

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas - FCM  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

**LÍGIA MARTINS GUZZO TONICELLI**

A clínica da atenção básica e a medicalização crônica dos sintomas produzidos por  
opressões de gênero em mulheres

CAMPINAS

2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas - FCM  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

LÍGIA MARTINS GUZZO TONICELLI

A clínica da atenção básica e a medicalização crônica dos sintomas produzidos por opressões de gênero em mulheres.

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Coordenadora: Dra. Rosana T. Onocko Campos

Orientadora: Ms<sup>a</sup>. Ellen Cristina Ricci

CAMPINAS

2018

Mama África  
A minha mãe  
É mãe solteira  
E tem que  
Fazer mamadeira  
Todo dia  
Além de trabalhar  
Como empacotadeira  
Nas Casas Bahia...  
Quando Mama sai de casa  
Seus filhos de olodunzam  
Rola o maior jazz  
Mama tem calo nos pés  
Mama precisa de paz...

Mama não quer brincar mais  
Filhinho dá um tempo  
É tanto contratempo  
No ritmo de vida de mama...

- Chico César

## RESUMO

Com base na grande demanda por cuidado de mulheres na saúde, este trabalho tem como objetivo abordar a experiência, a partir da atenção básica, de atendimentos individuais e de atividades grupais com mulheres realizados ao longo do ano de 2018, num centro de saúde do município de Campinas - SP.

Será discutida a noção de gênero na sociedade e a forma que por ela somos afetados. Tendo como eixo de análise, a disparidade de poder das relações de gênero, enquanto um elemento transversal importante no sofrimento e adoecimento das mulheres, será possível a discussão de como a violência de gênero está fortemente presente nas relações estabelecidas de tais usuárias; e a medicalização como a principal conduta de profissionais de saúde.

Por fim, serão analisadas algumas ações para o cuidado integral como norteador do cuidado realizado na atenção básica.

Descritores: Atenção Básica, Mulher, Opressão de Gênero, Medicalização.

## **ABSTRACT**

Based on the great demand for healthcare from women, this paper aims to report and discuss a work experience, from primary care, of individual and activities performed with women throughout the year 2018 in a health center in the city of Campinas - SP.

It is going to be discussed, the notion of gender in society and the way we are affected by it. Considering as its center line of analysis, the power disparity of gender relations, as an important transversal element in the suffering and illness of women, it will be possible to discuss how gender violence is strongly present in the established relations of such users; and the medicalization as the main management of health professionals.

Finally, some actions for integral care will be discussed as guiding the care performed in primary care.

Descriptors: Primary care, woman, gender oppression, medicalization.

## SUMÁRIO

1) Introdução.....	07
2) Capítulos.....	11
2.1) Gênero em perspectiva.....	11
2.2) Negligenciamento do sofrimento causado por opressões de gênero.....	13
2.3) O uso de benzodiazepínicos e a medicalização social crônica.....	19
2.4) O cuidado integral dentro da Atenção Básica.....	24
3) Considerações finais .....	30
Referências Bibliográficas .....	32

## 1) INTRODUÇÃO

A partir da inserção e experiência enquanto psicóloga residente Multiprofissional de Saúde Mental da UNICAMP, ao longo do ano de 2018, em dois Centros de Saúde de regiões periféricas localizadas no distrito norte do município de Campinas-SP, foi observada uma alta demanda de mulheres que traziam grande sofrimento frente às dificuldades vivenciadas em seus cotidianos. As queixas chegavam, em sua maioria, via acolhimento com pedidos de atendimento médico e atendimento psicológico individual. As equipes mostraram dificuldades relacionadas ao entendimento de tais solicitações como algo pertencente aos cuidados da atenção básica; na identificação de condutas possíveis, além dos já realizados; em situações de maior gravidade e risco; e na articulação a rede de saúde e intersetorial, compartilhando os casos com outros serviços.

A demanda realizada por mulheres nestes equipamentos, a partir da minha experiência de trabalho, muitas vezes chegam de forma inespecífica, por meio de queixas de insônia, ansiedade ou nervosismo, enxaquecas, dores gastrointestinais, indisposição para o trabalho, entre outros.

Eram relacionadas tanto com ambientes domésticos, ligadas à criação dos filhos, à manutenção do casamento, à realização das tarefas domésticas; quanto ao ambiente público, ligadas à jornada de trabalho, ao longo deslocamento, à violência urbana, à vulnerabilidade socioeconômica, entre outras.

Articulando com a teoria, o texto de Schraiber (2002) os serviços de atenção básica revelam sua importância na detecção de problemas, como a violência de gênero, porque tem uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves. Freitas (2013) aborda em sua pesquisa a importância da visão dos profissionais da atenção básica sobre as questões de gênero e como isso influencia a seleção de conteúdos que orientam as práticas em saúde. Os trabalhadores entrevistados em sua pesquisa, independente do sexo ou da categoria profissional, revelaram posições sociais que caminham para uma práxis ancorada na explicação naturalista dos gêneros, na qual as qualidades sociais ganham status de biológicas para justificar a opressão sofrida pelas usuárias.

Dessa forma:

a visão de mundo veiculada enuncia a concepção da violência contra a mulher como uma questão do âmbito privado, naturalizada pela condição do ser mulher, portanto, à parte das necessidades a serem atendidas no trabalho em saúde. (FREITAS, 2013, p.461).

Complementarmente, ao estudo anterior, Carvalho (2004), analisa a compreensão por parte dos profissionais de saúde da rede de atenção básica sobre saúde da mulher centrada também na questão reprodutiva, de forma que afirma:

O atendimento prestado (...) não leva em conta a subjetividade de cada mulher e não percebe que as queixas recebidas - na maioria das vezes expressas por sintomas físicos ou psíquicos decorrentes de problemas econômicos e sociais, desajustes familiares, entre outros - devem ser entendidas de maneira mais abrangente, considerando as várias implicações que perpassam essa problemática. Sem saber lidar com tais problemas lançam mão da medicação como único recurso disponível e de fácil acesso. (CARVALHO, 2004, p.124).

Deste modo, entende-se que o paradigma biomédico aparece muitas vezes como a única forma de compreensão dessas queixas. Assim, a ação profissional “tende a transformar toda queixa em síndrome, ‘transtorno’ ou doença de caráter biológico, desligando-se da vida vivida pelo doente” (TESSER, 2010, p.3617). Ou seja, há um distanciamento da experiência e dos atravessamentos sociais presentes no cotidiano de tais pessoas, na avaliação do profissional de saúde.

Andrade (2014) colocará ainda a hipermedicalização como resultado para a expansão entre os diversos setores da sociedade de uma racionalidade biomédica paradigmática localizada entre o encarceramento do sofrimento em categorias nosográficas e suas terapêuticas possíveis, no caso, a medicalização. Assim como aponta Diehl (2010), as mulheres são as pessoas que mais consomem medicamentos psicotrópicos, revelando o importante atravessamento do gênero sobre as questões de saúde mental sobre as quais vamos nos debruçar ao longo deste trabalho.

