, Rosa, vimos essa relação quando ela contou a respeito da culpa que sentia em não ter conseguido cuidar da sua mãe, colocando-a numa instituição asilar. Importante lembrar que neste caso, Rosa passava por problemas graves de saúde que envolviam duas cirurgias de câncer intestinal e muitos sangramentos que a levaram a ficar dez meses afastada do trabalho. Outro caso onde podemos ver a culpa foi na história de Vitória, onde a culpa esteve relacionada à maternidade e ao adoecimento do filho diagnosticado com TDAH, retardo mental e autismo. A diferença neste caso é que a culpa esteve relacionada ao julgamento dos outros sobre ela, visto pela fala da professora que disse que Vitória não sabia ser mãe e por isso seu filho também tinha adoecido.

No terceiro caso, de Clara, a culpa esteve associada à pergunta que fiz relacionada ao que era ser mulher pra ela. Durante a sua resposta ela resgata alguns relatos de infância onde ela associa a criança mulher enquanto sofredora e responsável e culpada por tudo o que acontece na família. Por fim, o último relato foi de Iná que no passado dizia sentir muita culpa ao conversar com as pessoas e achava que diante de brigas ou discussões ela era a responsável e culpada por tudo.

Com relação a essa questão, uma pesquisa britânica apontou que cerca de 96% das mulheres sentem culpa ao menos uma vez ao dia, podendo ser maior esses números no caso de mulheres mães. A justificativa se dava pela relação de cultura e cobrança às mulheres em relação ao trabalho fora de casa, dentro da residência e na função materna. Para a psicóloga do Conselho Regional de Psicologia do Paraná, o sentimento de culpa irá diminuir a partir de relações mais igualitárias entre os homens e mulheres (<https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/comportamento/mulheres-sentem-culpa-uma-vez-ao-dia/>). Em alguns casos, a culpa também pode estar presente em processos intensos de sofrimento psíquico. Para Dantas (2016), em uma pesquisa na literatura e a partir de entrevistas com 9 mulheres com diagnósticos de depressão, a culpa foi um dos sentimentos identificados por elas, como também solidão e tristeza. Além disso, as autoras Asbahr e Lopes (2006) colocam que a culpa devida a dificuldade de aprendizagem das crianças é frequentemente colocada nas famílias. Nessa situação, é colocado à família o estereótipo de culpada por não ter o interesse na educação dos filhos e em estabelecer limites, além de ser culpada por muitas vezes fugir do ideal de família tradicional burguesa, quando muitas são compostas por pais separados ou solteiros.

Além dessa questão relacionada à culpa, outras temáticas em comum apareceram nas entrevistas, como o desemprego ou o desejo de voltar ao trabalho formal (Rosa, Joana D'arc, Florência). Além disso, vale mencionar que a questão financeira também permeou o discurso de várias entrevistadas como a Vitória que recebia auxílio do LOAS para poder dedicar aos cuidados do filho, além da Marielle que contou com ajuda financeira e física de um grupo

religioso para poder cuidar da irmã doente.

Por fim, outra questão importante de ser destacada é o sofrimento mental e os pensamentos de morte e suicídios destacados por Joana D'arc e por Florência. Para Joana D'arc esses pensamentos surgem na vida de todas as pessoas que sofrem com depressão e para Florência, esses pensamentos foram diminuindo em sua vida a partir do uso de medicamentos e psicoterapia. Dessa forma, devido ao fato do sofrimento relacionado à culpa, ao desemprego, às dificuldades financeiras e aos pensamentos suicidas terem sido encontrados nas falas de muitas entrevistadas, pensamos que além do sofrimento individual há fortemente um componente social nesses sofrimentos. Dessa forma, de acordo com Werlang e Mendes (2013), o sofrimento social é descrito enquanto um sofrer decorrente de diversas áreas de precariedades da vida dos sujeitos e dos grupos em sociedade. Essas áreas englobam desde a precariedade e falta de saúde, como de trabalho, de suporte social, de condições financeiras, de amizades como também o medo de perder essas e outras importantes questões da vida prática e emocional dos sujeitos. A partir do momento em que esses medos e essas perdas vão acometendo o sujeito em sociedade, o sofrimento é primeiramente visto a partir do fechamento e falta de confiança do sujeito em si mesmo, nos outros, no presente e no futuro.

Dessa forma, ao encontrar situações de precariedade de vida como desemprego, pensamentos suicidas e violências (discutida anteriormente neste capítulo) presente no discurso de várias entrevistadas, acreditamos que esses sofrimentos possuem uma raiz social e coletiva, sem excluir o componente individual. Esse resultado torna-se desafiador e um marco importante para ser cuidado pela sociedade, a partir um olhar integrado às questões de gênero articuladas com diversas categorias sociais.

5.6 Estudo e experiência na pesquisa: de aluna à pesquisadora

Quando iniciei esta pesquisa, minha única experiência enquanto pesquisadora qualitativa

e na área da saúde, em especial na pesquisa de campo, foi durante a graduação quando realizei uma pesquisa com familiares que cuidavam de pessoas que já haviam passado por alguma internação psiquiátrica em algum momento da vida. Apesar dessa experiência ter sido extremamente importante e rica na minha vivência enquanto aluna de graduação, ela foi apenas uma pequena prova do que viria pela frente, uma vez que as entrevistas, transcrições e supervisões realizadas na graduação contaram com o auxílio de várias colegas e da orientadora.

Desta forma, ao iniciar esta pesquisa, já no mestrado, me deparei com muitas novas exigências, preparações e experiências ao longo desses dois anos. Isso começou a partir da minha experiência no passado enquanto psicóloga na rede particular, atendendo mulheres usuárias de medicamentos psiquiátricos, mas também a partir do meu interesse pela saúde pública e pela APS, entendendo-a enquanto porta de entrada para a maior parte da população. A partir disso e de diversas leituras, formulei meu problema de pesquisa que foi descobrir quais os sentidos atribuídos ao uso de medicação psicotrópicas por mulheres assistidas na atenção primária.

Considerando os estudos de Minayo (1994) em relação às pesquisas qualitativas, adotei esta perspectiva uma vez que ela me permitiu trabalhar com questões respectivas a compreensões singulares daquelas que vivenciaram as experiências, o que não poderia ser respondido a partir de uma abordagem quantitativa, estatística e exata, devido à complexidade dos fenômenos envolvidos. Além disso, pelo fato da minha pesquisa estar inserida no campo da saúde pública, é importante dizer que a partir da abordagem qualitativa ela também investigou questões relacionadas com a promoção da saúde, a atenção primária e também com o campo da saúde coletiva.

A partir dessas questões, ao realizara uma pesquisa qualitativa e de campo na saúde pública me deparei com diversos desafios. Um deles foi a aproximação com os participantes e a apresentação da proposta de estudo, que envolveu muitas idas à UBS e diversas conversas que

tive com profissionais e usuárias na sala de espera. Além disso, também tive contratempos como calor, muita movimentação na UBS, choro de crianças e algumas visitas à unidade em que a sala de espera se encontrava vazia. Para Minayo (1994), a aproximação com as pessoas pode ser facilitada a partir da familiarização gradual com as pessoas e o local de estudo, sempre pautado no respeito entre os usuários e a comunidade. Acredito que consegui estabelecer essa aproximação descrita por Minayo, já que não foram raros os relatos de pessoas me indicando amigos, vizinhos e outras pessoas que poderiam participar ou me ajudar com a pesquisa (o que não ocorreu, pois não era este o plano de trabalho aprovado junto ao CEP-UFU, para o qual qualquer mudança nos “planos” na fase de campo precisa ser imediatamente informada, via emenda, implicando em reanálise do projeto de pesquisa, o que implicaria na perda de alguns meses de trabalho). Ao longo da fase de campo ouvi relatos solicitando a minha atuação enquanto psicóloga (para a entrevistada Clara e para um grupo de mulheres fora da pesquisa solicitado por Vitória) e ingresso de uma mulher no encontro grupal sem que a mesma tivesse participado da etapa de entrevistas individual (solicitada por Marielle - E6).

Além disso, a forma como utilizei as entrevistas individual e grupal convergiu com o estudo de Minayo (1994) que compreende a entrevista enquanto importante instrumento que permite conversas aprofundadas que exploram significados e compreensão dos objetivos do estudo junto aos participantes da pesquisa, imersos num determinado espaço e cultura. Além disso, Bauer e Gaskell (2002) colocam que é comum que, durante a entrevista, o entrevistador não compreenda a totalidade dos termos e palavras utilizadas pelos participantes, o que aconteceu comigo nesta pesquisa, quando algumas mulheres utilizaram termos populares como “empaleia” (para denominar algo como diminuir, mas não cessar totalmente) durante a entrevista. Ao vivenciar esses acontecimentos, a partir de perguntas, observações, interesse e empatia pude me aproximar melhor do universo do outro, que trazia consigo uma diferente cultura, espaço e às vezes linguagens das quais não eu estava habituada. Esses fatores são extremamente importantes, uma vez que pude conhecer melhor o outro e me situar diante de

quais experiências eu estava conhecendo. Muitas dessas situações envolviam a figura de mulheres num contexto de precárias condições de moradia, emprego e subsistência, além de realidades que incorporavam valores e conceitos às vezes religiosos ou de saberes populares, culturais e regionais.

Outra questão importante discutida por Bauer e Gaskell (2002) foi a omissão de dados relevantes na primeira entrevista, o que no meu caso aconteceu e fez com que fosse necessário explorar melhor num segundo momento, no caso da primeira entrevistada- Rosa, sua relação com o uso dos medicamentos entre outras questões relacionadas ao seu itinerário terapêutico, aspecto central para o estudo. Além disso, outro instrumento utilizado foi o diário de campo, escolhido enquanto um recurso que me permitiu o registro de dúvidas, angústias, reflexões e questionamentos desde o primeiro até o último dia de pesquisa de campo, abordando dados que não foram possíveis de ser registrados pelas entrevistas individuais e grupais (Minayo, 1994). Esse instrumento foi extremamente rico pois me permitiu entrar em contato com sentimentos, cheiros, toques, imagens, sons e diversas sensações vivenciadas ao longo da pesquisa e dos encontros, como também me permitiu registros de fotos e diálogos dessas situações, que foram incluídas ao longo dessa dissertação.

Por fim, a análise dos dados foi inspirada na técnica de análise de conteúdo que segundo Minayo (1994) pode responder os problemas de pesquisa formulados e descobrir “o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (Minayo, 1994, p. 74). Isso foi vivenciado por mim enquanto pesquisadora uma vez que além de ter encontrado respostas relativas aos sentidos atribuídos ao uso de medicamentos por mulheres da APS, também encontrei relatos de violências sofridas por elas e o reflexo dessas questões com a ausência do suporte social e institucional diante disso.

Considerando todos os aspectos até então aqui descritos, acredito que esta pesquisa foi um grande divisor de águas entre aluna de graduação para aluna de mestrado e pesquisadora na

área da saúde. Mais do que leituras, teorias e técnicas, a aprendizagem se fez no campo, na compreensão do funcionamento da APS, na conversa com profissionais, nas idas à UBS, na conversa com as usuárias e também nas visitas às residências. Cada encontro e visita foi marcado por olhares, afetos, diálogos e questionamentos que só foram possíveis a partir minha ética e observação enquanto profissional e pesquisadora, mas acima de tudo a partir da abertura, interesse, disponibilidade e confiança das mulheres em mim. Por essas e tantas outras razões, agradeço imensamente cada uma delas que me receberam em suas residências ou na UBS, compartilharam suas histórias, medos, angústias, alegrias e, com isso, me ajudaram a construir essa pesquisa.

Considerações Finais

Com base nos resultados e discussões realizadas nessa pesquisa, pode-se considerar que todos os objetivos foram atingidos. Podemos ver isso desde o objetivo geral que foi conhecer a vivência das mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos, e também os específicos (identificar momentos e situações que foram introduzidos os medicamentos na vida das mulheres; se houve e quais foram as orientações que elas receberam em relação ao uso do psicotrópico, além de quais consequências em suas vidas a partir do uso do medicamento) foram alcançados.

Pensando em relação aos limites da pesquisa, pode-se destacar que os resultados e as análises referentes à raça e etnia foram superficiais e necessitariam de mais aprofundamentos. Dentro desse tópico, seria importante pesquisar a identificação das próprias entrevistadas quanto a essa questão, permitindo a análise relacionada ao sofrimento psíquico, raça e etnia. Outro limite que pode ser citado é que a pesquisa foi desenvolvida apenas em uma UBS, do município. Por um outro lado, por trabalhar com o conceito de itinerário terapêutico, as entrevistas permitiram uma análise aprofundada da temática de saúde e sofrimento psíquico na vida das participantes.

Pensando em relação aos serviços da APS que atendem mulheres com sofrimento psíquico, como o desenvolvido durante essa pesquisa, acredito ser importante algumas considerações. Entre elas, é necessário desenvolver um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que valorize outros recursos de saúde além do medicamento, como também averiguar há quanto tempo tem sido feito o uso de antidepressivos e, principalmente, benzodiazepínicos, considerando o alto nível de dependência química e efeitos negativos que esses medicamentos podem causar.

Questões que refletem situações de precariedade da vida como violência contra as mulheres, desemprego, dificuldades econômicas, filhos usuários de substâncias, sobrecarga de

trabalho doméstico, sobrecarga no cuidado de filhos e parentes adoecidos merecem olhares e cuidados que vão além do remédio! É necessário que a APS se articule e acolha essas mulheres a partir de suas demandas sociais, econômicas e as questões de gênero envolvidas nessas situações! Isso pode ser desenvolvido com a maior presença de outros profissionais de saúde, como assistentes sociais e agentes comunitários, e uma maior presença na comunidade e no território da APS. Claro que é importante ressaltar que há diversas dificuldades existentes no cotidiano desses profissionais e da APS, como condições precárias de trabalho, desafios na equipe multiprofissional e estruturas de trabalho que centralizam a figura do saber médico. Todavia, é importante que haja mais investimento na APS além de modificações na forma de trabalho para que as questões de saúde possam ser vistas e cuidadas além do recurso medicamentoso. Uma sugestão seria, por exemplo, desenvolver o grupo GAM dentro das UBS/UBSF convidando profissionais de saúde e usuários a pensar nos direitos dos usuários, no entendimento em relação ao sofrimento psíquico, em metas relacionadas ao uso e diminuição dos medicamentos, além de uma relação entre profissionais de saúde e usuários pautadas na comunicação, na orientação em relação ao sofrimento e ao uso dos medicamentos, entre tantas outras questões que permeiam o dia a dia dessas pessoas.

Convergingo com essas questões, o papel da psicologia dentro da APS também deve seguir o mesmo caminho. É necessário romper a lógica da clínica tradicional particular e partir para um olhar e atendimento em grupos, no território, a partir das necessidades em comum das pessoas. No caso dessa pesquisa, uma possibilidade seria realizar grupos com as mulheres com fibromialgia fortalecendo os laços e suporte sociais delas e trabalhando a ideia do sofrimento social, rompendo questões como culpa e individualização do sofrimento. Além disso, é necessário reafirmar a psicologia enquanto uma ciência e campo de atuação social que trabalha a partir de demanda e questões sociais dos sujeitos e comunidade, portanto não corrobora com o uso de recursos médicos, como foi visto por alguns profissionais de psicologia relatos pelas entrevistadas.

Além disso, sugerimos mais estudos relacionados ao sofrimento psíquico de mulheres a partir de um olhar social, coletivo, principalmente no caso de diagnósticos como fibromialgia e depressão. É necessário rompermos a tradição psicológica de investigar essas questões num nível individual, a partir de análises da infância ou de situações de abusos e traumas individuais, para se pensar nessas questões enquanto reflexos das desigualdades e questões de gênero. Dentro desse tópico, sugere-se também que as pesquisas possam explorar e investigar mais a fundo as questões relacionadas à raça, etnia e condições econômicas e sociais do sofrimento das mulheres, a partir do conceito da interseccionalidade.

Por fim, sugere-se mais pesquisas relacionadas ao funcionamento e aos desafios da APS, descrevendo melhor a composição das equipes de trabalho, o cotidiano dos serviços, as atividades desenvolvidas, as condições de trabalho, entre outras questões que não foram amplamente abordadas nessa pesquisa. Ao realizar mais estudos com essas temáticas, é possível investigar melhor possíveis falhas e dificuldades presentes na APS e promover reivindicações, discussões e melhorias em relação a essas questões.

Referências

- Adorno, R. C. F. (2010). Violência, Sofrimento Social e Saúde Pública. *Revista Serviço Social & Saúde* (9), 1-25. Recuperado de <https://doi.org/10.20396/sss.v9i1.8634877>
- Affonso, P. H. B., & Bernardo, M. H. (2015). A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(Suppl. 1), 23-43. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>.
- Aguglia A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders* (128), 262-266. Recuperado de: https://www.academia.edu/7654350/Fibromyalgia_syndrome_and_depressive_symptoms_Comorbidity_and_clinical_correlates?auto=download.
- Alvarenga, J. M., Filho, A. I. L., Giacomini, K. C., Uchoa, E., Firmo, J. O.A. (2015). Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 249- 258 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403842247003.pdf>
- Álvares, T. T., & Lima, M. E. A. (2010). Fibromialgia: interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 803-812. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300023>
- Alves, A. A. M. & Rodrigues, N. F. P. (2010). Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2). 127-131. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., Bezerra, R. C. & Silva, R. M. (2012) Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In G. W. de S. Campos et al. (org). *Tratado de Saúde*

Coletiva (pp.845-902) 2ª ed. rev. amp. – São Paulo: Hucitec.

Araújo, L. F. S., Dolina, J. V., Petean, E., Musquim, C. A., Bellato, R., & Lucietto, G. C. (2013).

Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 15(3): 53-61. Recuperado de: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6326/4660>.

Araújo, L. L. C. A., Oliveira, E. N., Araújo, G., G., Gomes, F., R., A., F., Gomes, B. V. &

Rodrigues, A. B. (2012). Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na estratégia de saúde da família de Sobral – CE. *SANARE*, 11(1), 45-54. Recuperado de: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/266>.

Asbahr, F. S. F., & Lopes, J. S. (2006). "A culpa é sua". *Psicologia USP*, 17(1), 53-73.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000100005>

Balen, Eloise, Giordani, Fabiola, Cano, Marcelo Fabrício Fernandes, Zonzini, Fernando Henrique

Teixeira, Klein, Karen Anny, Vieira, Maicon Henrique, & Mantovani, Priscila Chiamulera.

(2017). Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 66(3), 172-177. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000167>

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bastitella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. Fonseca. In: A. F.

Fonseca & Corbo, A. D. A. *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-63). Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2007. Recuperado de:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/124.pdf>

Batich, M. (2004). Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em*

Perspectiva, 18(3), 33-40. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som : um manual*.

Petrópolis, RJ : Vozes.

Beauvoir, B. (1949). Introdução. In: *O Segundo Sexo*. (pp.7-23). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009

Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I, Takahashi, R. F. C., Suely Itsuko, H., Paula, V. L. F., Guanillo, M. C. L. T. U., & Pereira, E. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 1326-1330.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>

Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L., & Vasconcelos, M. G. F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface*, 18(48), 61-74. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>

Bilotti, C. C., Santos, C. A., Yamaguchi, M. U., Massuda, E. M., Bernuci, M. P. (2016). Estudo cienciométrico das produções científicas sobre saúde da mulher. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, 13(24), 1445-1452. Recuperado de
<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2016b/saude/Estudo%20Cienciometrico.pdf>

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Portugal: Porto Editora.

Böing, Elisângela, & Crepaldi, Maria Aparecida. (2010). O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=pt&tlng=pt

Braga, R. B. & Pegoraro, R. F. (2020). Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso?. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 61-73. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>

Brasil. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1960). *Lei No 212*

3.750, de 11 de Abril de 1960. Recuperado de:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L3750.htm.

Brasil. Ministério da Saúde (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Ministério da Saúde: Brasília. Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1990). *ABC do SUS*, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de:
http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Presidência da República (2001). *Lei Nº 10.216, de 6 de Abril, de 2001*. Brasília: Presidência da República. Recuperado de:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). *Legislação do SUS*. Brasília : CONASS. Recuperado de
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2003). *Portaria nº80, 26 de Junho de 2003*. Recuperado de:
http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/nucleos/pro_mulher/p802003.pdf.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2004a). *I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, Proposta de Diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres*. Recuperado de:
<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/i-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-proposta-de-diretrizes-para-uma-politica-nacional-para-as-mulheres/view>.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2004b). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004c). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Brasil, Presidência da República (2006). *Decreto de 13 de Março de 2006 / Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (2007). *II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (regimento)*. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Hq8lRZcw7RwJ:www.observatorio-degenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/ii-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-regimento-e-plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-versao-compacta/at_download/file+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional de Direitos da Mulher (2008). *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011). *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011). *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Brasília:

Ministério da Saúde. Recuperado de:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2011). *Informativo da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. IV (34)*. Recuperado de:
<http://www4.planalto.gov.br/spmulheres/mulheres-em-pauta/boletins-do-anos-anteriores/boletim-mulheres-em-pauta-ano-iv-no-34>

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional de Direitos da Mulher (2011). *3ª Conferencia Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de: <http://www.nieg.ufv.br/wp-content/uploads/resolucoes-da-3a-cnpm1.pdf>

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres (2013). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de:
<http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/157/PNPM%202013-2015%20%28em%2022ago13%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brasil. Presidência da República. (2016a.) *4ª Conferencia Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-mulher-cndm/Relatorio_final_IV_CONFERENCIA_NACIONAL_DE_POLITICAS_PARA_AS_MULHERES.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2016b). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

Brasil. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (2018). *Decreto Nº 9.417, de 20 de Junho de 2018*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2018/Decreto/D9417.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (2019). *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA--1-.pdf>.

Brasio, K. M., Laloni, D. T., Fernandes, Q. P., & Bezerra, T. L. (2003). Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Rev. Ciênc. Méd. (Campinas)*; 12(4), 307-318. Recuperado de: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1246/1221>

Britto, M. G. A., Santos, N. O., & Lucia, M. C. Z. (2014). Evento traumático, fibromialgia e complicações na saúde: um estudo de caso. *Psicologia Hospitalar*, 12(1), 26-48. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100003&lng=pt&tlng=pt.

Buss, P. M., & Pellegrini F. A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

- Butler, J. P. (2003). Sujeitos do Sexo/Gênero/Desejo. *Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da Identidade*. (pp.15-60). Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira
- Cabral, A.L.L.V., Martinez-Hemáez A., Andrade, E. L. G. & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.
- Caetano, R., & Dain, S. (2002). O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 12(1), 11-21. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2002.v12n1/11-21/pt>
- Campos, G. W. S. (org.) (2000). Saúde Mental na Atenção Básica. In: R. Campos, R. & C. Gama. *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf.
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 41(115), 1177-1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>
- Carvalho, L. F., & Dimenstein, M. (2003). A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações*, 8(15), 37-64. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003&lng=pt&tlng=pt.

- Castellanos, M. E. P., Baptista, T. W. F., & Ayres, J. C. (2018). Entrevista com José Ricardo Ayres. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 51-60. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018000002>
- Cecilio, L. C. O., & Reis, A. A. C. (2018). Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00056917. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056917>.
- Cecilio, L. C. O., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M., Andrade, M. G. C., Santiago, S. M., Meneses, C. S., Reis, D. O., Araújo, E. C., Pinto, N. R. S., Spedo, S. M (2012). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 30 (7), 1502-1514. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
- Centurion, N. B., & Peres, R. S. (2016). A sexualidade em pacientes com fibromialgia: panorama da produção científica. *Revista da SPAGESP*, 17(2), 108-119. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Coelho, E. A. C., Silva, C. T. O., Oliveira, J. F., Almeida, M. S. (2009). Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Rev Enferm*, 13(1), 154-160. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>
- Cohn, A. (1989). Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (19), 123-140. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>
- Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde Alma-Ata, URSS, (1978). Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Governo Federal decreta fim da política de Redução de Danos*. Recuperado de: <https://site.fegad.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>

- Costa, R. R. O., Filho, J. B., Medeiros, S. M., & Silva, M. B. M. (2015). As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Rev. De Atenção à Saúde* 13 (43), 30-36. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273896951_As_rodas_de_conversas_como_espaço_de_cuidado_e_promocao_da_saude_mental
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 12-25. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000115&pid=S1414-4980201100010000600013&lng=pt
- Cunha, M. C. P. (1988). De historiadoras, brasileiras e escandinavas: Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do século XX). *Tempo*, 3(5), (pp. 1881-215). Recuperado de: http://www.historia.uff.br/tempo/artigos_livres/artg5-9.pdf
- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 450-464. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
- Danese, M. C. F. & Furegato, A. F. (2001). O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 25(58), 70-76. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283545801_O_usuario_de_psicofarmacos_num_Programa_Saude_da_Familia
- Dantas, G. C. S.(2016). *Depressão e gênero: análise da produção bibliográfica brasileira e das vivências de mulheres do Distrito Federal..* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, DF, Brasil. Recuperado de: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22258/3/2016_GiseleCristinedaSilvaDantas.pdf

De Lucca entrevista_Arthur Chioro (2019). *100 dias de (des)governo Bolsonaro na Saúde*.

Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=zdPE3E0sO9c>

Denzin, N. K. & Liconln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, Artmed.

Dias, D. N. G., Marques, M. A. A., Bettini, S. C. & Paiva, E. S. . (2017). Prevalência de fibromialgia em pacientes acompanhados no ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas do Paraná - Curitiba. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(5), 425-430.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.02.005>

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 53-81.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

Dimenstein, M., & Macedo, J. P.. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>

Faria, H. P., Coelho, I. B., Werneck, M. A. F., & Santos, M. A. (2010). Atenção Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. In *Modelo assistencial e atenção básica à saúde* (pp.33-47). Belo Horizonte:Coopmed Recuperado de:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>

Fegadolli, C., Varela, N. M. D., & Carlini, E. L. A. (2019). Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), e00097718. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00097718>

Ferreira, J. S. & Ladeia, L.E.S. (2018). As implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde. *Id on Line Rev. Mult. Psic*, 12(42), 681-695.

Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1358>.

Foucault, M. (1976). Aula de 17 de março de 1976. In: *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (pp.285-316). São Paulo: Martins Fontes.

Frazão, M. C. L.O., Pimenta, C. J. L., Lima, R. J., Valdevino, S. C., Silva, C. R. S., Costa, K. N. F. M. (2019). Violência em mulheres com diagnóstico de depressão. *Rev Min Enferm*, 23, e-1174, 1-6. Recuperado de: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1317/1174.pdf>

Freitas, G. L., Vasconcelos, C. T. M., Moura, E. R. F., Pinheiro, A. K. B. (2009). Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf. 11*(2), 424-428. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

Freitas, R. P. A., Andrade, S. C., Spyrides, M. H. C., Micussi, M. T. A. B. C., & Sousa, M. B. C. (2017). Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(3), 197-203. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2016.07.001>

G1. Globo. Educação. *Entenda o que já se sabe sobre o Future-se e o que ainda falta esclarecer*. Recuperado de: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/08/03/entenda-o-que-ja-se-sabe-sobre-o-future-se-e-o-que-ainda-falta-esclarecer.ghtml>

Gama, C. A. P., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 69-84. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>

Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2014). Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1173-1182. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>

Gazeta do Povo (2018). "Quase 100% das mulheres sentem culpa uma vez ao dia, mostra

pesquisa". Recuperado de <https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/comportamento/mulheres-sentem-culpa-uma-vez-ao-dia/>

Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suppl.), S103-S112. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>

Giovanella, L. & Mendonça, H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. L. Giovanella, S. Escorel, C. L. Vasconcelos, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.(pp. 493-546). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*; 34(8), e00029818. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>

Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>.