Faz-se necessário, portanto, entender a dimensão da violência de gênero que as usuárias dos serviços básicos de saúde enfrentam, pois, culturalmente, a violência doméstica não é representada com a severidade com que acontece. Segundo Schraiber (2002), as agressões no âmbito doméstico, se repetem mais vezes do que as cometidas por pessoas estranhas ou conhecidas da vítima. E uma em cada cinco admitiu ter medo de alguém próximo a elas, e uma em três conhecia outras mulheres que viviam situações de violência doméstica. Dessa forma, a autora aponta para o

aumento da responsabilidade dos serviços de saúde em sua detecção da violência de gênero.

Para dizer da expressiva presença de mulheres que sofreram violência de gênero nos serviços de saúde, Schraiber (2010) realizou o primeiro estudo brasileiro que relaciona a violência contra as mulheres por parceiros íntimos e a frequência de consumo dos serviços de saúde do tipo atenção primária, cujos resultados mostram a relevância da atenção primária para a saúde dessas mulheres e apontam como dado crucial para melhor equidade da assistência e reconhecimento dos direitos.

A pesquisa foi realizada no município de São Paulo com 2575 mulheres entre 15 e 49 anos, em 18 unidades básicas de saúde. Revela que com relação a ocorrência de violência na vida por parceiros íntimos, 39,1% mulheres já sofreram uma ou poucas situações de violência, e 19,5% já sofreram violências com muita repetição. Na pesquisa, a violência sofrida foi considerada ao menos uma vez na vida, pois os impactos gerados na saúde podem ter consequências a longo prazo, com agravos presentes mesmo após os episódios terem cessados.

Com relação à diagnósticos e queixas no último ano, 12,6% tiveram diagnósticos do tipo psicoemocional; 21,5% ginecológicos; 13,8% gastrointestinais; 17,1% dores no corpo; e 9,3% realizaram testes contra DSTs. Referente às consultas realizadas no último ano (excluídos retornos programados, e assistência ligada à saúde mental e pré-natal), 20,7% das mulheres que sofreram violência com alguma repetição e 29,3% que sofreram violência com muita repetição passaram por 5 ou mais consultas.

Sobre a importância da atenção primária, Schraiber (2010) cita o estudo realizado por Rivara et al (2007) que concluíram que as visitas a serviços de saúde, especializados ou de farmácia foram de 14 a 20% maior para mulheres que sofreram violência por parte de parceiros íntimos, e que para estas, o número de visitas à atenção primária foi maior do que para serviços especializados. Contudo, como refere Barros (2018), a busca de mulheres por cuidados expressa discriminação, frustrações e violações de direitos, constituindo fonte de tensão e mal-estar psico-físico. Em sua pesquisa, Barros (2018) traz depoimentos que indicam que a baixa resolutividade contribui para que serviços básicos de saúde deixem de ser referência para tais mulheres.

Tendo em vista a grande demanda de mulheres por cuidado em serviços da atenção básica em saúde, e em defesa de um olhar mais crítico e acolhedor para as

questões sociais e subjetivas, este trabalho tem como objetivo relatar e discutir a experiência na atenção básica no atendimento de mulheres a partir de registros como o diário de campo, relatos de atendimentos e de atividades grupais ao longo do ano. Os nomes citados ao longo do texto são fictícios para preservar a identidade das usuárias.

Em seguida, será discutida a concepção de gênero na sociedade e a forma que por ela somos afetados. Mais especificamente, as consequências criadas pelo pensamento hegemônico sobre o gênero, observadas na assistência às mulheres na atenção básica. De modo que, é realizada, frequentemente, a aposta na conduta medicamentosa para usuárias cujas relações estabelecidas estão atravessadas pela violência de gênero

Por fim, serão discutidas algumas ações importantes para o acesso destas usuárias para o serviço, e o grande papel desenvolvido pela atenção básica no suporte das demandas trazidas. Em prol do fortalecimento e da criação e manutenção de políticas públicas na saúde com espaços de acolhimento de mulheres em seus sofrimentos.

## 2) CAPÍTULOS

### 2.1) Gênero em perspectiva

Este trabalho visa promover uma discussão pautada nas relações de gênero, sendo importante elucidar o conceito de gênero utilizado e a perspectiva teórica adotada que nos guiará ao longo deste texto. Dessa forma, Saffioti, a partir de sua teoria materialista da subjetividade, discorre sobre o processo de subjetivação, ao negar a dicotomia cartesiana dada ente sujeito e objeto, resgatando a dimensão fusional, por meio da relação social sempre situada historicamente. Assim diz:

O sujeito integra permanentemente a realidade objetiva com a qual integra (...) seres humanos se apropriam de sua práxis procedem à subjetificação tornando-se sujeitos, que, por sua vez, se objetificam por meio de sua atividade. (...) O movimento de apropriação ocorre quer na subjetificação, quer na objetificação. (SAFFIOTI, 1997, p.62)

A respeito da sociedade brasileira, a autora aborda o atravessamento de três identidades sociais básicas fundamentais: classe social, gênero e raça/etnia. Estes três diferentes ornamentos das relações sociais, não devem ser analisados de forma autônoma, pois estão atados em um nó que se apresenta numa lógica contraditória desde sua origem. Ou seja, juntamente com as outras duas categorias, gênero terá uma importante marca nas relações de poder, pois o gênero segundo Andrade (2014) se desdobra em práticas e discursos que reproduzem hierarquias, reforçam desigualdades e assimetrias, e naturaliza o sofrimento das mulheres.

Judith Butler (2015) irá compor essa discussão ao argumentar, que nem sempre o gênero se constituiu da mesma maneira com a qual se encontra atualmente, de modo que a separação entre a noção de gênero e as interseções político-culturais, meio no qual é invariavelmente produzida e mantida, é uma tarefa impossível. A partir disso, a autora faz uma crítica importante ao movimento social de mulheres:

A presunção política de ter de haver uma base universal para o feminismo, a ser encontrada numa identidade supostamente existente em diferentes culturas, acompanha frequentemente a ideia de que a opressão das mulheres possui uma forma singular, discernível na estrutura universal ou hegemônica da dominação patriarcal ou masculina. A noção de um patriarcado universal tem sido amplamente criticada em anos recentes, por seu fracasso em explicar os mecanismos da opressão de gênero nos contextos culturais concretos em que ela existe. (BUTLER, 2015, p.21)

Assim como a existência de uma dominação masculina universal é fortemente questionada, é importante retomar a concepção de “mulheres” genericamente compartilhada e descontextualizada, o que a autora denomina como “ficções fundacionistas”. É no interior desta estrutura que **se** deve reformular a crítica às categorias de identidade contemporâneas que engendram, naturalizam e imobilizam.