Heymann, R. E., Paiva, E. S., Helfenstein, J. M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R., Paula, ... & Fonseca, M. C. M. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 56-66. <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042010000100006>

Huf, Gisele, Lopes, Claudia de Souza, & Rozenfeld, Suely. (2000). O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 351-362. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200006>

Instituto de Pesquisa Econômica aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019). *Atlas da Violência*. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo. Recuperado de: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>

- Karniol, I. G. (2002). Antidepressivos. In J. C. Souza, J. C. & D. A. Camargo, D. A. *Psicofarmacologia e equipe Multidisciplinar* (pp. 41-52). Campo Grande: UCDB.
- Kaziyama, H. H. S., Teixeira, M. J., Yeng, L. T., & Okada, M. (2009). Síndrome fibromiálgica. In O. Alves Neto et al. *Dor: princípios e prática* (pp.464-485). Porto Alegre: Artmed.
- Latrowska, M. (2007). Medicalização da vida e dos direitos humanos. Silva, A. C. S. S., Coimbra, C. M. B., Monteiro, H. R., Ruffeil, N. & Barker, S. L. (2007). *Direitos humanos? O que temos a ver com isso?* (pp.145-152). Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.
- Leite, F. P., Liska, L.A., Chesani, F., & Oliveira, A. L. (2013). O itinerário terapêutico de mulheres com síndrome de fibromialgia que frequentam o programa de assistência interdisciplinar da Univali/Itajaí. *FIEP BULLETIN*, 83(2013). Recuperado de: <http://www.fiebulletin.net/index.php/fiebulletin/article/view/2796/5447>
- Lima Júnior, A. M. L., Oliveira, A. J., Rodrigues, G. C., Stuhler, G. D., Nesello, L. A. N., Wachholz, L.B., Oliveira, A. L. & Noldin, V. F. (2018). Grupo de Psicologia no Projeto de Extensão Interdisciplinar “Convivendo com a Síndrome de Fibromialgia”: Relato de Experiência. *Cataventos* 10 (1), 103-123. Recuperado de: <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/Cataventos/article/view/6736/1495>
- Lima, C. P., & Carvalho, C. V. (2008). Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia*, (28), 146-158. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Lira, A. C., Lima, J. G., Barreto, M. N. S. C., & Melo, T. M. A. G.. (2014). Perfil de Usuários de Benzodiazepínicos no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS*, 17(2), 223-228. Recuperado de: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1924/806>.
- Louro, G. L. (1995). Gênero, história e educação: construção e desconstrução. *Educação e*

Realidade, 20 (2), 101-132. Recuperado de:

<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71722>

Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis:*

Revista de Saúde Coletiva, 18(3), 451-467. [https://dx.doi.org/10.1590/S0103-](https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005)

[73312008000300005](https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005)

Luiz, F. R. & Raupp L. (2017). Grupo de apoio psicológico a portadores da Síndrome Fibromialgia:

relato de experiência. *Saúde e Desenvolvimento Humano* 5(3), 53-63. Recuperado de:

https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/3089

Macedo, D. C. F., Martins-Silva, P. O., Gavi, M. B. R. O., & Macedo, A. P. D. (2015).

Representações sociais de conjugalidade e fibromialgia: desdobramentos na dinâmica conjugal. *Temas em Psicologia*, 23(4), 987-1002. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-14>

Macedo, J. P., Silva, B. I. B. M., & Bezerra, L. L. S. (2018). Ideação suicida em assentamentos

rurais no Piauí. *Psicologia em Pesquisa*, 12(3), 1-10.

<https://dx.doi.org/10.24879/2018001200300506>

Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A. & Reis, A. A. C. (2016).

A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 327-338. [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015)

[81232015212.23602015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015)

Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas

de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Suppl. 1), 771- 780.

<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>

Mattos, R. S., & Luz, M. T.. (2012). Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor

e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4),

1459-1484. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400011>

Medeiros, P. F., & Guareschi, N. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 31-48.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>

Mendonça, Reginaldo Teixeira, & Carvalho, Antonio Carlos Duarte de. (2005). O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1207-1212. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000800016>.

Mendonça, Reginaldo Teixeira, & Carvalho, Antonio Carlos Duarte de. (2005). O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1(2) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200009&lng=pt&tlng=pt.

Mendonça, R. T., Carvalho, A. C. D, Vieira, E. M. & Adorno, R. C. F.(2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 95-106. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200010>

Menegon, V. M. (1997). Por que jogar conversa fora: Pesquisando no cotidiano. In M. J. P. Spink (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 215-242). São Paulo: Cortez.

Meyer, D. E., E., Mello, D. B., Valadão, M. M., & Ayres, J. R. C. M. (2006). "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1335-1342. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>

- Mezzari, R. & Iser, B. P. M. (2015). Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Rev. AMRIGS*; 59(3), 198-203. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833840>.
- Milani, R. G., Oliveira, L. P., Santos, V. R., & Pauluk, I. M. (2012). A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. *Aletheia*, (38-39), 55-66. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Miliauskas, C. R., Faus, D. P., Junkes, L. R., Rahiza B., & Junger, W. (2019). Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1935-1944. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>.
- Minayo, M. C. S (1994). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp.9-29). 18. ed. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M.C.S. (2002). *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M.C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S, Assis, S. G., Souza, E. R. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* [online]. Editora: Fiocruz. Recuperado de [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CbBGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=Minayo+et+al.+\(2005\)+triangula%C3%A7%C3%A3o+de+dados&ots=QilNyyIBT8&sig=LrEzd77FBbP1v3EhC2tYHVj1DbI#v=onepage&q=Minayo%20et%20al.%20\(2005\)%20triangula%C3%A7%C3%A3o%20de%20dados&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CbBGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=Minayo+et+al.+(2005)+triangula%C3%A7%C3%A3o+de+dados&ots=QilNyyIBT8&sig=LrEzd77FBbP1v3EhC2tYHVj1DbI#v=onepage&q=Minayo%20et%20al.%20(2005)%20triangula%C3%A7%C3%A3o%20de%20dados&f=false)

- Ministério da Saúde. *Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)*. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3(1), 126-131. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>
- Moreno, Ricardo Alberto, Moreno, Doris Hupfeld, & Soares, Márcia Britto de Macedo. (1999). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(1), 24-40. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11-24. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>
- Moura, D. C. N., Pinto, J. R., Martins, P., Pedrosa, K. de A., & Carneiro, M. das G. D. (2016). Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Sanare (Sobral)*, 15(2), 136-144. Recuperado de: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1048/594>
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2007). Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. Silva, A. C. S. S., Coimbra, C. M. B., Monteiro, H. R., Ruffeil, N. & Barker, S. L.(2007). *Direitos humanos? O que temos a ver com isso?* (pp.153-174). Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.
- Muñoz, R. L. S., Silva, A. E. V. F., Dantas, D. I., & Barbosa, A. M., F. (2018). Itinerários terapêuticos de pessoas com fibromialgia até um centro de tratamento da dor: Um estudo qualitativo. *ABCS Health Sci*. 43(3), 148-155. Recuperado de:

<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1087>

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647-654.

<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021>

Nascimento, W. F. & Zanello, V. (2014). Uma história do silêncio sobre gênero e loucura – Parte 1 Sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: as mulheres em História da Loucura.

Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (2014). *Saúde Mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. (pp.17-28). Curitiba: Appris.

Nordon, D. G., Akamine, K., Novo, N. F., & Hübner, C. V. K. (2009). Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 152-158. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300004

Nunes, E. D. (1996). Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação.

Ciência & Saúde Coletiva, 1(1), 55-69. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101392014>

Nunes, M. R. & Vidal, S. V. (2019). Os diversos aspectos da integralidade em saúde. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 1(1), 201-209. Recuperado de

<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1595/630>

Oliveira, W. F. (2008). Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 38-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773004.pdf>

Oliveira, J. P. R., Berardinelli, Lina M. M., Cavaliere, M. L. A., Rosa, R. C.A, Costa, L. P., &

- Barbosa, J. S. O. (2019). O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (20) 1-9. .
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>
- Organização Mundial da Saúde (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Recuperado de: https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf
- Organização Pan–Americana da Saúde (2007). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Recuperado de:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965
- Organização Pan–Americana da Saúde (2019). *OPAS/OMS no Brasil*. Recuperado de
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672
- Paim, J. S. (2012). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, J. C., & A. I. Carvalho (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (p. 547-573). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 295-307. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200006>
- Pegoraro, Renata Fabiana, & Caldana, Regina Helena de Lima. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 569-577.
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300013>
- Penido, M. A., Fortes, S. & Rangé, B. (2005). Um estudo investigando as habilidades sociais de

- pacientes fibromiálgicas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 75-86. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-572. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
- Prestes, C. R. S., & Paiva, V. S. F. (2016). Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 673-688. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162901>
- Prins, B. & Meijer I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 155-167. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100009>
- Queiroz Netto, M. U. , Freitas, O., Pereira, L. R. L. (2012). Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto – SP. *Rev. Cienc Farm Básica Apl*, 33 (1), 77-81. Recuperado de: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1777/1777
- Rabelo, I. V. M. (2011) “*Nunca pensei nisso como problema*”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Recuperado de: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105605/rabelo_ivm_dr_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Reimão, R. (2002). Ansiolíticos: uso em equipe interdisciplinar. In J. C. Souza & D. A. Camargo. *Psicofarmacologia e Equipe Multidisciplinar* (pp. 53-65). Campo Grande: UCDB.

- Reis, D. O., Araújo, E. C., & Cecílio, L.C. O. (2010). *Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde*. Recuperado de: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf.
- Reis, M. J. D. & Rabelo, L. Z. (2010). Fibromialgia e estresse: explorando relações. *Temas em Psicologia*, 18(2), 399-414. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Renovato, R. & Magnato, M. H. S (2010). O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, 2 (n. esp.), 277-290. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/17.pdf>.
- Revista Galileu. *Capex não financiará novas pesquisas em 2019: quase 12 mil bolsas foram cortadas no ano*. Recuperado de: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2019/09/capes-nao-financiara-novas-pesquisas-em-2019-quase-12-mil-bolsas-foram-cortadas-no-ano.html>
- Ribeiro, F. N. (2016). *Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Recuperado de: https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=132245
- Rodrigues, C. (2005). Butler e a desconstrução do gênero. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 179-183. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000100012>
- Sampaio, J., Santos, G. C., Agostini, M. & Salvador, A. de S. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 2), 1299- 1311. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>

- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Santos, C. V. M. (2012). *Gênero e psicologia clínica: risco e proteção na saúde mental de mulheres*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Recuperado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11164>.
- Santos, N. A., & Rudge, A. M. (2014). Dor na psicanálise - física ou psíquica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 450-468. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5>
- Santos, D. V. D., Onocko-Campos, R. B., Daniele, & Stefanello, S. (2019). Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. *Saúde e Sociedade*, 28(2), 261-271. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180860>
- Scott, J. W. (1988). Deconstructing equality-versus-difference: or, the uses of poststructuralist theory for feminism. *Feminist Studies*, 14(1), 32-50. <https://doi.org/10.2307/3177997>
- Scott, J. W. (1995). Gênero: Uma categoria Útil de Análise Histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99. Recuperado de: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
- Senado Notícias (2019). *PEC que proíbe aborto pode ser emendada para incluir as exceções da lei atual*. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/15/pec-que-proibe-aborto-pode-ser-emendada-para-incluir-as-excecoes-da-lei-atual>
- Senado. *Comissões vão discutir cortes no CNPq e na Capes em audiência na quinta-feira*. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/03/comissoes-vaio-discutir-cortes-no-cnpq-e-na-capes-em-audiencia-na-quinta-feira>

- Silva, D. F., & Santana, P. R. (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: Uma revisão sistemática. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 175 - 185. Recuperado de: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>
- Silva, F. C. S. (2015). O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 7(4), 1-14. Recuperado de <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/373/274>
- Silva, V., Botti, N., Oliveira, V., & Guimarães, E. (2016). Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde *Revista Enfermagem UERJ*, 24(6), e8783. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.8783>
- Silva, I. P. A., & Chai, C. G. (2018). As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, 22, 988-1002. Recuperado de: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9830>
- Silva, T. A. D., & Rumim, C. R. (2012). A fibromialgia e a manifestação de sofrimento psíquico. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 767-792. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M.. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021-4030. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
- Soibet, R., L. (2004). Mulheres pobres e violência no Brasil Urbano. Mary Del. Priore (Org) & Carla Bassanezi. *História das Mulheres no Brasil*. (pp 383- 423). São Paulo: Contexto.
- Souza, Ana Rosa Lins de, Opaleye, Emérita Sátiro, & Noto, Ana Regina. (2013). Contextos e

- padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1131-1140. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>.
- Souza, B. de, & Laurenti, C. (2017). Uma Interpretação Molar da Dor Crônica na Fibromialgia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 363-377. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001102016>.
- Souza, J. B., & Perissinotti, D. M. N. (2018). A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *BrJP*, 1(4), 345-348. <https://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>
- Spink, M. J. P. & Lima, H. (1997). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-121). São Paulo: Cortez.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Starfield, B. *Atenção primária e sua relação com a saúde* (19-42). Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Turato, E. (2005) Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vieira, A. P. A., Dias, C. N., & Pereira, E. R. (2016). "Dá até pra fazer poesia": o recurso estético disparando reflexões e potência. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(2), 55- 66. Recuperado de:

[https://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(05\)](https://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(05))

Werlang, R. & Mendes, J. M. R. (2013). Sofrimento social. *Serviço Social & Sociedade*, 116, 743-768. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000400009>