A naturalização diz respeito ao corpo, em sua realidade biológica, e a diferença anatômica entre os órgãos sexuais entendida como uma diferença social. O corpo masculino e o corpo feminino são compreendidos a partir da justificativa natural das diferenças socialmente construídas. “O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes.” (BOURDIEU, 2014, p.18). Ainda, o simbolismo natural é questionado:

Dado o fato de que é o princípio de visão social que constrói a diferença anatômica e que é esta diferença socialmente construída que se torna o fundamento e a caução aparentemente natural da visão social que a alicerça, caímos em uma relação circular que encerra o pensamento na evidência de relações de dominação inscritas ao mesmo tempo na objetividade, sob forma de divisões objetivas, e na subjetividade, sob forma de esquemas cognitivos que, organizados segundo essas divisões, organizam a percepção das divisões objetivas. (BOURDIEU, 2014, p.20)

A construção simbólica a partir da concepção biológica da diferença de gênero, segundo Bourdieu (2014) não se limita a uma orientação performática, mas imprime uma transformação profunda e duradoura nos corpos, que tende a excluir do imaginável e do factível tudo aquilo que é caracterizado como pertencente ao outro gênero. Butler (2015) irá ressaltar o papel do discurso como mantenedor dessa diferença binária, que define antecipadamente as configurações e possibilidades do gênero na cultura, de modo que, tais fronteiras sugerem limites de uma experiência já discursivamente condicionada. Nesse sentido:

O gênero não é um substantivo, mas tampouco é um conjunto de atributos flutuantes, pois vimos que seu efeito substantivo é performativamente produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero. Consequentemente, o gênero mostra ser performativo no interior do discurso herdado da metafísica da substância — isto é, constituinte da identidade que supostamente é. Nesse sentido, o gênero é sempre um feito, ainda que não seja obra de um sujeito tido como preexistente à obra. (BUTLER, 2015, p.48)

A discussão sobre gênero elucidada pontos importantes para compreender as relações interpessoais estabelecidas e por que outros modos de estar em

comunidade, desde a aparência, até as funções sociais executadas, podem causar um grande impacto. Os efeitos de uma configuração binária de clara diferença na relação de poder entre as partes resvalam, mas nem sempre são compreendidos como consequências de uma estrutura relacional. Dessa forma, são individualizados, tidos como exceção ou problemas pontuais. Ou seja, são questões raramente percebidas e questionadas, e muitas vezes negligenciadas.

## **2.2) Negligenciamento do sofrimento causado por opressões de gênero**

O machismo, segundo Castañeda (2006), não é apenas uma traço de caráter, mas uma forma de relação, alimentada por um conjunto de valores e crenças, baseada na manipulação do poder, que reflete desigualdades reais nos âmbitos social, econômico e político. Pode ser definido enquanto um fenômeno social, onipresente em nossa cultura. É a justificação da dominação masculina, de tal forma, que suas manifestações nunca são inócuas ou inofensivas. O machismo com suas diversas justificativas e por ter sido considerado um atributo pessoal, torna-se muitas vezes, não perceptível.

Alguns instrumentos de coerção são mais eficazes e frequentes que a violência física e acabam por produzir a sensação de que as mulheres são prisioneiras de uma situação intolerável e paralisante, porém sem grades visíveis. Na estrutura do machismo invisível o político se torna pessoal e cada mulher terá de se libertar sozinha como se fosse a única responsável pela situação. A relação desigual de poder tem como produto a submissão, a deferência e a falta de autonomia da mulher.

A desqualificação, ao contrário do insulto, que é uma declaração explícita sobre as deficiências que uma pessoa assinala em outra, vem de forma implícita e, portanto, fácil de negar, o que a torna um recurso coercitivo dentro das relações machistas importante de ser analisado. É uma manobra de poder.

Castañeda (2006) traz o conceito do duplo vínculo, pautado no discurso duplo que consiste em mensagens simultâneas, mas de caráter contraditório baseadas em condições ocultas que não foram estipuladas abertamente. Tal distorção comunicativa impossibilita a resolução de problemas, uma vez que eles nunca são abertamente formulados. É prejudicial para ambas as partes, e como outra interação qualquer, requer a participação das duas pessoas envolvidas. Contudo, por relacionar

expectativas e valores vigentes em dado tempo histórico, o duplo vínculo é social, não pessoal.

A autora coloca como meta a alternância e combinação de poder, de forma a ampliar o alcance da condição humana em suas relações, utilizar da vasta experiência acumulada por uma história até então separada por papéis sociais de gênero. Uma vez que o masculino não precise se configurar necessariamente enquanto oposto ao feminino, existe a liberdade da adoção de condutas e atitudes tradicionalmente pertencentes a um gênero específico conforme as circunstâncias mutantes da vida, e a flexibilidade de poder alternar papéis quando necessário e desejável.

A respeito da performance cobrada por meio dos papéis sociais, Zanello (2018) afirma que as mulheres se subjetificam através de dois dispositivos<sup>1</sup>: o amoroso e o materno. A partir disso, Zanello discorre sobre processos de subjetificação gendrados a partir de dispositivos específicos que criam vulnerabilidades identitárias características e diferenciadas entre homens e mulheres.

O dispositivo amoroso diz respeito a uma subjetificação em uma relação consigo mesma mediada pelo olhar de um homem que a avalia ou a escolhe. Existe um ideal estético profundamente perverso, que dentro desta lógica, deve ser perseguido e consumido, se tornando um dever ético. Milena, em um dos atendimentos individuais, fala nesse aspecto sobre a relação com o marido:

“Ele não me procura.... acho que ele não sente mais atraído. Eu tava lá, me esforçando, cheia de renda, e você sabe que não é confortável... mas ele nem reparou, disse boa noite, virou e dormiu.” (Milena, 34 anos)

A questão, num primeiro momento, não se trata sobre ser de fato uma mulher escolhida por um homem, mas de ser passível de escolha, de se sentir desejável como afirma Zanello (2018). Se sentir desejada e quista, mesmo depois do casamento, mulheres são avaliadas em função da beleza, do comportamento e da performance segundo o que é construído culturalmente, estando dessa forma, vulneráveis à aprovação externa. O sentimento de frustração e derrota que Milena trazia nos atendimentos, também estavam relacionados com o não reconhecimento

---

<sup>1</sup> Entende-se por dispositivo, a partir Foucault (1989), como o conjunto das instituições, dos processos de subjetificação e das regras, que remetem a práticas, discursos e mecanismos, concretizados nas relações de poder, e que em última instância, implicam na produção de subjetividade.

e a não valorização do esforço que fazia para se tornar mais atraente aos olhos do marido.

Em decorrência deste processo, é importante salientar a constituição da relação de rivalidade entre mulheres, competindo pela aprovação masculina, pois são os homens os avaliadores erigidos. No grupo de mulheres, que frequentava na unidade de saúde, realizado semanalmente com a facilitação da agente comunitária de saúde, da psicóloga residente e da técnica de enfermagem, Paula um dia abriu o caso extraconjugal de seu marido com sua vizinha e disse:

“Ele acha que eu não percebo, que só por que eu to assim sem disposição, que eu não vejo. E isso é jeito de viver? Roubando homem da esposa? Essas mulherzinhas fazem de tudo, fica aí tudo na rua, querendo o bem bom, mas não valem nada”. (Paula, 75 anos)

Nesta fala, a usuária também fala de sua relação com algumas mulheres do bairro, rivais que disputam a atenção de um homem. Uma outra presença feminina se torna uma ameaça. A comparação física e moral das mulheres frente a outras e o ideal de beleza em voga é realizada por homens, e a manutenção deste lugar enquanto ser desejável é efêmera e provisória, de modo que requer atenção constante, e a competição se faz evidente e contínua.