Whitaker, R. (2017). A caçada aos desequilíbrios químicos. In: *A anatomia de uma epidemia*. (pp. 81-100). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Whitaker, R. (2017). As pílulas mágicas da psiquiatria. In: *A anatomia de uma epidemia*. (pp.63-80). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Whitaker, R. (2017). A armadilha das Benzodiazepínicas. In: *A anatomia de uma epidemia* (pp.102-137). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

World Health Organization (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences, The Ottawa Charter for Health Promotion* (pp.1-33). Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

World Health Organization (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde* (pp.1-7). Recuperado de https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Basic Documents Forty-eighth edition* (pp.1-207). <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>

World Health Organization (2017). *Depression and other common disorders: Global Health Estimates*. (p.1-12). Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2_eng.pdf?jsessionid=ACA7F9840041E134192AC5BF3FD2B815?sequence=1

Xavier, A. G., Santos, S. M. P., Silva F. L., Souza, F. L. P., Piaxão, G., P., N. (2015). Um estudo

sobre a integralidade da assistência a partir das práticas profissionais na atenção à mulher. *Rev enferm UFPE on line*, 9(10), 1427-36. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R8Te1IShseIJ:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10855/12076+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Zanello, V. (2010). Mulheres e Loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Stevens, C., Brasil, K. C. T., Almeida, T. N.M. C., & Zanello, V. *Gênero e Feminismos: convergências (in)disciplinares* (pp.307-320). Brasília: In Libris Libertas. Recuperado de: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19654/1/CAPITULO_MulheresLoucuraQuestoes_Genero.pdf

APÊNDICES

Apêndice 1- Políticas Públicas para as Mulheres

(síntese elaborada por Raissa de Brito Braga)

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Políticas públicas são desenvolvidas a partir da forma como o governo e a sociedade compreendem e veem determinado grupo e suas necessidades. No caso das mulheres, no período anterior a 1984 os cuidados direcionados à saúde feminina eram exclusivamente relacionados à gravidez e ao estado puerperal, de forma bastante deficitária. Essa lógica de cuidados coloca a mulher como sujeito responsável por gerar filhos e as intervenções do setor saúde voltadas a garantir o bem estar da mãe e do bebê, deixando de lado outros perfis possíveis no público feminino (Brasil, 1984).

Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de oferecer novos cuidados à saúde desse grupo, de forma integral, com a articulação de todas as esferas governamentais (Brasil, 1984).

Durante a década de 80, a população brasileira sofria algumas mudanças desencadeadas pelo desenvolvimento econômico, a maior presença da mulher no mercado de trabalho e o uso dos métodos anticoncepcionais. Uma dessas modificações foi relativa à taxa de natalidade, enquanto na década de 60 a mulher tinha em média 6 filhos, nos anos 80 esse número caiu para 4. Além disso, as necessidades relativas aos cuidados com a saúde da mulher mudaram fazendo com que o PAISM desenvolvesse ações que contemplasse todas as faixas etárias, desde a infância, com destaque para ações para inibir a mortalidade infantil, passando pela adolescência e vida adulta relacionadas, mas ainda ligadas à gestação, , ainda principal foco de cuidados às mulheres da época. Todavia, outras ações também foram desenvolvidas, entre elas a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, doenças ginecológicas, assistência para concepção e contracepção, além de outras doenças relacionada como câncer cérvico-uterino e

mamário (Brasil, 1984).

Dessa forma, entre os conteúdos programáticos desenvolvidos pelo PAISM podem ser citados: assistência clínico ginecológica, a assistência pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério imediato. Como as ações relacionadas à gravidez e o estado puerperal já se encontravam presentes em muitos municípios brasileiros, o programa buscou melhorar a qualidade desses serviços, a partir de treinamento e capacitação das equipes voltadas à assistência integral à mulher, fomentando uma nova forma de olhar e oferecer ações de cuidado às mulheres. Essas ações incluíram treinamento e capacitação às parteiras nos patos domiciliares e às equipes para partos normais, melhoria dos serviços hospitalares, ações educativas relacionadas ao aleitamento materno, cuidados em relação à fertilidade, atendimento periódico e sistemático durante os primeiros meses pós-parto, entre outras ações e medidas de saúde (Brasil, 1984). O foco dos cuidados à mulher, com o PAISM, portanto, continuava sendo a atenção à gestante e ao bebê. Portanto, o sujeito dessa política de saúde era ainda a mulher em idade reprodutiva.

Durante todo esse processo, o PAISM teve desafios para ser implantado no país envolvendo o nível de resolutividade e integração do sistema, além da capacitação contínua dos profissionais, como também a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, como defendido posteriormente pelo SUS. Assim, para que o PAISM pudesse ser implantado e efetivado, houve uma parceria entre os Ministérios da Previdência e da Assistência Social, além das secretarias estaduais de saúde, para implantação de com ações de prevenir doenças, promover e recuperar a saúde da mulher, sempre tendo como base o princípio de integralidade. Esse princípio pode ser caracterizado como cuidados oferecidos em saúde por equipes que deveriam considerar o sujeito em relação à comunidade e todas as suas necessidades e relações pessoais (Brasil, 1984).

Por fim, para que o PAISM pudesse ser implementado ele também contou com o apoio do Ministério da Saúde em ações de identificação e incentivo aos centros de pesquisas

relacionados à saúde da mulher, como forma de desenvolver conhecimentos técnicos e científicos para o próprio programa e futuras ações do governo. Assim, conjuntamente a isso e a articulação da esfera federal, estadual e municipal, a partir das demandas de cada região, o PAISM foi implementado no Brasil iniciando as modificações dos programas de saúde às mulheres (Brasil, 1984).

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Dentro do contexto de mudanças brasileiras e sociais nos anos 90 e 2000 e da reafirmação da mulher enquanto sujeito de desejos e direitos, para além da maternidade, a Portaria nº- 80 de 26 de junho de 2003 criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, órgão integrante da Presidência da República e com a finalidade de assessorar o representante político sobre a elaboração e coordenação de políticas públicas para as mulheres e desenvolver campanhas educativas com o intuito de combater a discriminação em todo o país. Além disso, coube a essa secretaria planejar ações nos níveis federal, estadual e municipal que promovessem a igualdade a partir de parcerias internacionais e nacionais, com instituições públicas e privadas, ao implementar políticas para as mulheres. Por fim, teve também como objetivo acompanhar todas as ações públicas, legislações e acordos assinados pelo Brasil com o intuito de combater a discriminação e buscar a igualdade entre mulheres e homens (Brasil, 2003).

Vale destacar que a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres contou com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) enquanto órgão colegiado e responsável por diversas ações, entre elas: fiscalizar as políticas de igualdade para mulheres em todo território nacional, elaborar e formular metas e prioridades orçamentárias para a promoção da igualdade, estimular estudos e pesquisas em relação a conhecer as mulheres brasileiras para criação de políticas condizentes com a realidade dessas pessoas, além de participar e organizar as Conferências Nacionais de Políticas Públicas para as Mulheres, o que será o próximo tópico dessa dissertação (Brasil, 2003).

I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

O documento da criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres apontava que as Conferências Nacionais de Políticas para as mulheres seriam realizadas pelo CNDM. Assim, o primeiro encontro ocorreu no ano de 2004, em Brasília. Essa Conferência se desenvolveu a partir do envolvimento de mais de 120 mil mulheres no país todo no final de 2003 em conferências municipais e estaduais de políticas para mulheres, as quais contribuíram com propostas e diretrizes para que acontecesse a I Conferência Nacional, a qual contou com a reunião de quase 1800 delegadas e mais de 700 observadoras e convidadas (Brasil, 2004a).

Dessa forma, este documento é o registro de um importante momento de reconhecimento sobre a capacidade do Estado, por meio de políticas públicas, de interferir diretamente na vida das mulheres mediante ações com potência para manter ou modificar padrões de relação de gênero presentes na nossa sociedade e cultura. Assim, este documento destacou pela primeira vez a não neutralidade do Estado como gestor e articulador de ações políticas voltadas à mulher. Além disso, reafirmou a universalidade ao acesso, os direitos e o compromisso com a diminuição das desigualdades sociais em especial relacionadas às questões de gênero, raça e etnia ao desenvolver ações e políticas sociais que pudessem alterar essas relações de poder e garantir direitos a todos os grupos, em especial às mulheres (Brasil, 2004a). Dentro dessa lógica, a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres contou com diretrizes e princípios que garantiram a inserção contínua das mulheres nas ações do Estado e reforçou o caráter das mesmas como sujeitos e não apenas “apêndice da família ou recurso poupador de investimentos públicos” (Brasil, 2004, p. 11). A partir dessa Conferência, que culminou com a criação da Política Nacional para Mulheres, o Estado reconheceu a contribuição dos movimentos feministas para a modificação da tradicional lógica política que ausenta a discussão sobre as desigualdades de gênero (Brasil, 2004a).

A I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres delimitou diversos princípios presentes na Política Nacional para Mulheres, entre eles: a igualdade na diversidade entre

mulheres, homens, etnias e classes existentes na sociedade; a autonomia das mulheres, quebrando o ciclo de exploração, opressão e dependência sofrida por elas ao defender e incentivar o poder de decisão das mulheres relativos ao seus corpos, vida e relação em comunidade; o Estado Laico, ao colocar todas e todos enquanto iguais e assegurando a efetivação de seus direitos; a universalidade ao defender e apoiar a luta de todas as mulheres sejam elas brancas, negras, pardas ou indígenas em meios rurais ou urbanos a partir de políticas públicas que as contemplem; a participação das mulheres nos diferentes segmentos sociais para ajudar na criação e desenvolvimento de políticas públicas de forma a beneficiá-las e assegurar sua diversidade e cidadania (Brasil, 2004a).

Em relação às diretrizes gerais, destacam-se a responsabilidade do Estado, em suas esferas federais, estaduais e municipais, em superar as desigualdades de gênero ao desenvolver políticas públicas visando a igualdade; o reconhecimento da violência de gênero como algo estrutural em destaque a violência doméstica, sendo necessárias ações específicas de enfrentamento e prevenção; o livre exercício da sexualidade, dos direitos reprodutivos e livre orientação sexual e contra a apropriação mercantil do corpo e das vidas femininas; alteração da divisão sexual do trabalho tanto em relação à divisão do trabalho doméstico quanto à outros costumes e valores sociais (Brasil, 2004a).

Além disso, em relação às desigualdades, este documento também destacou como diretrizes “ações afirmativas como instrumento necessário ao pleno usufruto de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres, negras, índias, populações tradicionais, lésbicas e deficientes” (Brasil 2004, p. 15) com o objetivo de modificar ações e valores sociais discriminatórios. Para que isso fosse possível, o Estado deveria assumir a responsabilidade de desenvolver práticas educativas mais inclusivas e igualitárias. Foi também considerada importante a produção permanente de dados estatísticos diferenciados por sexo para observar as relações de desigualdade de gênero e desenvolver ações e políticas públicas para inverter esse quadro. Por fim, uma diretriz da Conferência apontou a necessidade de

revisão e atualização das diretrizes da Política Nacional para as Mulheres a cada três anos, a partir das Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (Brasil, 2004a).

Durante a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres além dos princípios e diretrizes também foram abordados quatro eixos temáticos discutidos enquanto problemas a serem combatidos com ações desenvolvidas pelo Estado: (1) Enfrentamento da pobreza: geração de renda, trabalho, acesso ao crédito e a terra; (2) Superação da violência contra a mulher – prevenção, assistência e enfrentamento; (3) Promoção do bem-estar e qualidade de vida para as mulheres: saúde, moradia, infraestrutura, equipamentos sociais e recursos naturais; (4) Efetivação dos Direitos humanos das mulheres: saúde, moradia, infraestrutura, equipamentos sociais e recursos naturais (Brasil, 2004a).

Considerando a temática desta pesquisa, consideramos necessário o destaque do item de Saúde referente ao Eixo Temático 3. De acordo com esse item, é função do Estado garantir o funcionamento da Política Nacional para as Mulheres baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, princípios estes também presentes no SUS, a partir da articulação das três esferas governamentais. Dentro dessa perspectiva, torna-se indispensável garantir uma política de saúde que atinja todas as mulheres, trabalhadoras rurais ou urbanas, índias, negras ou quilombolas, jovens e idosas, lésbicas, profissionais do sexo, entre outras, a partir da capacitação adequada e formação continuada das equipes de saúde para atendimento ético à necessidade de cada grupo populacional. Para que esse atendimento ético ocorra se faz necessário um cuidado humanizado a partir de um recorte de gênero (Brasil, 2004a).

Neste documento muitas ações voltadas à maternidade e ao estado puerperal são ainda destaques. Programas voltados à redução da mortalidade materna e neonatal e o incentivo ao aleitamento exemplificam essa tendência. Soma-se a tais exemplos o incentivo ao parto normal (presente desde 1984 com o PAISM), considerando o altíssimo número de cesáreas no Brasil que supera o recomendado pela OMS. Ainda que se direcionem para a realidade da maioria das mulheres brasileiras é preciso que se garanta o cuidado de forma mais abrangente ao público

feminino (Brasil, 2004a).

Neste sentido, um diferencial encontrado no documento foi o incentivo a políticas públicas para saúde da mulher trabalhadora, em diálogo com a legislação de prevenção de saúde e segurança dessas mulheres atrelada aos direitos trabalhistas – os quais, infelizmente sofreram diversos retrocessos, a partir da proposta de Reforma Trabalhista aprovada no Governo Temer. Outra pauta importante foi o treinamento das equipes em relação aos cuidados e atenção à saúde nos casos de aborto em situações consideradas ilegais lutando a favor da descriminalização do mesmo, além da assistência de prevenção e tratamento das mulheres grávidas usuárias de substâncias psicoativas e portadoras de HIV/AIDS, o que até então pouco não se encontrava em documentos anteriores (Brasil, 2004a).