A economia afetiva das relações apontará o que torna as relações heterossexuais profundamente assimétricas. A mulher dispense maior quantidade de energia, atenção e tempo dedicado à relação. Em outras palavras, "os homens aprendem a amar muitas coisas, enquanto as mulheres aprendem a amar os homens" (ZANELLO, 2018, p.269).

Com relação ao dispositivo materno, Zanello (2018), aborda como o sentimento de afeto e a capacidade de cuidar são compreendidos como naturais, justificados por um viés biologizante. A maternagem, dentro da cultura ocidental moderna, é associada à capacidade de procriação e tida como intrínseca, com a performance do papel “dona de casa”, em que é esperado que a mulher assuma a responsabilidades de administrar todas as atividades para a manutenção do funcionamento de uma casa, incluindo a criação e educação dos filhos. Mulheres negras, para além disso cumprem também e de forma concomitante, desde muito antes das mulheres brancas, o papel de provedoras financeiras, adquirindo assim uma dupla jornada de trabalho, no cenário privado e também no público.

Ana e Milena, trouxeram no grupo de mulheres, a partir da perspectiva de avó e mãe, algumas questões sobre como se sentem atualmente com relação à maternagem:

“eu to irritada, mas não é por que eu não ame meu neto... por que amo, viu! Mas ele é que o pai, e ela que é a mãe. Querem jogar pra mim, eu não vou fazer minhas coisas”. (Ana, 55 anos)

Ana traz um sentimento de culpa muito forte ligado às tarefas domésticas das quais parecem ser responsabilizadas. Preocupa-se em assumir a criação do neto, tem críticas sobre quais deveriam ser suas tarefas enquanto avó. Ainda sim, Ana tem a necessidade de justificar seu amor pela criança, como se a renúncia à tarefa fosse também a negação do carinho e afeto que sente pelo neto. Tem seu afeto questionado por outras pessoas, quando ponderam seus interesses durante um posicionamento.

Mulheres são subjetivadas a partir de um heterocentrismo, no qual aprendem a priorizar os outros, em detrimento de si mesmas. Bourdieu, nesse sentido, acrescenta uma reflexão sobre a “intuição feminina”, e afirma que é “inseparável da submissão objetiva e subjetiva que estimula, ou obriga, à atenção, e às atenções, à observação e à vigilância necessárias para prever os desejos ou pressentir os desacordos” (Bourdieu, 2014, p.42). Zanello (2018) ainda discute sobre a desvalorização do cuidar na cultura e sua atribuição ao “feminino”, raciocínio presente, inclusive, em determinadas profissões que demonstram uma alta porcentagem de mulheres, como por exemplo, cozinheiras, empregadas domésticas, professoras, enfermeiras e psicólogas. Tal aspecto reflete não apenas o não reconhecimento do esforço que tais atividades exigem, como também na baixa remuneração financeira quando comparadas com outras profissões tidas como “masculinas”.

O sintoma presente neste dispositivo aparece enquanto culpa, muitas vezes quando o ideal de maternidade foi introjetado e, por óbvio em se tratando de um ideal, não foi alcançado. Rita, usuária no grupo de mulheres, fala de um sentimento de derrota muito grande quando seu maior projeto na vida, a construção de uma família, em sua percepção, falha.

“Eu vim pra Campinas com meu filho de um mês de idade, vim e passei um tempo na rua, mas eu sabia que essa cidade seria pequena demais pra mim. Hoje eu não consigo nem levantar da cama pra lavar a louça, meu filho que ta arrumando a casa... não devia ser assim” (Rita, 37 anos).

A usuária relata várias situações com diferentes familiares cujos conflitos ela não pode resolver da maneira como achava adequada. Assume como derrotas pessoais os acontecimentos em sua casa. No fim, culpa seu próprio adoecimento por impossibilitá-la de arrumar a casa, por exemplo.

Retomando Zanello (2018), a culpa é determinada como um mecanismo de controle mantido pela cultura sobre a maternidade, de forma que a expressão de afetos contrários aos previstos pelo padrão colocado são retidos. A raiva e a agressividade, por exemplo, são permitidos somente no formato da autoagressividade; enquanto a heteroagressividade é tido como uma padrão de comportamento tipicamente masculino.

A performance do silêncio, um aspecto característico tanto no dispositivo amoroso, quanto no materno, aparece na mediação dos conflitos, em prol do bem-estar do outros e da harmonia das relações familiares, em que a mulher suprime seus pensamentos e afetos. A ela é prescrita o silêncio, como afirma a autora, na forma de renúncia de si para cuidar dos outros, presente também na disponibilidade afetiva e sexual esperada das mulheres dentro, por exemplo, de relação matrimonial. Uma violência naturalizada.

“Se eu já falei o que aquele marido me atormenta... ah, já falei, mas melhor meus filhos não se envolverem. Não quero brigas, não. É melhor deixar assim. O Gabriel, mais novo tem tanta coisa e precisa de mim pra faculdade, e o Eduardo sempre preocupado, me liga quase todo dia. Mas elas tem as coisinhas deles.” (Paula, 74 anos)

Paula relata no grupo de mulheres episódios de violência que sofreu por parte do marido desde a primeira gestação, hoje fala dos xingamentos que trocam, das “peças” que o marido lhe prega, e do desejo de separação. Acredita que sozinha nunca conseguirá mudar as coisas que deseja, mas pouco conversa com os filhos sobre seus incômodos. Refere deixar para falar sobre seus desejos apenas no grupo, principalmente por achar que mulheres com sua idade não se divorciam, “isso é pra quem tem seus 25, 30, até 40 anos”, segundo Paula.

A respeito do silêncio sistemático muito presente nas relações heterossexuais, Castañeda (2006) irá dizer que se caracteriza como uma de manobra de poder, uma recusa permanente ao diálogo que assume função de agressão ou castigo para a outra parte envolvida. Para a autora, a comunicação nem sempre é realizada como

um intercâmbio igualitário, escutar e responder, muitas vezes é tido como um favor que se outorga a um subordinado.

É fundamental não se deixar capturar pelo silêncio do outro: não começar a indagar o que acontece, nem se esforçar por adivinhar quais são seus sentimentos ou pensamentos verdadeiros. Fazê-lo significa aceitar o fardo do trabalho da comunicação e correr todos os riscos envolvidos, deixando a outra pessoa comodamente instalada na posição de força e colocando-se numa situação vulnerável e exposta (CASTAÑEDA, 2006, p.105).

É na comunicação e em muitos outros aspectos do *habitus* moldado pelas estruturas sociais que o exercício pleno da dominação masculina pode ser analisado. A violência simbólica precisa ser pensada para além da força, razão, da coerção mecânica e da submissão voluntária, livre ou deliberada, pois seu efeito surge através dos “esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma”. (BOURDIEU, 2014, p.50).

A sutileza e a constância de tal construção dificultam sua nomeação, não existe um flagrante, algo pontual em que a intervenção pode acontecer. A forma de subjetivação acontece de formas violentas, uma vez que não é possível perder de vista as diferentes configurações possíveis a partir do atravessamento das categorias de classe social e raça/etnia anteriormente pontuadas. Bourdieu (2014) dirá que não é possível sustar com um simples esforço de vontade e tomada de consciência a relação social somatizada, lei social convertida em lei incorporada. A inscrição de tais efeitos está no mais íntimo dos corpos e aparecem como predisposições, aptidões, inclinações. Sobretudo nas relações de parentesco, as lógicas do sentimento e do dever aparecem confundidas na experiência de respeito e do devotamento afetivo. O autor alerta sobre a permanência dos efeitos mesmo depois do desaparecimento das condições sociais que o produziram.

Por fim, os efeitos de uma determinada configuração de gênero e da violência intrínseca à mesma, segundo Andrade (2014), podem ser percebidos através da hipermedicalização da experiência das mulheres, com relação aos efeitos sobre a maternidade, sobre a conjugalidades, o abusos moral e sexual, aspectos que se apresentam como pano de fundo para a justificação de uma concepção naturalizante

do sofrimento de mulheres, reduzido a uma suposta vulnerabilidade e predisposição natural das mulheres ao sofrimento da ordem psíquica.

### **2.3) O uso de benzodiazepínicos e a medicalização social crônica**

A medicalização foi um termo que passou a ser utilizado a partir da segunda metade do século XX, quando a sociedade foi impactada pelo que, Freitas e Amarante (2015) denominam de uma "revolução terapêutica", a partir do surgimento das terapias com antibióticos e hormônios, a descoberta de vacinas, e da consagração triunfal da indústria farmacêutica. Dessa forma, o surgimento, dos psicofármacos é recebido pela sociedade como a descoberta das "pílulas milagrosas", que na época foi considerada uma solução definitiva para os problemas psíquicos considerados até então sem cura.

A medicalização social pode ser definida, segundo Tesser (2010), como um processo sócio-cultural que transforma vivências, sofrimentos e dores em necessidades médicas centradas, de forma que desvaloriza os fatores subjetivos e sociais relacionadas ao processo saúde-doença. Ainda segundo o autor, tal tratamento pode produzir um efeito contrário ao esperado, uma "iatrogênese social e cultural", que para além da individual, transforma os usuários consumidores vorazes desse pensamento medicalizante e do cuidado especializado, tornando-se dependentes.

Com o fortalecimento e protagonismo da psiquiatria descritiva no cuidado em saúde mental, manuais e classificações de transtornos mentais foram criados, suas versões mais recentes são o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10. Dessa forma o sofrimento pode ser traduzido na ausência ou presença de sintomas a partir de um número mínimo e período de tempo determinados, caracterizando ou não um transtorno. Tal compilação foi realizada sem a análise da perspectiva de gênero, e como Zanillo (2018) elucida limitações sobre tais instrumentos criados, e uma de suas críticas diz respeito ao gendramento dos sintomas. Assim, a autora destaca:

"choro" é o exemplo dado nos principais manuais de classificação diagnóstica para o sintoma "tristeza", para diagnosticar o transtorno mental da "depressão". Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno

sejam mundialmente bem maiores em mulheres? Ao definir os sintomas que compõem certo transtorno, sem crítica de gênero, pode-se criar um olhar enviesado que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo e invisibilize-os em outros. Além disso, os resultados epidemiológicos acabam por naturalizar diferenças construídas culturalmente, as quais deveriam ter sido problematizadas na base mesmo de definição do transtorno. ( ZANELLO, 2018 p. 23)

A autora ainda discorre sobre a construção social das emoções, tendo a cultura como um plano de fundo que irá informar valores centrais, inclusive o caráter binário e estereotipado de uma sociedade machista. Defende que a cultura é um poderoso aspecto no processo de configuração da experiência emocional e nos mecanismos subjacentes a ele. Dessa forma, deve ser colocado em análise também o diagnóstico médico, que não se configura como um ato neutro, mas um julgamento moral, sendo pautado também os valores e ideais do próprio profissional na interpretação das queixas de seu paciente.

A respeito da prescrição de medicamentos é possível observar a maior frequência de receitas de ansiolíticos destinadas a mulheres, prática esta influenciada pela crença de que mulheres seriam as mais propensas a experiências de ansiedade/depressão (FREITAS; AMARANTE, 2015). Os autores ainda completam que

De cada três prescrições, duas são feitas para mulheres. Até o termo coloquial para esses medicamentos ficou famoso com a música dos Rolling Stones, 'Mothers little help' (em português, 'o ajudante da mamãe'), o que revela sua associação com a miséria das donas de casa, sugerindo que 'embora ela não esteja de fato doente', 'as pílulas ajudam a mamãe a se acalmar, a lidar com o seu cansativo dia, a responder às demandas do marido', e a 'minimizar a sua situação'. Revistas femininas populares nos anos 1960 viam essas drogas como cooperantes na solução de problemas comuns, tais como falta de resposta sexual, infidelidade, crianças problemáticas ou inabilidade para atrair um homem. (FREITAS e AMARANTE, 2015, p.102)

Segundo Carvalho (2004) há uma concordância geral que benzodiazepínicos, um dos tipos de ansiolíticos, atuam sobre o sistema límbico, inibindo a atividade da serotonina nesta região do cérebro, devem ser prescritos no tratamento da ansiedade em curto prazo, não devendo exceder quatro meses de uso, exceto em casos especiais. Sousa (2013) define uso indevido de benzodiazepínico como uso sem supervisão médica ou quantidade/prazos superiores ao preconizado para o tratamento. Acerca de seus principais efeitos adversos, o autor cita a diminuição da cognição, amnésia anterógrada, sedação, redução da coordenação, aumento do risco de acidentes, tolerância, assim como riscos de abuso e dependência.

Sobre a percepção da dependência causada pela medicação, Sousa (2013) que realizou entrevistas com trinta e sete mulheres residentes no estado de São Paulo, afirma que apesar do elevado tempo de uso, apenas dezesseis usuárias referem conhecimento sobre sua dependência, relatando a dificuldade de dormir sem o benzodiazepínico, sensação de “irritação” quando fica sem ingerir o medicamento e de “desespero” diante da eventual falta do remédio. As usuárias que não se consideram dependentes argumentaram que não realizavam uso diário, que estavam sob acompanhamento médico e a crença de ter controle sobre a quantidade consumida. Todas afirmaram preferir assumir os riscos para manter os benefícios do benzodiazepínico, ou seja, a percepção do risco não é um fator decisivo para a interrupção do consumo, o que pode indicar a descrença na resolutividade em outras formas de tratamento, e conseqüentemente, o não acesso a outros recursos terapêuticos. A autora ainda discute sobre como as usuárias não são devidamente informadas sobre o uso contínuo de benzodiazepínicos pelos médicos que as acompanham, uma vez que eles também têm dificuldade em mensurar a relação risco-benefício.

Acerca da correlação com outros quadros clínicos, Carvalho (2004) revela a relação entre a hipertensão e o uso de ansiolíticos, sendo estes prescritos em sua maioria pelo clínico geral, resultado também presente nos estudo de Freitas e Amarante (2015). Sendo assim, o medicamento se torna um recurso importante para o controle emocional dessas mulheres com pressão descompensada. Carvalho (2004), a partir deste dado verifica como o ansiolítico, sendo Diazepam o mais prescrito dentre as usuárias, é utilizado de forma crônica e diária.

No entanto, Azevedo (2016) com seu estudo mais recente sobre a distribuição e a frequência de consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos nas capitais brasileiras, afirma que existe uma tendência mais atual por medicamentos com meia vida curta, de forma que médicos brasileiros parecem estar seguindo tal tendência, uma vez que Alprazolam e Bromazepam figuram como os mais prescritos e apresentaram aumento na dispensação, quando comparado aos anos anteriores de 2010 e 2011. A exceção acontece com relação ao Clonazepam que, mesmo possuindo meia vida intermediária, foi o terceiro mais consumido e de forma crescente. O autor discute esse aumento devido a ação anticonvulsivante do Clonazepam, fator que leva a OMS a classificá-lo como anticonvulsivante derivado de benzodiazepínico, e não como ansiolítico.

A ausência de medicamentos, ou outras soluções rápidas para a vivência da violência física ou simbólica, um aspecto presente nos atendimentos realizados com mulheres ao longo deste ano, e que também atravessou a fala de todas as entrevistadas, esbarra, como ainda discute Carvalho (2004), na tentação de “psiquiatrizar” o mal-estar, as angústias e perturbações em prol do “equilíbrio”. Concomitantemente, o medicamento é uma resposta rápida para administrar a necessidade dos indivíduos que chegam aos consultórios para dar conta dos acontecimentos violentos do cotidiano. Isso dificulta a identificação de seus determinantes individuais e coletivos, assim como, a busca por outras formas de lidar com tais atravessamentos, e também de resistência às relações de poder estabelecidas.

“sinto falta do apoio da minha família, eles estão lá, mas dizem que eu tenho que parar com isso de remédio... preciso orar, por que é falta da presença de Deus. Minha mãe acha que o que faltou no meu primeiro casamento foi conversa. O SAMU veio até a casa da minha tia onde eu estava, minha casa era caminho do hospital, pedi para passar lá, ia chamar meu marido, mas ela disse que estava muito cansado pra ir junto comigo. Eu tive meu filho sozinha, a doutora já sabe. Mas eles não entendem que eu tomo remédio, que eu to doente.” (Milena, 34 anos)

Milena, no momento em que abriu parte de sua trajetória para o grupo de mulheres, refere a medicação enquanto meio de obter o reconhecimento e a validação de seu sofrimento. Usa da legitimidade da biologia, do valor social do remédio, pra conseguir mostrar para a família como ela está sendo afetada. Também expõe diversas violências que sofreu nas relações mais próximas e íntimas; e como se sentiu negligenciada e culpabilizada em consequência disso.

Tanto Rita, quanto Milena, jovens que construíram suas famílias depois de situações de diversos abusos no passado, hoje relatam sobre seu cotidiano a partir da relação que mentem como os medicamentos, sem a perspectiva de viver ser esse recurso:

“Ai, doutora, eu não aguento mais, não tem só um remédio que eu tome e fique bem? Nenhum desses aqui ta resolvendo, parece que eu fico debaixo d’água, não como, esqueço as coisas... e eu preciso de ajuda” (Milena, 34 anos)

“Eu tava sentindo um aperto muito grande, não dormia, tomei mais um comprimido, sei que só aquilo me ajudaria. Parece que não vou conseguir mais dormir sem ele. Sem o remédio pra dormir eu não posso ficar, o outro

não sinto tanto, mas eu mal durmo com o remédio, imagina sem?” (Rita, 37 anos)

Essas falas demonstram a centralidade da medicação em suas vidas, mesmo com o efeitos colaterais que causam, ainda são a maior aposta terapêutica destas usuárias. Carvalho (2004) afirma que para quase todas as mulheres entrevistadas o medicamento é o único recurso para o controle da agonia gerada no dia a dia, sem outras formas de enfrentamento:

“o medicamento ansiolítico pode ser considerado um mecanismo ideológico, na medida em que oculta os aspectos sociais do processo saúde/doença dessas mulheres, o que torna o seu uso justificável, perpetuado e concebido como natural, além de servir aos interesses econômicos da sociedade capitalista” (CARVALHO, 2004, p.127).

Nesse sentido, Freitas e Amarante (2015) afirmam que a medicalização é operativa de forma que nos isenta de assumir responsabilidades pessoais e coletivas. Tal comportamento produz a transformação daquilo que é de ordem política, moral, sexual, em fenômenos tratados simplesmente como doenças.

O controle da sintomatologia não necessariamente passa única e exclusivamente pela terapia medicamentosa. Assim como problematiza Azevedo (2016), existem alternativas igualmente eficazes, diferente o modelo biomédico, que exerce influência definitiva sobre os currículos das escolas médicas e sua associação à indústria farmacêutica produziu efeitos adversos.

A resposta por meio do fármaco como principal caminho às demandas da população constitui uma política vantajosa para a indústria e preocupante para a saúde pública. Sousa (2013) ressalta a influência da indústria farmacêutica na prescrição médica utilizando de estratégias como o incentivo publicitário, visitas propagandistas e a distribuição de brindes e amostras grátis.

Para que a indústria farmacêutica seja bem sucedida na expansão de seus negócios faz-se necessária a criação de novos doentes, e para isso, o médico tem o papel de intermediador por excelência, sendo o campo da saúde mental onde tal aliança é mais evidenciada (FREITAS; AMARANTE, 2015). Assim, ressalta-se, como dito anteriormente, a posição do saber médico dentro dos processos de construção social, jamais neutra ou isenta dos interesses e conflitos de uma conjuntura política.

Lefevre (1983) realiza a discussão sobre a função simbólica dos medicamentos, que o transforma num objeto de interesse para o mercado financeiro

que se vende a partir da ideia do consumo de uma mercadoria que diminui a distância entre o concreto e o abstrato. Dessa forma, a “saúde”, um valor altamente desejado e dotado de alto grau de abstração, se transforma em realidade, a partir do momento em que é “biologizada”, e o instrumento que geram essa passagem - a medicação - se torna uma mercadoria. Em suas palavras:

A função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura (LEFEVRE, 1983, p.501).

O uso indiscriminado das medicações interferem na tomada de consciência e comprometimento pelo próprio processo de adoecimento, e a constituição destas mulheres como sujeito de mudanças. Assim como defende Carvalho (2004), não se trata da eliminação do uso da medicação, mas a retirada do ansiolítico enquanto “a força” que precisam para lidar com os sofrimentos e embates diários, dado que a importante busca por novas alternativas é cerceada, de forma que a tentativa por outros recursos, antes do medicamentoso, não acontece.

#### **2.4) O cuidado integral dentro da Atenção Básica**

Considerando a importância de um olhar terapêutico também direcionado para as relações de poder desiguais entre homens e mulheres, e por conseguinte, como elas são afetadas por isso, é necessário refletir sobre alguns pontos do trabalho na atenção básica. Será que os serviços, em sua configuração atual, de fato conseguem pensar sobre o cuidado com essas usuárias de forma integral?

Para a superação do modelo tradicional de assistência, Freitas (2013) aponta para dois direcionamentos referentes ao funcionamento do cotidiano dos profissionais na atenção básica. Retoma a relevância, enquanto política pública, do diálogo e articulação de diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher que vive em situação de violência; e também da redefinição instrumentos, materiais e saberes para o trabalho cotidiano dos profissionais na atenção básica.

A qualificação do acolhimento, proposta realizada pela Política Nacional de Humanização, foi um passo para a redefinição do acesso à assistência, enquanto garantia do direito constitucional de acesso à saúde, facilitando o fluxo de entrada dos

usuários nos serviços, que tem seu formato pautado na escuta qualificada, no processamento da demanda e da busca por resolutividade. Pretende ampliar a participação de outros profissionais na clínica da atenção primária, de forma que, como defende Tesser (2010), quanto mais flexíveis e versáteis os procedimentos e decisões clínicas, mais diversificadas e pouco ritualizadas as ações em saúde se tornam, podendo assim, adentrar no contexto sociocultural de sua área de abrangência, se tornando mais acessível a todos os tipos de demanda.

Uma outra ação importante, já conhecido pelos profissionais, mas pouco utilizada na prática é a notificação ao Sistema de notificação de violência (SISNOVE). Notificar as cenas relatadas pelas usuárias ganha importância para o dimensionamento epidemiológico do problema, se constituindo enquanto argumento para a criação de políticas públicas voltadas à prevenção. Os códigos de ética de psicologia, medicina, enfermagem, e odontologia, segundo Saliba (2007), fazem referência ao compromisso de tais profissionais de zelar com a saúde, dignidade e integridade humana, direcionando para a notificação e denúncia de situações de violência.

Contudo, a discussão de caso relacionado à violência é, em geral, polêmica dentro das reuniões no centro de saúde, isso revela como comove os profissionais. Muitos relatam não saber o que fazer ou se podem fazer mais, em geral caindo nas velhas condutas. Assim, é possível defender que a importância de orientação e trabalhos em rede intersetorial justifica, por exemplo, a criação de fóruns para promover a discussão acerca da violência, um fenômeno complexo, com muitos agentes e atravessamentos, entre os diferentes profissionais da rede de assistência do território, a fim de entender a especificidade dos lugares em que trabalham e discutir as ações desejadas e possíveis.

Hoje a interlocução de diferentes serviços do mesmo território é precária. Neste último ano, nos serviços acompanhados houve uma maior aproximação das equipes da atenção básica e do CAPS, tendo reuniões de matriciamento recorrentes, e por vezes promovendo o encontro com outros serviços, como escolas, assistência social, vigilância sanitária, organizações não governamentais e conselho tutelar. Mas poucas foram as práticas realizadas de forma conjunta entre esses serviços. A falta de espaços para as mulheres e adolescentes em sofrimento foi sinalizada mais de uma vez por ambos serviços, a demanda era caracterizada como complexa demais para ser cuidada apenas no centro de saúde, referindo a falta de preparo dos profissionais,

e o quadro incompleto da equipe. Por outro lado, era básica demais para um serviço especializado que atende um território muito vasto, e com pacientes considerados mais graves. Nesse sentido, tais usuárias muitas vezes ficavam num limbo da assistência.

A construção de práticas no território se faz necessária, mas exige dos trabalhadores a disponibilidade para escuta das usuárias; e também profissionais com o domínio técnico para propor no cotidiano de trabalho outras perspectivas terapêuticas possíveis e efetivas. Tendo assim, máxima importância para as unidades terem seu quadro de profissionais preenchido em sua forma prevista.

Rabelo e Araújo (2014) realizam a discussão de como que a organização de trabalho das unidades de saúde, principalmente em seu horário de funcionamento, favorecem a presença de pessoas sem vínculos empregatícios formais, uma vez que, várias empresas funcionam em horário comercial e não aceitam atestados médicos para homens que acompanham seus filhos em consultas, por exemplo. Isso reflete a compreensão social sobre o papel social da maternidade e da paternidade, assim como revela sobrecarga e a solidão das mulheres na responsabilidade do cuidado de seus familiares. Consequentemente, as autoras problematizam:

A estrutura de saúde e, do mundo do trabalho terminam por favorecer uma presença fortemente feminina dentro da clientela da ESF. Da mesma forma, as equipes da ESF puderam perceber que cobra-se das mulheres que sejam cuidadoras da família e, quando elas retornam, sucessivamente, à unidade para cuidar de si (políticas de atenção à saúde da mulher), cuidar dos filhos (política de atenção à saúde da criança), cuidar dos pais, cuidar dos maridos e demais familiares, elas terminam por serem penalizadas por um comportamento a princípio estipulado. Ou seja, as equipes passam a reclamar da presença constante dessas mulheres no serviço (RABELO e ARAÚJO, 2014, p.138).

A presença das mulheres nas unidades de saúde não reflete de forma proporcional sobre o cuidado dedicado a si. A perspectiva da mulher no papel de cuidadora da família, inviabiliza o sujeito real que está pedindo por assistência, e também os demais atravessamentos de classe social e raça/etnia que as usuárias destes serviços vivem. Prover o sustento da família, em diversas ocasiões como a renda principal, e não apenas complementar; somadas às responsabilidades domésticas a ela atribuídas pelo fato de ser mulher, implica num malabarismo diário que reflete na sobrecarga e adoecimento de tais sujeitos.

É preciso conhecer e qualificar o percurso realizado pelas usuárias no autocuidado. A quem procuram quando estão exaustas? Quais recursos são ponderados para este cuidado? Ao passar por uma situação de violência, qual a rede de apoio acionada? Quais serviços? O centro de saúde é uma referência dentro de seu território? Como abordar o assunto com esta usuária? O que fazer com a informação recebida?

Ao longo das discussões deste ano, vários profissionais mostraram insegurança ao abordar determinados assuntos, principalmente os que também residiam no território. A preocupação com a própria segurança e integridade física influencia nas ações consideradas possíveis, uma vez que mantém outras relações no bairro, para além da profissional.

O fortalecimento das agentes comunitárias de saúde (ACS), a partir da sensibilização sobre o tema abordado é importante para a segurança dos trabalhadores no território e na qualificação da abordagem e demanda do usuário. Rabelo e Araújo (2014), apontam que para que as ACS tenham mais liberdade de relatar o que veem nas residências, são necessários ouvidos mais receptivos aos relatos, dentro da própria equipe, o que possibilita análises de casos mais profundas, que possam levar a um maior leque de ações psicossociais, para além do apoio medicamentoso.

O grupo de mulheres foi uma resposta comum no centros de saúde para cuidar de forma específica da demanda que se apresentava ao serviço. Teve o objetivo constituir-se como um espaço para mulheres conversarem sobre seu cotidiano e as dificuldades enfrentadas, no âmbito doméstico e público, que acarretam em sofrimento psíquico. Através da desnaturalização das relações de gênero, promoção de autonomia e produção de trocas de conhecimento, entender como as necessidades em saúde estão atreladas às relações sociais, atravessadas, nestes casos, com a temática de gênero:

“Eu não sabia se ia conseguir vir pro grupo, às vezes as coisas tão muito difíceis, eu tomo a medicação, mas parece que fico devagar. Mas eu tinha falado que vinha hoje, saí de casa tem quase uma hora, eu moro ali no sobrado, mas sabia que se não viesse, era capaz de não sair depois.” (Rita, 37 anos)

“Eu venho aqui por que preciso de ajuda, e às vezes eu nem preciso falar que já saio melhor. Não preciso o tempo inteiro, mas também se preciso eu já to aqui. E posso falar que elas ouvem.” (Meire, 56 anos)

Ambas as usuárias reconhecem a importância terapêutica do encontro no grupo de mulheres que participam. Rita fala da dificuldade de compor esse espaço, e de suas estratégias para conseguir estar presente, mesmo morando a poucos metros do centro de saúde. Meire, em seu relato, traz algo muito particular da experiência grupal, o contato com outras pessoas que passam por dificuldades semelhantes, de modo que as intervenções com uma determinada pessoa pode servir de material de reflexão para outra.

Uma outra usuária conta um pouco do que leva consigo dos aprendizados a partir de sua participação no grupo:

“Aqui eu aprendi que preciso cuidar de mim, pensar no que for bom pra mim, por que eu também sou um ser humano, que sou importante, e não uma doença apenas”. (Maria, 54 anos)

Maria, que era tida pela equipe como uma usuária que não adere a grupos, estava sendo atendida individualmente, quando após poucas semanas, concordou em frequentar o grupo de mulheres. Nos primeiros encontros, Maria apenas se apresentou às demais, e não falou de sobre si, mas acompanhava os relatos e fazia breves comentários, que revelavam sentimentos de pena, indignação, surpresa e revolta. Aos poucos, foi contando breves cenas sobre sua história marcada pela presença do diagnóstico de uma doença autoimune que maneja há vinte anos.

Acerca de uma experiência de um grupo de mulheres realizado em um equipamento de saúde, as autoras afirmam:

Somos capazes de desmistificar o sofrimento causado pelo machismo, misoginia, e sexismo localizando diversas maneiras de acolhê-los e de responder às variadas formas de violência que sofremos. Isto é produzir saúde a partir de seu conceito ampliado, é perceber que as relações desiguais de gênero determinam o acesso à saúde das usuárias, como ao lazer, trabalho, renda, entre outros, assim como condiciona a obtenção de autonomia e cidadania por parte delas. (COSTA E GOMES, 2017, p.165)

Nesse sentido, Freitas (2013) também ressalta a importância do trabalhador se entender enquanto um agente da transformação social da opressão de gênero. A importância, para além da dimensão curativa do processo de trabalho, de um caráter político, para a efetivação do potencial para superar determinada opressão também no processo de trabalho.



### 3) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão realizada ao longo do texto, é possível afirmar que o gênero é uma construção social, que atualmente, em sua forma hegemônica, é dividido de forma binária a partir das diferenças dos órgãos sexuais. Juntamente com classe econômica e raça/etnia, é uma categoria fundamental para compreender as relações de poder em nossa sociedade.

Esta configuração de gênero específica, moldada por princípios e valores da cultura na qual estamos inseridos, determina diretamente as funções sociais que homens e mulheres irão exercer e na forma como se subjetivam a partir deste traço identitário. O gênero provoca mudanças profundas nos corpos e é utilizado hoje para justificar a dominação masculina, o que reflete em desigualdades reais entre homens e mulheres nos âmbitos social, econômico e político. De forma que, não é preciso subverter a ordem para ser violentada, basta ser mulher.

Os diferentes níveis de violência enfrentados por mulheres tem pouco espaço para dentro dos equipamentos de saúde. Inclusive por vários destes níveis serem de difícil identificação enquanto violência para uma sociedade que entende como natural e biológica a diferença de poder entre homens e mulheres. As mulheres se subjetivam dentro de uma estrutura social construída e atravessada pela violência simbólica da opressão de gênero.

Frequentemente, a resposta das instituições de saúde é a hipermedicalização da experiência das mulheres, que individualiza e naturaliza as consequências geradas e cultivadas nessa sociedade patriarcal, que define especificamente as funções sociais esperadas para uma mulher. Fenômenos sociais são compreendidos como uma disfunção biológica e o foco terapêutico está no controle e eliminação da sintomatologia. A partir da prevalência do modelo biomédico de cuidado, os recursos escolhidos são, portanto, os ansiolíticos e antidepressivos.

Destaca-se, por fim, a importância de uma conduta terapêutica norteada pela integralidade do cuidado, que considere a especificidade da inscrição da mulher na sociedade e da trajetória de vida da mesma. Para tanto, é necessária a defesa da criação, da manutenção e da ampliação de políticas públicas, em especial, na área da atenção básica à saúde. Políticas essas, que para além do entendimento biomédico, são pautadas na compreensão das consequências da vivência da

disparidade de poder das relações de gênero, enquanto um elemento transversal importante no sofrimento e adoecimento das mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELLO, V. ANDRADE, A. P. M. (Org.). Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77
- AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAUJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 83-90, Jan. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>.
- BARROS, A. R. ; COELHO, E. A. C. ; BARRADAS, A. C. C. ; LUZ, R. T. ; CARVALHO, M. F. A. A. ; SOBRAL, P. H. A. F. Estratégias de mulheres frente à baixa resolutividade na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem (Online)* , 2018.
- BOURDIEU, P. (2014) A dominação masculina. 2ª ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014. 172p.
- BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. 287p.
- CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal , v. 9, n. 1, p. 121-129, Apr. 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100014>.
- CASTAÑEDA, Marina. *O machismo invisível*. São Paulo: A Girafa Editora, 2006
- COSTA, J. ; GOMES, Tathiana . Além do aparente: problematizações sobre a generificação das relações a partir de um grupo de mulheres.. In: Passos, R. G; Pereira, M. O.. (Org.). *Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de*

- gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. 1ed.Rio de Janeiro: Autografia, 2017, v. , p. 146-165
- DIEHL, E; MANZINI, F; BECKER, M. A minha melhor amiga se chama Fluoxetina: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen (orgs.). 2010. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas. p. 331-65
  - FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148 p.
  - FOUCAULT, Michel . *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989
  - FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 457-466, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300009&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300009>.
  - LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 17, n. 6, p. 500-503, Dec. 1983 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>.
  - RABELO, Ionara Vieira Moura ; ARAÚJO, M. F. . ?Essa mulher não sai daqui da unidade?: práticas de descuidado e invisibilizações na estratégia saúde da família. In: Valeska Zanello; Ana Paula Müller de Andrade. (Org.). *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. 1ªed.Curitiba: Appris, 2014, v. , p. 129-146.
  - SAFFIOTI, Heleieth I.B. Violência de Gênero — lugar da práxis na construção da subjetividade. *Lutas Sociais*, nº 2, PUC/SP, 1997, pp.59-79.
  - SALIBA, Orlando et al . Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 472-477, June 2007.

- SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 36, n. 4, p. 470-477, Aug. 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; BARROS, Cláudia Renata dos Santos; CASTILHO, Euclides Ayres de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 237-245, June 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200006>.
- SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1131-1140, abr. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>.
- TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.
- ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetificação. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.