Por fim, escolhemos destacar também o cuidado destacado às mulheres em situação de violência, mulheres vivendo no sistema prisional e diversas outras em situação de minoria e pouca visibilidade. Considerando nessas situações pontos importantes de cuidado à saúde mental, o documento em questão também destacou necessidade de implantação e ampliação da rede em saúde mental desde ações de prevenção, tratamento até a reinserção social para toda a população, em especial às mulheres, participantes também desta pesquisa.

I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM)

Da mesma forma que o PAISM foi feito a partir das características e necessidades da população brasileira da época, a construção do Plano Nacional de Políticas para Mulheres em 2004 também foi permeada pela questão central: quem é a mulher brasileira atual? A partir de dados do censo demográfico 2000/IBGE e estudos sociais da época, a mulher representava em média 54% da população brasileira, sendo estas 46% pretas e pardas, e 85,4% viviam em áreas urbanas. Além disso, considerando o envelhecimento populacional e o aumento da taxa de adultos enquanto população economicamente ativa, boa parte das mulheres se encontravam presentes no mundo do trabalho. Todavia, a desigualdade entre homens e mulheres se

evidenciava, ainda mais a partir da variável raça. Independente do rendimento médio mensal e da quantidade de anos de escolaridade, as mulheres ganhavam menos que os homens, realidade essa ainda presente (Brasil, 2004b).

Além disso, outra característica importante na discussão sobre a mulher brasileira foi a relação entre as desigualdades sociais, econômicas e culturais como determinantes do processo saúde-doença. Neste ponto, destacou-se o maior número de mulheres em situação de pobreza se comparado aos homens, com maior carga horária de trabalhos domésticos e boa parte do seu tempo dedicado a trabalhos não remunerados, colocando-as ainda mais distante do acesso aos bem sociais e serviços de saúde, aumentando as situações de sofrimento e adoecimento dessa população. Soma-se a isso a violência considerada como grave problema de saúde pública e fortemente vinculada à questão de gênero, reforçando a necessidade de criação de políticas que a assegurem dos seus direitos (Brasil, 2004b).

Dessa forma, tendo em vista essas características e demanda das mulheres brasileiras, esse plano foi construído tendo também como parâmetro a Constituição de 1988, marco legal de democracia no país que reforçou a necessidade e preocupação do Estado em assegurar e ampliar os direitos das mulheres. Dentro desse processo, a criação do PNPM também foi feita a partir de marcos legais mundiais, entre eles a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, ocorrida em 1994, e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher feita em Beijing, no ano de 1995. Além dessas, outras convenções e encontros mundiais anteriores foram essenciais para a criação do PNPM. Entre elas, temos a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW (1979) e a Convenção nº 156, de 23 de Junho de 1981 da OIT, que reafirmou a igualdade de direitos para homens e mulheres trabalhadoras, além de diversas outras que marcaram direitos trabalhistas, direitos humanos e o compromisso do combate à discriminação de etnias, raça, gênero (Brasil, 2004b).

Dessa forma, a partir da realidade da mulher brasileira e da I Conferência Nacional de

Políticas para Mulheres, participantes elaboraram os princípios e diretrizes que nortearam o I Plano Nacional de Políticas para Mulheres, congruente com a igualdade de gênero e reafirmando a diversidade da raça e etnia. Esse plano foi construído com o intuito de ser um instrumento de trabalho a partir de quatro áreas estratégicas de atuação e 4 eixos temáticos desenvolvidos anteriormente na conferência nacional, expostos também nesse texto (Brasil, 2004b).

As 4 áreas estratégicas de atuação construídas foram: (1) autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; (2) educação inclusiva e não sexista; (3) saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; (4) enfrentamento à violência contra as mulheres. Essas áreas contribuíram para a construção de políticas públicas que contemplassem a necessidade desse público em todo o Brasil, buscando a mudanças positivas na vida dessas mulheres (Brasil, 2004b).

Considerando novamente o enquadramento desta pesquisa no campo da saúde, consideramos necessário destacar alguns desafios, objetivos e metas do PNPM no que concerne à saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. De acordo com o PNPM, a mulher brasileira, no início dos anos 2000 tinha como principais causas de morte as doenças cardiovasculares, os cânceres de mama, pulmão e colo do útero, além de doenças respiratórias e endócrinas, diabetes e causas externas. Além disso, outras causas de morte foram relacionadas ao aborto e aos de casos de HIV/AIDS na população feminina, como também a violência física e sexual sofrida pelas mulheres, trazendo questões recorrentes de saúde relacionadas à dores físicas, tonturas, maiores tentativas de suicídio e maior uso do álcool (Brasil, 2004b).

Outra questão de destaque no campo das políticas de saúde para mulher, já citada neste trabalho, refere-se à preocupação com a gravidez e ao parto: no documento de 2004 tem-se que 91,5% dos partos aconteciam em hospitais, porém para as mulheres em zona rural, o mais comum era o auxílio da parteira, sem recursos hospitalares e equipe médica, muitas vezes não havendo qualquer apoio dos serviços de saúde (Brasil, 2004b).

Tendo em vista essas questões, o PNPM elaborou enquanto objetivos no eixo 3 promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras expandindo a rede e a qualidade dos serviços oferecidos a elas; garantir que seus direitos sexuais e reprodutivos fossem respeitados; contribuir para a redução das mortes femininas, principalmente devido a situações de violência e ausência de acesso aos serviços de saúde; propor um atendimento humanizado e qualificado nos serviços de saúde do SUS para atender de forma integral as demandas femininas (Brasil, 2004b).

Para que esses objetivos pudessem ser cumpridos, o PNPM indicou a necessidade de desenvolver diversas ações, tais como aquelas específicas às demandas clínico-ginecológicas em equipes de saúde da família em um município de cada região do país; projetos de atenção à saúde mental das mulheres em 10 cidades com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a implantação de centros de referência a saúde do trabalhador em áreas rurais e urbanas; ações em saúde integral para as mulheres indígenas em pelo menos 10% dos polos básicos de saúde; ações de saúde integral à 35% dos estados com presídios femininos; cuidados e ações contraceptivas reversíveis a 60% das mulheres em idade fértil em todas as regiões do país com ESF ou vinculadas ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; reduzir 5% de complicações de saúde decorrentes do aborto e 15% de mortalidade materna; diminuir pelo menos em 3% a incidência de AIDS nas mulheres; eliminar a sífilis congênita; aumentar em 30% de exames de Papanicolau nas idades entre 35 e 49 anos, como também em 30% o número de mamografias a serem feitas (Brasil, 2004b).

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A partir do I Plano Nacional de Políticas para mulheres e as delimitações das diretrizes e princípios expostos acima, em 2004 o PAISM se transformou e ganhou status de política, recebendo a denominação de Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa política foi construída a partir da presença e luta do movimento feminista, negro, de

trabalhadoras rurais e urbanas, instituições de pesquisa, gestores do SUS, organizações não-governamentais, entre diversos outros parceiros na luta pela igualdade de gênero e melhoria da qualidade de vida das mulheres. Assim, essa política reafirmou o compromisso do SUS em buscar ações de promoção de saúde e integralidade às mulheres, considerando o seu contexto social e em situações de desigualdade social, no mundo trabalhista, nas situações de violência, entre outras (Brasil, 2004c).

Dessa forma, a perspectiva de gênero que permeia esse documento destaca que o “conjunto de relações atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (Brasil, 2004 p. 13) afeta diretamente a vida das pessoas, principalmente no quesito saúde, uma vez que envolve situações de desigualdade como já abordada nos documentos do PAISM, entre os outros citados aqui anteriormente. Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirmou o compromisso de desenvolver políticas públicas e ações em saúde para combater essas desigualdades, ampliando o foco de forma a englobar a mulher em suas diversidades.

Nesse contexto, essa política continuou o compromisso nas ações de saúde relacionadas à melhoria do estado de gravidez e puerperal ao combater a mortalidade materna, a precariedade da atenção obstétrica, o abortamento em condições de risco, a precariedade da assistência em anticoncepção, em doenças crônico-degenerativas, à saúde mental, em casos de câncer, como também de DST/HIV e situações de violência doméstica e sexual, como também foi discutido na Conferência Nacional e no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2004c).

Porém, mais do que isso, ampliou o olhar e cuidado à três gerações envolvendo ações voltadas às crianças, à saúde das mulheres adolescentes e à saúde da mulher no climatério, além de reforçar o olhar à diversidade social por meio de ações às mulheres lésbicas, negras, indígenas, trabalhadoras na área rural e mulheres em situação de cárcere. Essa política destaca a necessidade e a diversidade das mulheres, reafirmando o compromisso em buscar ações humanizadas e integrais articuladas com as diretrizes e princípios do SUS, de forma horizontal

e em parceria com a sociedade civil.

II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

Como foi acordado na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, as conferências seriam realizadas a cada 3 anos, organizadas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Sendo assim, a II Conferência ocorreu no ano de 2007, também em Brasília, e envolveu cerca de 195 mil mulheres a partir de conferências municipais e estaduais em todo país. Esta conferência teve o propósito de analisar a realidade brasileira segundo as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que entrelaçavam o desafio da implementação do Plano Nacional de Políticas para as mulheres. Além disso, foi objetivo a avaliação das ações políticas realizadas em prol da igualdade e de melhores condições de vida das mulheres, por meio das políticas públicas implementadas. A partir dessas análises, esperava-se apresentar propostas de modificações do conteúdo e da forma de operação da PNPM, incentivando a participação das mulheres nos espaços de decisão e política (Brasil, 2007).

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres contou com a participação ativa de 69 integrantes do Conselho Nacional dos Direitos da mulher, 425 representantes de diferentes Ministérios e órgãos do governo e 2306 mulheres que participaram das conferências municipais e estaduais. Com a participação de diversos atores nessa conferência também foram discutidos temas importantes e de grande destaque, como o enfrentamento à violência a partir da implementação da Lei Maria da Penha. A partir da fala do ex-presidente Lula, foi acordado o investimento de 1 bilhão de reais até 2010 para ações de prevenção à violência contra mulher, além de assegurar os direitos das mulheres e o combate à impunidade dos agressores. O ex-presidente também assumiu o compromisso de tornar o Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres como ação contínua do Estado Brasileiro, a partir da parceria entre ministérios e com participação social (Brasil, 2007).

Dentro desse contexto, após o posicionamento do ex-presidente Lula, a ex ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Nilcéa Freire, também destacou o avanço do Plano

Nacional de Políticas para as Mulheres ao transformar ações isoladas em políticas públicas em prol da mulher, mesmo que a desigualdade ainda esteja presente como parte estrutural dentro da questão de gênero. Outros avanços incluíram a aprovação da Lei Maria da Penha, como citado anteriormente, o enfrentamento do analfabetismo na população feminina, o incentivo a projetos e planos com objetivo de gerar renda às mulheres, entre outras ações. Todavia, para a ex ministra, alguns desafios ainda permaneciam, entre eles a necessidade de maior envolvimento das esferas municipais e estaduais na implementação da PNPM, a não redução das taxas de mortalidade materna e a não padronização das ações feitas pelas Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs).

Além disso, a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres foi importante por incluir mais 6 eixos ao PNPM, sendo eles:

participação política das mulheres e igualdade em todos os espaços de poder; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade, na floresta com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; direitos das mulheres à terra e moradia digna, bem como serviços com cidadania, garantindo a qualidade de vida nas áreas urbanas e rurais; cultura, comunicação e mídia: igualitária, democrática e não discriminatória, não-sexista, anti-racista, não lesbofóbica e não homofóbica, com controle social; enfrentamento do racismo, sexismo, lesbofobia; e enfrentamento das desigualdades que atingem as mulheres jovens, idosas em suas especificidades e diversidades (Brasil, 2011 p. 3-4)

Dessa forma, diversas medidas foram discutidas em diferentes âmbitos, desde a educação à política e à saúde. Em relação ao tema saúde, eixo preponderante dessa dissertação, a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres também propôs melhorias ao incluir o projeto de lei que permitia a interrupção voluntária da gravidez em casos de violência sexual até a 20ª semana de gestação e a interrupção voluntária de todos os casos de gravidez até a 12ª semana. Este foi considerado um grande marco para a saúde das mulheres, uma vez que o aborto

ilegal foi considerado a 4ª causa de morte em dados encontrados no PNPM. Por fim, no eixo de saúde também foi considerado prioridade o projeto de lei para licença maternidade prolongada de 6 meses independente do regime trabalhista no qual a mulher se encontrava (Brasil, 2011).

II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Este plano foi um desdobramento dos resultados das conferências municipais e estaduais ocorridas em todo o país, que culminaram na II Conferencial Nacional de Políticas para as Mulheres. Dentro deste plano, lançado em 2008, o governo federal reafirmou o tema como integrante de um Plano de Governo, e não apenas um plano relacionado à Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (Brasil, 2008).

Algumas mudanças essenciais no plano foram a incorporação de alguns princípios a partir da I e II Conferência Nacional. O primeiro destaque foi a incorporação do princípio de equidade, ao reafirmar a necessidade de assegurar os direitos universais a todos, considerando as suas diferenças e desenvolvendo ações diferentes para cada grupo com base na sua necessidade e história. O segundo princípio foi da Justiça Social, ao reconhecer a importância da redistribuição dos recursos financeiros produzidos pela sociedade para tentar diminuir a desigualdade social, que afeta a vida e a segurança das mulheres. O último princípio incorporado foi a Transparência dos Atos Públicos, com o compromisso de respeitar e desenvolver ações públicas pautadas na legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência, sendo transparente nas ações à toda sociedade (Brasil, 2008).

Por fim, o documento cita os objetivos, prioridades e metas criadas com a parceria entre o governo e a população para alcançar uma sociedade melhor e menos desigual para todos, reafirmando a necessidade de que o olhar à mulher, seja feito considerando-a em sua diversidade, enquanto grupo historicamente discriminado. Sendo assim, o governo incorporou os 6 novos eixos citados anteriormente nesse texto, desenvolvidos na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, e ações e compromisso para alcançá-los, em diversos âmbitos da

vida, desde a autonomia econômica e inclusão social até a educação inclusiva sexista e a saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos (Brasil, 2008).

No eixo de Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos este documento destacando o aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV (frente ao número de infectado entre os homens) e a necessidade de cuidar disso na perspectiva de gênero. Além disso, como objetivo geral acrescentou o compromisso em respeitar a identidade de todas as mulheres em relação à sua raça, etnia, geração e orientação sexual (Brasil, 2008).

Dentro desse eixo, nos objetivos específicos, nenhum novo foi criado considerando-se o I Plano, todavia especificou melhor o compromisso em combater a discriminação. No I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres o combate à discriminação foi explicitado apenas no item de redução da morbidade e mortalidade feminina, ao passo que no II Plano esse caráter esteve presente em mais um objetivo, ao garantir e estimular os direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres, nas suas diversidades (Brasil, 2008).

Dentro das prioridades desse eixo, no II Plano foi retirado o item específico sobre revisar a legislação punitiva a respeito do aborto, todavia alguns novos itens foram acrescentados. O primeiro deles envolve ações específicas de saúde às mulheres a partir da menopausa. O segundo abrange a organização de ações voltadas às queixas ginecológicas de mulheres jovens e adolescentes. Além disso, acrescentou-se o incentivo e compromisso da participação popular em defesa das políticas para as mulheres e também alterações nas leis, de forma a garantir e assegurar, cada vez mais, os direitos sexuais, reprodutivos das mulheres convergentes com a expansão do SUS (Brasil, 2008).

A respeito das metas, algumas foram mantidas, muitas foram retiradas e outras sofreram alterações. Entre as que foram eliminadas do plano de metas do governo temos a habilitação de 35% dos estados brasileiros com presídios femininos a adotarem a atenção integral à saúde da mulher em situação presidiária; a redução das complicações do aborto em 5% e a diminuição de 3% do número de AIDS em mulheres. Já entre aquelas que sofreram modificações inclui-se:

o aumento de 10 para 100% da atenção integral para a mulher índia, nos polos básicos; a oferta de anticoncepcionais reversíveis a 100% das mulheres, não apenas 60%, em todos os serviços de saúde, não mais exclusivo da ESF ou do Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento; a implantação de projetos pilotos específicos à saúde mental da mulher em 5 municípios, não mais 10, em serviços gerais, não apenas nos CAPS; o aumento de mamografias em 15%, não mais 30% como ocorreu no I Plano (Brasil, 2008).

Entre as novas metas incorporadas, observa-se a adesão ao Plano de Enfrentamento da Feminização das DST/AIDS em todos os estados brasileiros; a criação de 4 referências técnicas em cada estado brasileiro para as demandas das mulheres na menopausa; o desenvolvimento de 5 referências técnicas em cada estado para lidar especificamente com queixas ginecológicas das mulheres inclusive adolescentes; a instauração de 15 centros específicos para o cuidado à infertilidade; e o incentivo à criação de um centro colaborador em ações de parto humanizado, aborto e situações de urgências e emergências relacionadas à gravidez (Brasil, 2008).

3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

A terceira Conferência Nacional ocorreu no final de 2011 e teve início com a explicação do uso do termo “desigualdades”, no plural, ao reafirmar a existência de diferentes desigualdades relacionadas à classe social, gênero, raça e etnia, orientação sexual e os padrões de heteronormatividade que resultam em ações de homofobia, transfobia, lesbofobia, sexismo entre tantas outras. Neste contexto, o documento adotou a expressão “mulheres em sua diversidade”, explicando as diversas formas de ser mulher no país, relativas à identidade da mulher do campo, da cidade, da floresta, indígenas, negras, ribeirinhas, quilombolas, ciganas, lésbicas, jovens, de comunidades e povos tradicionais, idosas, com deficiência, entre tantas outras (Brasil, 2011).

A partir disso o documento resgatou três resoluções de caráter geral que se relacionam ao fortalecimento da Política Nacional para as Mulheres e da manutenção do Plano Nacional de

Políticas para as Mulheres, com todos os seus eixos antigos e novos, ao destacar que este serve como importante instrumento de promoção da igualdade. Por fim, merece um destaque devido à pertinência e relevância do eixo 9, referente ao “Enfrentamento do Racismo, Sexismo e Lesbofobia”, por entender a necessidade de combate a essas formas de discriminação e o caráter ainda frágil das ações até então desenvolvidas (Brasil, 2011).

Após a reafirmação dos princípios e diretrizes, esta conferência alterou a forma de abordar os problemas identificados pela população brasileira e pelos órgãos governamentais. Anteriormente, os planos e conferências apresentavam-se separados por eixos temáticos com metas, prioridades e objetivos para cada eixo. Nesta conferência, os eixos temáticos foram realocados, sem a separação direta de metas, prioridades e objetivos. Sendo assim, no eixo específico da saúde, esta conferência adotou “Saúde integral das mulheres, sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, destacando o caráter da integralidade nas ações políticas e a existência da sexualidade enquanto diversa. Além disso, esse item entrou dentro da “Autonomia Pessoal”, uma nova categoria (Brasil, 2011).

Dentro da “Saúde integral das mulheres, sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos” reafirmou-se o objetivo de fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destacando o fator da diversidade. Também prevaleceram ações e pontos relacionados à gravidez e ao planejamento reprodutivo, reforçando as ações humanizadas e o atendimento à todas as mulheres na sua diversidade. Ainda relacionado à gravidez, o texto expandiu e assegurou o direito à analgesia e outros instrumentos para alívio da dor, além da legitimação das parteiras enquanto profissionais importantes, junto com a equipe de saúde do SUS, para saúde da mulher. Sobre as situações de aborto, legais e ilegais, reafirmou o compromisso em realizar atendimentos e cuidados respeitando todas as mulheres de forma humanizada e incluiu novamente a necessidade de revisão da legislação punitiva ao aborto no Brasil de forma descriminalizada e legalizada em todos os casos, que até então tinha sido retirada da pauta do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Dentro dessa pauta

reafirmou a necessidade de humanização das ações de cuidado relacionadas ao aborto e que nenhuma mulher tenha risco de vida ou seja punida por ter realizado um aborto (Brasil, 2011). Em relação a algumas ações já existentes, foram expandidas aquelas voltadas à prevenção, controle e tratamento ao câncer de mama e de colo uterino. Essa expansão reforçou a necessidade de criação de mais campanhas de conscientização e oferta de atendimentos para realização dos diagnósticos o mais inicialmente possível. Além disso, destacou-se a necessidade de mais ações de saúde relacionadas às questões sexuais, a todas as mulheres, fortalecendo o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST's ao expandir e incluir kits de prevenção e educação sexual para mulheres lésbicas, prostitutas, vivendo com DSTs, em situação de privação de liberdade, respeitando suas diversidades e identidades (Brasil, 2011).

Por fim, em relação à saúde mental, outro ponto de grande destaque dessa dissertação de mestrado, a 3ª conferência reafirmou o compromisso com um modelo de atenção que tenha a perspectiva de gênero e seja pensada a todas as mulheres. Isso destaca as mulheres em sofrimento mental, usuárias de álcool e outras substâncias, em situações de violência e discriminações específicas como o racismo, lesbofobia e transfobia, como também em situação prisional ou situação de rua.

Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) 2013-2015

O documento referente ao plano nacional para 2013 a 2015 tem início marcando um momento histórico na política brasileira, ao destacar a primeira mulher eleita presidente. Logo no início, o plano citou a fala da então presidente Dilma Rousseff na 3ª Conferência Nacional, a qual reafirmou seu compromisso inabalável em desenvolver e assegurar as políticas de igualdade de gênero (Brasil, 2013).

Além disso, esse plano comemorou os 10 anos da criação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM) e do I Plano Nacional de Políticas Públicas. Essa

comemoração se deu conjuntamente com o agradecimento à participação de todos os movimentos sociais e a população civil para a criação de todos os planos nacionais, inclusive nesse, além da participação das três esferas do governo (Brasil, 2013).

Em relação às demandas sociais femininas dessa época, o governo destacou o compromisso na construção de creches e do contínuo combate à violência contra a mulher. Já a respeito dos princípios norteadores do PNPM, o documento marcou a incorporação de mais um: o princípio de transversalidade em todas ações políticas públicas. De acordo com o próprio PNPM, a transversalidade enquanto construto teórico orientador, “consiste em ressignificar os conceitos-chave que possibilitam um entendimento mais amplo e adequado das estruturas e dinâmicas sociais que se mobilizam – na produção de desigualdades de gênero, raciais, geracionais, de classe, entre outras” (Brasil, 2013 p.10). Dessa forma, ao incorporar a transversalidade dentro da gestão política coloca-se o compromisso com ações de Estado permeadas pela perspectiva de gênero (Brasil, 2013).

Dentro desse compromisso e dos problemas sociais mais recorrentes citou-se novamente o eixo 9 da Política Nacional para as Mulheres, destacado também na 3ª Conferência Nacional no ano de 2011. Para lembrarmos, o eixo 9 diz respeito ao enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia, e para reforçar as ações desse eixo foi criada a Coordenação da Diversidade junto à Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas (Saiat), além de uma assessoria específica às demandas das mulheres do campo e da floresta. Por fim, a introdução desse documento também apontou a existência de linhas de ações abrangentes não apenas em território nacional, mas também de alcance internacional. Entre os eixos temáticos, foram organizados 10 ao todo e neste documento eles estão separados com objetivos gerais, específicos, metas e linhas de ações novamente, assim como no II Plano Nacional (Brasil, 2013).

Dentro do eixo 3 referente à “Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, houve um resgate da história das políticas de saúde voltada às mulheres desde

o surgimento do SUS, da Constituição Federal, do PAISM entre algumas conferências internacionais, como a Conferência Mundial sobre Mulheres ocorrida em Beijing em 1995, já citada nessa dissertação. Esta Conferência ocorrida em Beijing tem sua importância pela discussão sobre as ações punitivas impostas às mulheres que realizam aborto ilegal e a evidência da necessidade de se buscar mais práticas de cuidado e saúde a elas, além de assegurar oportunidades de vida, de educação e todos os seus direitos enquanto cidadãs (Brasil, 2013).

Dentro desse resgate também foi pontuado a transformação do PAISM em PNAISM, ou seja, sua transformação e crescimento ao passar de programa para política nacional, com princípios, diretrizes e ações específicas buscando melhorias em saúde para todas as mulheres, em suas diversidades. Sendo assim, também foram resgatados alguns programas e ações desenvolvidas pelo governo como o Plano de Enfrentamento à Feminização das DST/HIV/AIDS, a Política de Atenção Integral à População Negra, além de políticas para as Pessoas com Deficiência, para a população indígena, para a população LGBT, entre tantas outras, reafirmando as diversidades das mulheres e das suas demandas (Brasil, 2013).

Em relação às metas do PNPM de 2013-2015, assim como nos documentos anteriores, foi mantido o compromisso geral em fortalecer a PNAISM em todo território. Entre as novas, a redução da gravidez na adolescência, redução do número de cesáreas no país e outros procedimentos invasivos e desnecessários à mulher, assim como a diminuição da violência obstétrica e institucional nos serviços. Além disso, entrou como meta também a implantação da Rede Cegonha em todo o país. Em relação à mortalidade materna, um foco grande na redução da mortalidade materna da mulher negra, superior quando comparada com os indicadores estatísticos da mulher branca. Sobre o aborto, uma das metas também foi ampliar os serviços de saúde de atenção integral à mulher em situação de aborto legal (Brasil, 2013).

Ainda no quesito metas, em relação aos direitos sexuais da mulher houve um destaque na redução da incidência de HIV/Aids não apenas nas mulheres, mas em toda população. Já a respeito das doenças oncológicas, estabeleceu-se como meta expandir os serviços de

diagnóstico e tratamento de cânceres de colo, de mama, de pulmão e diversos outros que acometem a saúde da mulher. Dentro desse contexto outras metas também foram acopladas como implantar um programa específico para avaliar a qualidade da mamografia oferecida nos serviços e do exame citopatológico do colo do útero (Brasil, 2013).

Além disso, como meta ficou definida também o aumento de profissionais dentro da ESF alinhados aos princípios do PNAISM e convergentes com as ações em equidade; o combate ao racismo dentro do próprio sistema e serviços do SUS, de forma institucional; aumentar as notificações de casos de violência entre elas a doméstica e sexual em 20% dos serviços, como também investigar pelo menos 85% dos casos de morte entre mulheres jovens, com idade fértil, além das mortes provenientes da gravidez e parto. Por fim, entrou como novo a implementação da notificação compulsória em todos as cidades brasileiras, como foi decidida pela Lei 10.778/2003 e a Portaria 104 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

Entre as linhas de ação, os pontos novos destacados englobaram tanto o objetivo em reduzir o número de mortes na população feminina brasileira por câncer quanto ações voltadas à saúde mental. No caso da saúde mental, a linha de ação destacou a necessidade de desenvolver ações de promoção de saúde na diversidade, considerando orientação sexual, raça/etnia, idade, classe social, mulheres ribeirinhas, quilombolas, do campo, da floresta, em condição de liberdade ou situação prisional. Além disso, reafirmou-se a relação entre a saúde mental e mulheres em situação de violência e usuárias de substâncias como álcool e outras drogas psicoativas. Outro ponto importante foi a extensão dos serviços de saúde às mulheres moradoras de áreas ribeirinhas e moradoras em situação de rua, ampliando unidades básicas de saúde fluviais e equipes de consultório de rua. (Brasil, 2013).

4ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres

Nesta última conferência, ocorrida em 2016, o tema norteador foi “Mais Direitos, Participação e Poder para as Mulheres”. Essa conferência foi permeada por muitos conflitos políticos relativos ao mandato da então presidente Dilma Rousseff e da abertura do processo de

impeachment, sinônimo do que viria a ser conhecido como golpe ao estado democrático de direito brasileiro. Durante a abertura, Dilma Rousseff destacou a participação e luta feminina na defesa dos direitos e reforçou que nenhum fundamentalismo impediria que a perspectiva de gênero se aprofundasse e adentrasse ainda mais nas ações políticas. Além disso, em relação ao processo de impeachment, a ex-presidente destacou o caráter de preconceito e violência pelo fato dela ser a primeira mulher eleita presidente diante do voto popular e democrático (Brasil, 2016).

Em relação à conferência, esta aconteceu a partir da mobilização de 154 mil pessoas em todo o território nacional, tendo 2214 delegadas, 403 convidadas, observadoras e pesquisadoras, além de 18 grupos de trabalho, 43 propostas e 18 moções aprovadas. Além disso, no que diz respeito às diretrizes desta conferência, destacou-se novamente as diversidades das mulheres brasileiras citando pela primeira vez novos grupos femininos. Entre eles, as catadoras de material reciclável, mulheres com patologias psicossomáticas, psiquiátricas e com transtorno mental, em condição de drogadição, mulheres das marés, faxinalenses, vítimas de escapelamento, surda/surdocega, de matriz africana, marisqueiras, trabalhadoras domésticas, quebradeiras de coco, mulheres de terreiro, imigrantes e migrantes, pescadoras, autônomas, associadas e cooperadas. Desta forma, como podemos ver, destaca-se o compromisso da conferência em expandir e reforçar ainda mais as diversidades e o seu papel e importância no contexto brasileiro (Brasil, 2016).

Foram quatro os eixos discutidos e elaborados na conferência: 1- Contribuição dos Conselhos de Direitos da Mulher e dos Movimentos Feministas e de Mulheres para a efetivação da Igualdade de Direitos e Oportunidades; 2- Estruturas Institucionais e Políticas Públicas Desenvolvidas para Mulheres nos Âmbitos Municipal, Estadual e Federal: Avanços e Desafios; 3- Sistema Político com Participação das Mulheres e Igualdade: Recomendações; 4- Sistema Nacional de Políticas para Mulheres: Subsídios e Recomendações. O campo da saúde esteve presente na conferência das Políticas Públicas. Dessa forma, sobre a saúde algumas questões

novas forma incorporadas. Entre elas, a saúde mental de mulheres em alto nível de uso de medicamentos e drogas. Em relação à gravidez, importante passo foi o compromisso em garantir à grávida a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto conforme a Lei Federal 11.108/2005, podendo ser qualquer pessoa à sua escolha. Nesse aspecto, reforçou-se a formação continuada para as parteiras tradicionais. Além disso, em relação à gravidez e aos direitos reprodutivos assumiu-se como compromisso modificar a Lei Federal do Planejamento Familiar 9263/1996 assegurando a mulher à possibilidade de realizar a laqueadura tubária sem o consentimento do marido (Brasil, 2016).

É possível destacar nessa conferência algumas ações para garantir a saúde a grupos minoritários, entre eles, as mulheres amazônicas vítimas de escapelamento, ao se articular com o Ministério da Saúde mais estudos clínicos a respeito, além de formar agentes de saúde nos serviços capacitados para desenvolver ações humanizadas direcionadas às mulheres indígenas. Sobre as mulheres transexuais, outro grupo importante, na conferência se assumiu fortalecer a oferta de hormonioterapia e mais médicos endocrinologistas para o acompanhamento de saúde, assim como treinar a equipe de internação hospitalar a respeito do nome social e identidade de gênero de travestis e mulheres transexuais. Às mulheres com deficiência, destacou-se a necessidade de adaptação dos serviços de saúde à acessibilidade universal das mulheres, a criação de Centros de Referências de Atendimento à Saúde da Mulher com Deficiência com uma equipe capacitada e treinada, além de equipamentos adaptados à necessidade dessas mulheres como maca rebaixada, intérprete de libras e material informativo em libras e braile (Brasil, 2016).

Em relação à sexualidade, foi destacado pela primeira vez campanhas educativas que abordassem, além dos métodos de contracepção e preventivos, o uso do preservativo feminino, principalmente para as mulheres lésbicas. Além disso, também se destacou a necessidade de criar mais parcerias entre o Ministério da Saúde e escolas para a discussão e informação sobre sexualidade, gravidez precoce, prevenção de DST/AIDS às meninas e meninos. Em relação ao

aborto, novamente a necessidade de revisão do Código Penal além de garantir nos casos de aborto legal o direito ao atendimento humanizado. Por fim, o compromisso em superar os desafios em aprimorar a PNAISM e garantir o direito à saúde à todas as mulheres, estudando os pontos de maior dificuldade e obstáculos ao funcionamento da PNAISM (Brasil, 2016).

No final da 4ª Conferência, além das propostas apontadas e dos eixos discutidos e elaborados, também se acrescentou uma carta intitulada “Carta das Mulheres para o povo brasileiro”, elaborada na própria conferência. Nesta carta, delegadas representando as mulheres brasileiras enfatizaram o repúdio ao golpe de Estado que viria posteriormente a interromper o mandato da presidente Dilma. Elas destacaram o baixo nível de debate político permeado nesse processo, além nenhuma prática ilegal feita pela presidente, como também diversos ataques e violências de cunho sexista, machista e misógino que a presidente sofreu, violentando não apenas ela enquanto indivíduo, mas todas as mulheres. Dessa forma, destacaram o apoio à presidente Dilma e a necessidade de enfrentamento ao retorno e fortalecimento de grupos e ideais fascistas. Por fim, reafirmaram o compromisso com a democracia e a necessidade de Reforma Política a partir da mudança do processo de financiamento das campanhas políticas (Brasil, 2016).

Momento atual político

Após a 4ª Conferência Nacional muitos conflitos políticos permearam o país, entre eles o impeachment que a presidente Dilma sofreu, além da mudança da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher para o Ministério dos Direitos Humanos, não mais vinculado diretamente à Secretaria de Governo da Presidência da República (Brasil, 2018). Compreendemos essa medida enquanto retrocesso aos direitos da mulher e da busca pela igualdade de gênero e políticas públicas pautadas a esse objetivo.

Além dessa questão, outro fato triste que nos engloba é relativo ao desarquivamento da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 29/2015 que diz respeito dos casos de aborto previsto

em lei, tentando ilegalizar os 3 tipos hoje assegurados sendo referentes aos abortos em casos de feto anencéfalo, abortos em risco à saúde da mãe e em casos de violência sexual contra a mulher. Mesmo essa proposta não tendo sido ainda analisada pela Comissão de Constituição, coloca o risco e retrocesso à saúde da mulher, já que o aborto sempre entrou como uma pauta importante no PNPM e em todas as conferências.

Apêndice 2 - Roteiro semiestruturado de entrevista individual

1) Dados de caracterização geral

Idade, Naturalidade, Cidade onde reside, Estado Civil, Filhos, Renda Mensal

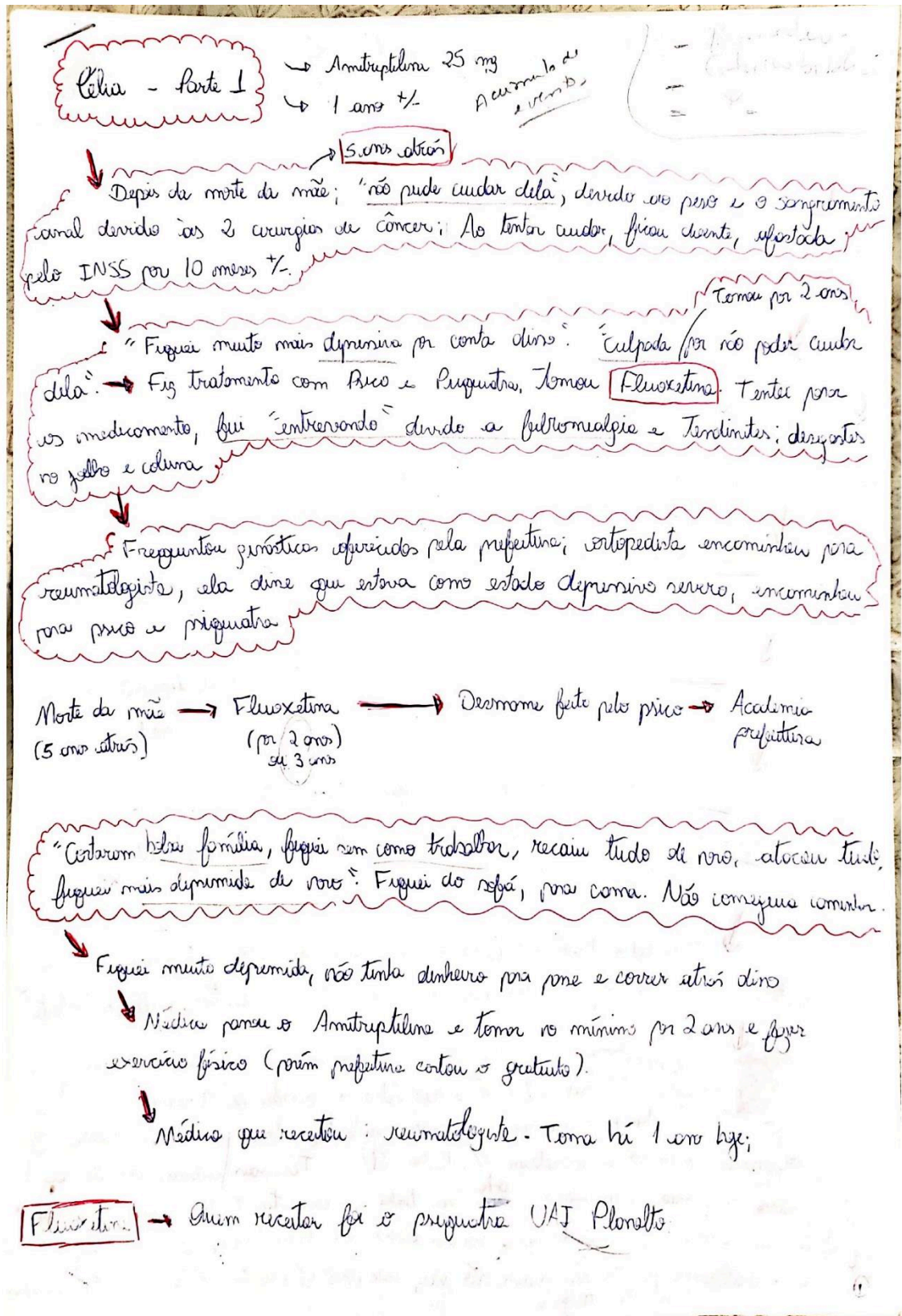
2) Perguntas norteadoras a respeito da vivência da mulher que utiliza medicamentos psicotrópicos

- 1) Medicamento(s) em uso;
- 2) Tempo que utiliza esse(s) medicamento(s)
- 3) Momento da história de vida que suscitou o início do uso;
- 4) Motivos que levaram ao início do uso do medicamento(s);
- 5) Profissional/serviço que prescreveu o medicamento;
- 6) Possíveis trocas de medicação que podem ter ocorrido e se houve orientação do profissional responsável no momento da troca;
- 7) Explicações recebidas sobre efeitos colaterais do(s) medicamento(s);
- 8) Mudanças observadas logo após o início da medicação;
- 9) Mudanças observadas atualmente sobre o uso da medicação;
- 10) Avaliação do impacto do uso do(s) remédio(s) nas atividades cotidianas realizadas;
- 11) Avaliação de mudanças do ponto de vista emocional do uso do(s) remédio(s);
- 12) Avaliação do impacto do ponto de vista dos relacionamentos interpessoais (filhos, conjugues, namorado(a), amigos, colegas de trabalho...) com o uso do(s) remédio(s);
- 13) Possíveis contribuições do uso do medicamento para a saúde e bem estar;
- 14) Possíveis prejuízos identificados pelo uso do(s) medicamento(s) para a saúde e bem estar.

Apêndice 3 – Questões disparadoras para entrevista grupal

- 1- Vocês são apaixonadas pelas mulheres que são hoje?
- 2- Quais tipos de batalhas já enfrentaram na vida?
- 3- Vocês acreditam que há mais de uma maneira de ser mulher no mundo?
- 4- O que mais gostam no fato de serem mulheres?
- 5- O que menos gostam no fato de serem mulheres?
- 6- Quais os desafios que possuem sendo mulheres?
- 7- Ser mulher hoje é igual ou diferente de ser mulher nos anos passados?

Apêndice 4 – Exemplo de Árvore de Associação de Ideias



"Médica (reumatologista) disse p/ tomar o amitriptilina não só para depressão, mas para tratar as outras enfermidades (fibromialgia) e depois retornar com as propriedades e trocar medicações por um menor preço"

↘ Ela falou que ele poderia dar vertigem, náuseas, era um caso de adaptação, era pra eu ficar dormindo, como eu tava totalmente acordado né, era pra mim mesmo porque eu tava muito ansioso e não conseguia dormir. Ele era pra reduzir ansiedade

↘ Foi necessário adaptação do horário do remédio; no início, ela passou muito mal, teve vertigem, vômito, era tontura mesmo. Entrei em pânico. Depois de 30 dias comecei a clínica geral (indicada pela reumatologista) e adiquei o horário (das 19h passou pra 15h)

↘ Físico: Tudo. Amenizou a dor, desentrou, comecei fazer alongamento em casa. Sinto que está diminuindo os calos/crampos.

↘ Emocional: Bem mais calma, tenho mais controle sobre a depressão. Conforme os dias vão, ainda tenho os crises, normal né? Mas fica indo, bem melhor.

↘ No começo: 1º mês (não dormia, fiquei ansiosa)

Agora: Quando alterou o horário, conforme com o remédio e senti melhor no corpo.

↘ Atividades diárias: Começo fazer algumas coisas, só foca no comer e sentar. Mas quando faço, passo fora de repouso. Mas com certeza melhorou bastante

↘ Emocional: "Não sei se foi só o remédio ou minha fé também"
↳ Consegui voltar a mexer na bíblia, estava ouvindo pra Deus, passaram memórias e considero p/ estudo bíblico; Tô mais calma, mudou a maneira de pensar, agir → Eu ~~acho~~ ^{achava} que tinha que conseguir tudo. Sofri com meus pais com certeza. Hoje entendo que preciso deixar eles com a vida, não pra exigir, que vejo como perfeito de pai não vai, hoje penso só em estar. Redimensionamento mudou meu

Relacionamentos → Antes eu achava que fazia o melhor e o problema estava nos outros. Não conformava na maneira deles serem. Pensei a ter uma visão diferente. Meu relacionamento com os amigos não é tão próximo, mas melhorou a minha maneira de ver, conversar.

↓
Namorado, não. Amigo, irmão de grupo. Ele me aconselha, tentava me ajudar a mudar a maneira de eu pensar.

↓
Contribuições Gerais do Remédio: Tirou ansiedade, então pediu a Deus p/ morrer por não queria ir p/ colônia de reclusão igual minha mãe. Melhorou os dentes, trouxe profundeza, ansiedade. Tinha sensação de inutilidade, tirou isso de mim. Mudou meu central, acho que estou mais bonita, estou me amando mais, tô começando me olhar no espelho, me arrumar. Antes me sentia como uma senhora de 200 anos, tendo apenas 59. "Foi excelente, está sendo excelente"

↓
Prejuízos: Aparentemente não. Único coisa foi o único até adotar o horário. Não me prejudicou em nada.

Um O que é ser mulher e tomar o medicamento? Em relação a ser mulher especificamente

↓ Não estou tendo nenhum tipo de relacionamento, né? Então a gente fica mais quietinha, de boa, mas a parte que melhora a dignidade, que tira a inutilidade, você se sente mulher, me sinto mais bonita, não é porque não tenho namorado que não sinto vontade de arrumar, me sinto bonita pra mim. Isso me deu autoconhecimento como mulher.

(2)

Anexo 1 - Recurso estético utilizado como disparador na entrevista grupal

sigo apaixonada
pela mulher
que batalhei
pra ser.

ryane leão

Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/4089128411625490>

Anexo 2 – Parecer de aprovação da pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sentidos atribuídos ao uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres assistidas na atenção primária

Pesquisador: Renata Fabiana Pegoraro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88305518.3.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.702.989

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo:

As participantes serão 15 mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos e que fazem acompanhamento no Centro de Saúde Escola Jaraguá.

Serão incluídas Mulheres usuárias dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde Escola Jaraguá, acima de 18 anos, que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por pelo menos seis meses ou mais.

Serão excluídas mulheres que fazem uso de medicamentos psicotrópicos menores de 18 anos e/ou gestantes porque esse público exige um estudo muito específico em relação à adolescência, à gravidez e o uso dos medicamentos.

O problema da pesquisa é saber: quais os sentidos atribuídos ao uso de medicação psicotrópicas por mulheres assistidas na atenção primária?

Metodologia

Será um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, a partir de entrevistas semiestruturadas,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.795.521

Metodologia

Será um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, a partir de entrevistas semiestruturadas, rodas de conversa e registros em diário de campo.

A roda de conversas é para saber a compreensão das participantes da pesquisa sobre o que está sendo estudado. As conversas serão feitas na horizontalidade das relações de poder, permitindo troca de ideias, valores e discursos entre os participantes.

Estão previstos recursos estéticos como disparadores das rodas de conversa: serão imagens, fotos, músicas ou curtas metragens que servirão como disparadores do diálogo dentro da roda de conversa, a respeito do tema proposto a cada semana.

Será utilizado um diário de campo para o registro de informações não gravadas, serão descritivas e registram imagens do local, ações ou conversas observadas, anotações referentes ao pesquisador, como reflexões sobre o processo de coleta de dados, ideias e preocupações.

A coleta vai acontecer após aprovação do CEP-UFU; as pesquisadoras entrarão em contato com a gestora da instituição coparticipante para dar início à entrada em campo. Neste momento, será entregue uma cópia do parecer de aprovação da pesquisa e será realizada uma conversa com a gestora do Centro de Saúde Escola Jaraguá, em que o pesquisador relembrará detalhadamente os objetivos, os percursos e o intuito desta pesquisa.

Serão combinados com a gestora os dias e os horários para realizar o convite às mulheres que aguardam consulta na sala de espera da unidade. A pesquisadora se dirigirá a cada usuária em particular realizando uma breve apresentação de si e perguntando se a pessoa tem interesse em ouvir a proposta da pesquisa.

Caso a pessoa demonstre interesse, serão explicados os objetivos e os procedimentos de coleta de dados do estudo. O TCLE será obtido pelas pesquisadoras e será entregue aos participantes no Centro Escola Saúde Jaraguá ou na sua própria residência, no dia previamente agendado para a realização da entrevista individual.

Após a realização dessas explicações iniciais, se a paciente tiver interesse, será agendado dia e horário para a etapa inicial da pesquisa, a ser realizada por meio de entrevistas individuais

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Página 02 de 07

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Página 269 de

Continuação do Parecer: 2.795.521

audiogravadas. As entrevistas serão agendadas no local a ser escolhido pela participante, a saber: própria residência ou numa sala do Centro de Saúde Escola Jaraguá, consultando a disponibilidade de horários da instituição.

A coleta de dados vai iniciar com a entrevista individual e em um segundo momento as rodas de conversa.

No dia agendado para entrevista a pesquisadora apresentará o TCLE, que após assinado em duas vias, permitirá o início da coleta de dados, com a gravação em áudio da entrevista.

Finalizada essa etapa, a pesquisadora perguntará à participante se, em um segundo momento, poderá contatá-la para participar em rodas de conversa na segunda etapa da pesquisa. Recebendo a confirmação, a pesquisadora posteriormente fará uma ligação telefônica reiterando o convite e confirmando data e horário.

Depois disso, serão agendados os encontros em grupo para a segunda parte da pesquisa. As rodas de conversa acontecerão a partir da condução de um facilitador, no caso a própria pesquisadora, que deverá esclarecer dúvidas, ser acolhedor e estabelecer alguns acordos com o grupo e conduzi-lo de uma forma horizontal. Além do facilitador, haverá também um pesquisador na qualidade de observador, que terá o papel de registrar comunicações não verbais, dificuldades aparecidas durante o desenvolvimento das rodas de conversa.

Metodologia de Análise de Dados:

A análise dos dados obtidos será feita a partir do método Grounded Theory, traduzida para o português como "Teoria Fundamentada em Dados" (T.F.D.). Esse método foi criado pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967, com o objetivo de entender como os seres humanos atribuem significados aos seus sentimentos, seus pensamentos e suas ações em diferentes contextos sociais vivenciados (Baggio; Erdmann, 2011). Além disso, para os autores Santos et al. (2016), o objeto de pesquisa na T.F.D. é construído a partir da relação entre a problemática do estudo e os dados existentes sobre essa questão, o que motiva o pesquisador a compreender como os sujeitos inseridos em determinado contexto se relacionam e interagem. Dessa forma, a análise dos dados acontece inicialmente a partir da identificação de alguns conceitos (a partir do que foi pesquisado) que posteriormente originarão as categorias dentro da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.795.521

Teoria Fundamentada em Dados (Strauss & Corbin 2008, citado por Santos et al., 2016). A partir das categorias, na etapa de codificação axial, faz-se uma nova especificação das dimensões da categoria no sentido de melhor reagrupá-las de acordo com os dados da pesquisa, visando melhores explicações sobre o objeto de estudo (Creswell 2014, citado por Santos et al., 2016). Por último, é realizada uma codificação seletiva com o objetivo de transformar as categorias em um modelo analítico. (Strauss & Corbin 2008, citado por Santos et al., 2016).

Tamanho da Amostra no Brasil: 15

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos.

Objetivos específicos

1 Identificar, na trajetória de vida das mulheres, em que momento ou situação da sua história pessoal foi introduzido o medicamento psicotrópico e quais motivos justificaram a necessidade desse uso;

2 Identificar se houve e quais foram as informações recebidas pelas mulheres a respeito dos efeitos que os medicamentos podem trazer na vida de cada uma delas;

3 Compreender quais consequências positivas, ou negativas, o uso dos medicamentos podem ter gerado na vida dessas mulheres, desde as atividades cotidianas até seus relacionamentos afetivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Os riscos consistem em possíveis mudanças na rotina da participante devido à necessidade da presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por cada uma. Também é possível que a participante se sinta desconfortável com alguma pergunta feita e, neste caso, poderá escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, não utilizarão o nome de nenhum participante, nem divulgarão em que unidade a coleta de dados foi feita. Serão usados números para identificar cada entrevista transcrita ou cada encontro grupal transcrito, bem como uso desses mesmos números no

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

momento de divulgação científica de resultados.

Os benefícios inserem-se na oportunidade de expressar opiniões e compreensões a respeito do uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres e, indiretamente, o benefício será contribuir para ampliar a compreensão sobre esse tema, gerando novas informações sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está fundamentada e apresenta cientificidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios foram apresentados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.702.989, de 08 de Junho de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Abril de 2019.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Abril de 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.795.521

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1102431.pdf	09/06/2018 08:11:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSMMulherRaissa18abril2018CORRIGIDO090618.docx	09/06/2018 08:11:01	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	cartaCEPUFUem09junho18.docx	09/06/2018 08:10:42	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	ROTEIROparaRODASconversa.docx	23/04/2018	Renata Fabiana	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.795.521

Outros	ROTEIROparaRODASconversa.docx	19:38:18	Pegoraro	Aceito
Outros	LinkparaLATTES.docx	23/04/2018 19:29:36	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	RoteiroentrevistaindivRAISSA.docx	18/04/2018 14:54:55	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERaissa.docx	18/04/2018 14:54:26	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSMMulherRaissa18abril2018.docx	18/04/2018 14:54:17	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	17/04/2018 10:21:59	Raissa de Brito Braga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoequipeexecutora.pdf	17/04/2018 10:18:15	Raissa de Brito Braga	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/04/2018 10:17:08	Raissa de Brito Braga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Anexo 3 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Sentidos atribuídos ao uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres assistidas na atenção primária*”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Raissa de Brito Braga, Betanea Carvalho de Paula e Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora).

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a vivência de mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos ou antidepressivos) em relação à sua saúde e seus relacionamentos afetivos, além de: (a) identificar, na trajetória de vida das mulheres, em que momento ou situação da sua história pessoal foi introduzido o medicamento psicotrópico e quais motivos justificaram a necessidade desse uso; (b) identificar se houve e quais foram as informações recebidas pelas mulheres a respeito dos efeitos que esses medicamentos podem trazer na vida de cada uma delas e, por último, (c) compreender quais consequências positivas ou negativas o uso dos medicamentos pode ter gerado na vida dessas mulheres, desde as atividades cotidianas até seus relacionamentos afetivos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelas pesquisadoras Raissa de Brito Braga ou Betanea Carvalho de Paula e será entregue a você no Centro Escola Saúde Jaraguá ou na sua própria residência, no dia previamente agendado para a realização da entrevista individual. Ao receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será dado a você o tempo necessário para avaliar se deseja ou não participar desta pesquisa. O TCLE será assinado se você estiver de acordo com os dizeres, e depois disso, terá início à coleta de dados (inicialmente a entrevista individual e em um segundo momento as rodas de conversa).

Na sua participação, primeiramente será realizada uma entrevista em que será gravada apenas a sua fala (áudio), contendo perguntas de caracterização geral (tais como idade, sexo, se tem filhos) e perguntas mais específicas sobre sua vivência como mulher que utiliza medicamentos psicotrópicos (quando começou usar esses remédios, por quais motivos iniciou o uso, as informações que recebeu do profissional que indicou esses remédios, efeitos do uso desses remédios em sua vida pessoal). Essa entrevista ocorrerá em um dia, a sua escolha, e poderá ser realizada no Centro Escola Saúde Jaraguá ou em sua residência, conforme sua escolha. As informações dessa entrevista serão transcritas (passadas para o papel) e os áudios serão excluídos (apagados) após a transcrição. Posteriormente, após a entrevista você será convidada para participar de rodas de conversa que acontecerão no Centro Escola Saúde Jaraguá, com outras mulheres, sobre a mesma temática da entrevista. Esses encontros grupais (rodas de conversa) serão coordenados por uma pesquisadora e a outra pesquisadora permanecerá no local para auxiliar na gravação dos áudios desses encontros (apenas as vozes) e poderão ser feitas anotações o conteúdo dos encontros (rodas de conversa), respeitando sempre a identidade e o anonimato de cada participante. Após a transcrição dos áudios dos encontros estes também serão excluídos (apagados).

Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em possíveis mudanças na sua rotina devido à necessidade da sua presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por você mesmo. Também é possível que você se sinta desconfortável com alguma pergunta feita a você e, neste caso, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, as pesquisadoras não utilizarão o nome de nenhum participante, nem divulgarão em que unidade a coleta de dados foi feita. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada entrevista transcrita ou cada encontro grupal transcrito, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Os benefícios serão que você poderá ter inserem-se na oportunidade de expressar suas opiniões e compreensões a respeito do uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres e você também se beneficiará, indiretamente, pois nos auxiliando com esta pesquisa estará contribuindo ampliar a compreensão sobre esse tema, gerando novas informações sobre a temática.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225-8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa