

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MIRELLA DE LUCENA MOTA

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE MENTAL:
SILENCIAMENTOS E INVISIBILIDADES DO SOFRIMENTO DE
USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RECIFE.**

RECIFE
2017

MIRELLA DE LUCENA MOTA

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE MENTAL:
SILENCIAMENTOS E INVISIBILIDADES DO SOFRIMENTO DE USUÁRIAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.

RECIFE
2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

- M917v Mota, Mirella de Lucena.
Violência contra as mulheres e saúde mental : silenciamentos e invisibilidades do sofrimento de usuárias da atenção primária à saúde em Recife / Mirella de Lucena Mota. – 2017.
132 f. ; 30 cm.
- Orientador : Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2017.
Inclui Referências, apêndices e anexos.
1. Psicologia. 2. Psicologia social. 3. Mulheres – Saúde mental. 4. Violência contra as mulheres. 5. Cuidados primários de saúde. 6. Sofrimento – Aspectos psíquicos. I. Fonseca, Jorge Luiz Cardoso Lyra da (Orientador). II. Título.
- 150 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2017-108)

MIRELLA DE LUCENA MOTA

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE MENTAL:
SILENCIAMENTOS E INVISIBILIDADES DO SOFRIMENTO DE USUÁRIAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 21/02/2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jorge Cardoso Lyra da Fonseca
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
(Examinadora Externa)
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/PE

Prof.^a Dr.^a Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

*À Eliane Lucena, a minha mulher preferida do
mundo.*

AGRADECIMENTOS

Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou. Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa. E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma. Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de 'nós'.
(Cora Coralina - Colcha de Retalhos)

Agradecer é relembrar! Trazer à tona sentimentos escondidos, puxar da memória todas as ações e presenças significantes para mim nesse processo de pesquisa. Demonstrar gratidão é algo recompensador, pois, quando o faço, percebo todos os caminhos trilhados e confirmo que todos os dias, ao sair de casa, eu me deparo com pequenos milagres, operados por pessoas cheias de luz que cruzam o meu caminho a todo o momento. Então gostaria, primeiramente de agradecer de forma geral a todos e todas que de certa forma participaram desses meus dois anos de mestrado.

A Deus por me proporcionar viver uma vida plena e me conduzir por esses caminhos com tranquilidade e com essas pessoas maravilhosas.

À toda a minha família pelo carinho e apoio. Ao meu esposo Tarcísio, pelo incentivo, amor e parceria durante todos os anos que partilhamos sonhos. Chegar no mestrado e também concluí-lo é uma conquista nossa! À mainha por todo o cuidado de sempre, por nunca deixar de acreditar em mim, por ser a força que me motiva a ser uma mulher de coragem e a acreditar na importância desse texto. Aos meus queridos vizinho e vizinha, pelos abraços afetuosos, pela alegria que me trazem cotidianamente só pelo fato de existirem. Ao meu pai, que mesmo nas dificuldades, sei que torce por mim. À minha prima Camila, por sempre acompanhar todos os momentos bons e por também ouvir sobre os difíceis.

Às amigas Nath Bressan, Elisa, Alana, Irla, Taynan, Carla, Edilânia, Tati, Jaci, Isabela, por me presentear com a leveza de suas amizades. Aos meus sensacionais companheiros de residência multiprofissional, Carmen e Flaviano, por serem minha alegria, motivo de gargalhadas, por continuarem presentes sempre.

Às queridas assistentes sociais Cleide, Andreza, Gerusa, Luiza e Cristiane, que me acompanharam durante minha trajetória na saúde mental, por serem referências de luta e de compromisso social.

À minha turma do mestrado em Psicologia, em especial Fernanda, Mariana e Jorge Luiz, pelas risadas e compartilhamento de angústias! Essa experiência foi muito mais doce (MM's) com a presença de vocês. À minha dupla Jorge Luiz, só tenho a agradecer pelo

presente de sua amizade, obrigada por tudo, por me dar seu ombro, por ser meu migo! Raphael, também te agradeço, pela sua alegria!

Ao Núcleo Feminista de Estudos sobre Gênero e Masculinidades (Gema), por todo o afeto e aprendizado compartilhado, em especial, às minhas queridas do Mulheres e Saúde: Talita, Juliana, Patrícia Ivanca, Rayanne e Marcela, vocês são flores lindas demais! Também aos gemas Anna de Cássia, Rodrigo e Patrícia Caetano, por todas as conversas e momentos incríveis.

À bonita Telma Melo, a quem não sei se já disse, mas digo agora: quando eu crescer, quero ser, nem que seja um pouquinho de nada, como tu! Que alegria foi te conhecer e pesquisar saúde mental contigo! Obrigada por ser minha anja, pelas lidas e sugestões no texto da dissertação e por todas as conversas regadas a coca-cola e amendoim!

A Benedito Medrado, por todos os ensinamentos, pelo cuidado e pela sempre enriquecedora presença. Quero agradecer especialmente pelas disciplinas que cursei contigo, esse texto não sairia sem elas. Ensinar sobre a arte de pesquisar é um dom e tu tens isso e sabe partilhar!

Ao meu querido orientador Jorge Lyra, obrigada por tanto carinho, pela atenção, por todos os e-mails, reuniões, orientações, por me deixar fotografar teu caderno, por me fazer uma pesquisadora melhor, por acolher minhas loucuras, por me emprestar teu óculos de gênero, por se abrir à saúde mental, por dividir comigo tanta coisa, por ser tu!

À professora Magda Dimenstein, pelas maravilhosas sugestões na banca de qualificação e por todos os textos que orientaram meus escritos. À Rosineide Cordeiro, que, desde a graduação, sempre esteve presente em momentos cruciais da minha formação e segue estando, o que me deixa imensamente feliz. À Paulette Cavalcanti, por aceitar o convite da defesa e pelas trocas perpetuadas desde a Residência de Saúde Mental da UPE.

À Alexandra Mustafá, por nunca deixar de me guiar, por ser meu apoio profissional e acadêmico, maior incentivadora, por acreditar em mim mais do que eu mesma.

Ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFPE, sem dúvida, a melhor escolha que fiz, a João, por todo o apoio sempre, aos professores Luis Felipe, Karla Galvão e Renata Lira, pelas conversas e trocas em diferentes espaços, que tanto contribuíram para a construção desse estudo.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, tão crucial para a pesquisa.

Às mulheres entrevistadas, pela disponibilidade e por nos contarem tantas histórias, por nos permitir ouvi-las, por tornarem esse trabalho possível.

E por fim, à luta feminista e à luta antimanicomial, que me motivam a continuar pesquisando e acreditando numa proposta de sociedade mais justa e igualitária.

Novamente, muitíssimo obrigada!

RESUMO

Esse estudo buscou operar uma discussão relacional entre os campos da atenção primária à saúde, da saúde mental e da violência, tendo como objetivo geral analisar como a violência contra a mulher se relaciona com a situação de sofrimento psíquico de mulheres usuárias da atenção primária à saúde em Recife. Esse trabalho foi pautado nas epistemologias feministas em diálogo com a psicologia social, como ferramenta metodológica foram feitas entrevistas episódicas com três mulheres na Rede de Atenção Primária no distrito sanitário IV do município de Recife. As entrevistas foram analisadas a partir dos episódios de sofrimento e de violência trazidos pelas mulheres, na perspectiva da análise episódica. Tal análise permitiu a visualização de três eixos temático-analíticos: 1) intersecções entre gênero e classe social; 2) função de cuidado e 3) saúde mental na atenção primária. Como resultados, foi possível perceber que as questões que envolvem o sofrimento psíquico das mulheres surgem na atenção primária de diversas formas, seja na reprodução da lógica, por profissionais e usuárias, de medicalização do sofrimento, na dificuldade de relatar questões entendidas pelas mulheres como mais pessoais aos profissionais, nos diferentes casos que expressam situações de opressão, com o surgimento de queixas como depressão e tentativas e/ou desejo de suicídios, ou ainda no não reconhecimento da unidade de saúde da família como instância primeira para o atendimento às situações de violência contra as mulheres. O sofrimento psíquico tem sido cada vez mais experimentado pelas mulheres, tendo sido percebido em todos os relatos de formas distintas, a partir das singularidades dos casos, dos diversos de tipos de violência contra as mulheres e das desiguais relações sociais de gênero, classe e raça. Por fim, o desenvolvimento deste trabalho possibilitou compreender o quanto ainda se faz necessário visibilizar tais relações, principalmente no que diz respeito às interconexões entre os campos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra as mulheres. Saúde mental. Atenção primária. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

This study sought to operate a relational discussion between the fields of primary health care, mental health and violence, with the general objective of analyzing how violence against women is related to the psychological suffering of women using primary health care in Recife. This work was based on feminist epistemologies in dialogue with social psychology, as methodological tool were made episodic interviews with three women in the Primary Care Network in the health district IV of the city of Recife. The interviews were analyzed from the episodes of suffering and violence brought by the women, from the perspective of the episodic analysis. This analysis allowed the visualization of three thematic-analytical axes: 1) intersections between gender and social class; 2) care function 3) mental health in primary care. As results, it was possible to perceive that the questions that involve the psychological suffering of women arise in the primary attention in several ways, either in the reproduction of the logic, by professionals and users, of medicalization of the suffering, in the difficulty of reporting issues understood by women as more to the professionals, in the different cases that express situations of oppression, with the appearance of complaints such as depression and attempts and / or desire for suicides, or in the non-recognition of the family health unit as the first instance for dealing with situations of violence against women. Psychological suffering has been increasingly experienced by women, having been perceived in all accounts in different ways, from the singularities of the cases, from the various types of violence against women and from the unequal social relations of gender, class and race. Finally, the development of this work made it possible to understand how much it is still necessary to visualize such relations, especially with regard to interconnections between fields.

KEY WORDS: Violence against women. Mental health. Primary attention. Suffering.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CFCH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas

CGSM - Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

DAPE - Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos

ESF - Estratégia de Saúde da Família

LMP - Lei Maria da Penha

MS – Ministério da Saúde

GEMA - Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

USF - Unidades de Saúde da Família

VCM - Violência Contra a Mulher

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	INTRODUÇÃO	16
3	O SOFRIMENTO DAS MULHERES DIANTE DE UM CONTEXTO DE DESIGUALDADE: O GÊNERO EM QUESTÃO.....	19
3.1	Desigualdades estruturando violências contra as mulheres: bases capitalistas e patriarcais.	19
3.2	O sofrimento psíquico das mulheres a partir de uma perspectiva da saúde mental: aproximações com o debate de gênero.	27
4	O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA SAÚDE E SUAS APROXIMAÇÕES COM A DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL	35
4.1	Explorando a produção teórica sobre o debate da saúde mental na atenção primária.....	35
4.2	Por que discutir violência contra a mulher na saúde?.....	43
4.3	A violência contra as mulheres e sua relação com o campo da saúde mental	51
5	O CAMINHO METODOLÓGICO.....	57
5.1	Em busca de outra forma de fazer ciência: as epistemologias e metodologias feministas..	57
5.2	Trajetórias, idas e vindas: aproximação com o debate e considerações da pesquisa.....	60
5.2.1	<i>As Unidades de Saúde da Família: caracterização das comunidades de Campo do Banco e Brasilit</i>	61
5.2.2	<i>Quem são essas mulheres?</i>	64
5.2.3	<i>As entrevistas</i>	65
5.2.4	<i>Como analisar as entrevistas episódicas?</i>	69
6	ANÁLISE DE EPISÓDIOS NARRADOS POR MULHERES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NEXOS ENTRE SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.	73
6.1	O sofrimento psíquico e suas repercussões na vida das mulheres: conexões entre as questões de classe social, trabalho e adoecimento.	74
6.2	Quando o cuidar traz o sofrer e a recíproca também é verdadeira: repercussões da responsabilização da mulher como cuidadora familiar.....	84
6.3	Quando o sofrimento da mulher é ouvido: como a discussão da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde pode fornecer alternativas?	92
7	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICES	121
	ANEXOS.....	125

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho é produto de reflexões, discussões e provocações que me acompanham na trajetória acadêmica e profissional desde a minha inserção no campo da saúde mental, mais especificamente desde 2011, quando eu, ainda na graduação do curso de Serviço Social, iniciei as práticas de estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II no Município de Recife.

A identificação com os pressupostos e ideais da Reforma Psiquiátrica e os serviços de saúde substitutivos ao modelo manicomial me levou a seguir caminho na área e, em 2013, iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Universidade de Pernambuco, na qual pude ampliar e aprofundar meu olhar sobre a saúde mental atuando como assistente social residente em diversos serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Concordando com Sandra Harding (1987), penso que antes de iniciar a discussão teórico-metodológica desse texto, é importante me situar na pesquisa. A autora aponta que deve-se deixar claro os pressupostos da pesquisadora no quadro em que se pretende pintar, ou seja, “explicitar o gênero, a raça, a classe e os traços culturais do pesquisador e, se possível, a maneira como ela ou ele suspeitam de como tudo isso vai influenciando o projeto de pesquisa”. (HARDING, 1987, p. 25, tradução própria). Dessa forma, Sandra Harding (1987) afirma que a pesquisadora, ao se colocar, apresenta-se como um sujeito histórico, real, com interesses e desejos e não como uma voz anônima e invisível de autoridade.

E não há como eu demarcar esses pressupostos sem contar um pouco da minha história, afinal essa pesquisa é fruto de uma trajetória única e singular, de processos que me levaram ao lugar que hoje estou e as experiências que tive durante a vida também moldaram a minha visão de mundo e o objeto de estudo em questão. Falar de mim é também reconhecer as valorações pessoais que me levaram a esse estudo, tal como aponta Mary Gergen (1993), ao afirmar que, devem-se levar em consideração as contingências históricas dos fenômenos e também a influência das circunstâncias pessoais do pesquisador na formulação e alcance dos objetivos e resultados da pesquisa.

Sou uma mulher jovem, branca, cisgênero, casada, de classe média, filha de pais divorciados, de uma mãe professora, que durante muito tempo trabalhou no setor comercial, como recepcionista, operadora de telemarketing, vendedora etc., e contou com o apoio dos

seus pais (meus avós) para garantir o meu cuidado; e de um pai adoecido, desempregado, que tem sua história de vida marcada por questões de saúde mental.

Valorizo a cultura nordestina, principalmente a da minha cidade – município de Paulista/PE – marcada pela sua história de um povo trabalhador do setor têxtil, que com a força de seu trabalho, bastante explorada pelos coronéis da região, ergueu a cidade conhecida pelas suas chaminés. Cresci sempre próxima aos meus avós e bisavós, ouvindo as histórias de exploração e o terror que os coronéis colocavam para as famílias e, principalmente, para as mulheres da região.

Tenho formação em Serviço Social, profissão fortemente influenciada pela teoria social marxista, e, portanto, carrego a perspectiva materialista histórica dialética por onde quer que eu vá. Além disso, minhas experiências profissionais ocorreram, majoritariamente, no campo da saúde e da saúde mental e, portanto, considero-me defensora e militante do SUS e do movimento da Luta Antimanicomial.

Acredito que a minha paixão pelo campo da saúde mental foi decisiva para que eu pudesse me apropriar de discussões, que não eram novas para mim, por já ter me aproximado das mesmas durante a graduação, mas que ainda não tinham sido apresentadas a partir de uma visão crítica feminista, exigindo que eu me dispusesse a exercitar essa criticidade e suas complexidades. E por ocasião dessa aproximação, propiciada a partir dessa pesquisa, hoje também me reconheço como uma mulher feminista.

Comecei a perceber que os espaços de diálogo dos quais participei enquanto atuava na RAPS, sobre gênero, raça e classe eram poucos e pontuais, sendo despertados a partir de discussões de casos clínicos e emergindo nos discursos de profissionais mais críticos, atuantes e compromissados com a perspectiva da Luta Antimanicomial.

Sair da minha zona de conforto institucional do CAPS e do campo de saber da saúde mental foi um grande desafio. Lembro que durante na minha experiência profissional na saúde, as discussões sobre os casos dos/as usuários/as prevaleciam na ordem do manejo das práticas, da necessidade de intervenções de contenção da crise e de urgências pautadas nos quadros clínicos dos/as usuários/as, bem como em seus diagnósticos, embora os casos fossem plurais e diversos.

Assim, percebia que as reflexões das quais pude participar estavam mais ligadas às dimensões clínicas e não se aprofundando de outras de ordem mais social, e mesmo que eu

participasse de atividades mais “sociais”, pela ocasião da minha formação profissional, esse saber não tinha a mesma legitimidade, se comparado ao saber dos profissionais médicos e/ou enfermeiros. Vale destacar que não é minha intenção desmerecer esses saberes, pelo contrário, busco aqui refletir sobre minhas percepções de participação no campo, a fim de traçar um caminho que possibilite o entendimento das minhas inquietações que levaram a construção desta pesquisa e que, acredito também, reverberam nas narrativas das usuárias que entrevistei.

A minha integração com o Núcleo Feminista de Pesquisa sobre Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE) foi essencial para esse processo de construção. Ao chegar ao mestrado, com a aprovação na seleção do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, fui acolhida pelo Profº. Jorge Lyra, que desde o início me deixou à vontade para construir conjuntamente um processo de escrita que fosse agradável, leve e pertinente. Numa relação que creio que posso afirmar como sendo rara, pela parceria mútua entre orientador-orientanda, pois diante das tantas formalidades requisitadas pelo “fazer ciência”, mesmo sendo perpassado por uma exigência de operacionalização para o cumprimento das ações e a organização do processo, foi muito agradável e fácil de conduzir.

Acredito que esses pontos precisam ser destacados, pois o modo como me posiciono como pesquisadora define também as relações que crio com o mundo, e reconhecer os/as atores/atrizes que fizeram e ainda fazem parte deste momento de construção, que embora seja autoral e singular a partir da minha escrita e de um ponto de partida individual, é na realidade coletivo, pois contou com o apoio de várias mãos, braços e pernas. O fazer ciência deve também considerar estas relações, que hierarquicamente se burocratizam inúmeras vezes, mas que podem fluir em outros moldes, contribuindo para uma humanização das relações, podendo também mover reflexões que sejam potencialmente efetivas e produtoras de cuidado, por que não?

A participação no GEMA propiciou-me uma aproximação maior com os estudos da psicologia social e das relações de gênero e, finalmente, com a minha inserção em um projeto de pesquisa que já estava em desenvolvimento pela equipe quando ingressei, intitulado “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife”¹; pude me apropriar ainda mais nos estudos sobre a atenção

¹ Pesquisa apoiada pelo edital FACEPE 13/2012 pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – Rede MS/CNPQ/FACEPE/SES - 2ª rodada, tem como coordenador o Prof. Dr. Jorge Lyra e como co-coordenador o Prof. Dr. Benedito Medrado (maiores informações no Apêndice B).

primária à saúde (APS) e percebi o quanto a desigualdade social está associada à situações constantes de violência e como as demandas de saúde mental são oriundas também deste contexto.

Outras inquietações surgiram, na realidade sempre estiveram presentes, mas eu não percebia claramente: grande parte da população que eu atendi, tanto nas Unidades de Saúde da Família (USF) como nos CAPS, eram mulheres. Mulheres negras, pardas, jovens, idosas, pobres, casadas, divorciadas, mulheres grávidas, com filhos, mulheres empregadas no mercado informal, donas de casa, prostitutas, lésbicas, transexuais, heterossexuais, mulheres cuidadoras... mulheres!

Ao nos debruçar sobre as conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, percebemos que muito se avançou, do ponto de vista ideológico, na luta contra o modelo manicomial e biomédico, a Política de Saúde Mental implementou novos espaços para o cuidado das pessoas com transtornos mentais, através do processo de desinstitucionalização e do progressivo deslocamento do cuidado para serviços substitutivos, como os CAPS. No entanto, no que diz respeito ao gênero, os avanços relativos à pluralidade das identidades, historicamente estigmatizadas como incapacitadas e perigosas, ainda são tímidos, havendo maior enfoque para figura da mulher, em condição de vítima, sem haver um trabalho de prevenção da violência de gênero (ROSA; CAMPOS, 2012).

Dessa forma, comecei a perceber que as questões que envolviam as mulheres eram mais específicas e complexas, e o estudo do tema da violência contra a mulher gerou em mim inquietações ainda maiores. Na tentativa de estreitar o diálogo entre o campo da saúde mental com os estudos sobre a violência contra as mulheres, numa perspectiva feminista, formulei algumas questões direcionadoras que me ajudaram a pensar meu objeto de estudo: como os padrões de gênero se atualizam na vida das mulheres, com demandas de saúde mental, atendidas pela atenção primária à saúde e, a partir de tal compreensão, qual a visibilidade que se tem acerca da violência contra a mulher nos agravos e danos à saúde mental das mulheres?

Discutir tais questões me permitiu refletir também sobre o comprometimento social e também político para com as/os sujeitas/os que estão diretamente implicadas/os com a esfera de interesse e de correlação de forças que perpassa tais questões. Dessa forma, este estudo ganha relevância ao se propor adentrar num campo complexo, por vezes intocável, dos estudos sobre a violência contra as mulheres e provocar reflexões sobre a sua relação e os rebatimentos diretos para o campo da saúde mental.

Percebi que a preocupação que eu tinha inicialmente com a formulação dos projetos terapêuticos singulares (PTS), meu objeto de estudo do projeto de pesquisa de inserção no mestrado, permaneceria se eu aproximasse o questionamento sobre a contemplação da visão da clínica ampliada de saúde e a concepção de integralidade dos/as sujeitos/as com o debate mais próximo aos estudos de gênero e nas questões das mulheres. Assim, isso me dizia que eu procurava também saber como a singularidade era contemplada na saúde.

A participação no *Projeto guarda-chuva* desenvolvida pelo GEMA mostrou-se que as mulheres vivenciam cotidianamente situações de exposição à violência, desde uma esfera macro, nas instituições e pelo próprio Estado, até às micro relações, com destaque para a esfera privada e familiar. Operar a leitura dessa realidade não é fácil, requer também se dotar de uma visão ampliada, despida de preconceitos e paradigmas.

Tendo sido apresentada aos textos da autora María Jesús Izquierdo (1998; 2001; 2004) pelo professor Jorge Lyra, encontrei na explicação da desigualdade social a conexão que faltava para formular e fundamentar a minha questão de pesquisa: a explicação de que as mulheres vivenciam situações próprias de desigualdade social, baseada em marcadores como o gênero; tais desigualdades, estruturadas pelo modo de produção capitalista e pelo patriarcado, ao mesmo tempo em que produzem e reproduzem violências, são responsáveis também por produzir sofrimento psíquico.

María Jesús Izquierdo é uma socióloga feminista que procurou, a partir de estudos interdisciplinares na Universitat Autònoma de Barcelona, transversalizar os estudos de gênero na pesquisa social, num movimento de aproximação com as perspectivas da sociologia, das teorias feministas e da psicanálise². Seu livro *El malestar em la desigualdade*, publicado em 1998, foi de grande contribuição para os meus estudos, uma vez que trata da relação entre a desigualdade social, as relações de gênero e o sofrimento psíquico.

Assim, reformulei o meu objeto de estudo para pensar como as mulheres atendidas na atenção primária à saúde podem vivenciar situações de violência que se relacionam com as questões de saúde mental e vice-versa. E será sobre este objeto que relaciona a violência contra as mulheres e a saúde mental que nos deteremos nesse texto.

² Informações adquiridas no site do Grupo de Estudios sobre Sentimientos, Emociones y Sociedad. Disponível em: <<http://www.uab.cat/web/la-investigacion/geses-1266564926574.html>>.

2 INTRODUÇÃO

*Cadê meu celular?
Eu vou ligar prum oito zero
Vou entregar teu nome
E explicar meu endereço
Aqui você não entra mais
Eu digo que não te conheço
E jogo água fervendo
Se você se aventurar*

*Eu solto o cachorro
E, apontando pra você
Eu grito: péguix
Eu quero ver
Você pular, você correr
Na frente dos vizinhos
Cê vai se arrepender de levantar
A mão pra mim*

*(Música Maria da Vila Matilde – Elza Soares;
composição de Douglas Germano)*

Esta dissertação intentou dialogar na relação entre três principais campos de estudo, a saber: a violência contra a mulher, a saúde mental e a atenção primária à saúde. Mas por que tratar esses campos em relação?

Primeiramente, devemos pontuar que durante muito tempo a saúde mental foi pensada como algo a ser tratado em espaços exclusivos, o simples fato de mencionar ou pôr em questão a saúde mental de sujeitos/as ou populações causava imediatamente certo estranhamento, algo que deveria ser combatido em reclusão, a loucura precisava, assim, ser trancafiada.

Por outro lado, a violência contra a mulher (VCM), como veremos, além de ser percebida como uma questão de ordem privada (doméstica) tem seu caráter de intervenção majoritário nos âmbitos da justiça e da segurança pública. Falar atualmente sobre a violência como questão de saúde pública e também com rebatimentos diretos na saúde mental, ainda não apresenta a mesma legitimidade que o diálogo feito nos âmbitos anteriormente mencionados, em situações de enfrentamento mais direcionadas às esferas da proteção e recuperação das vítimas, que já passaram por um processo de violência, e geralmente com pouco enfoque na prevenção.

Refletir sobre a violência contra a mulher como uma questão para o campo da saúde e com rebatimentos diretos para a saúde mental é operar numa relação dialógica, não fragmentária, rompendo com a ideia de sujeito universal. E é nessa lógica que buscaremos realizar nossa reflexão ao longo desse texto.

Organizamos a dissertação com quatro capítulos de desenvolvimento. O primeiro capítulo, *O sofrimento das mulheres diante de um contexto de desigualdade: o gênero em questão*, é o responsável por trazer o debate teórico-conceitual sobre desigualdades sociais de gênero na perspectiva materialista dialética, utilizo como referência algumas autoras feministas materialistas, e principalmente, a teórica feminista María Jesús Izquierdo, que também desenvolve um diálogo com a saúde mental, as teorias feministas e a sociologia.

O segundo capítulo, *O enfrentamento à violência contra a mulher na saúde e suas aproximações com a discussão da saúde mental*, tem a função de apresentar a discussão temático-conceitual, proveniente da pesquisa de revisão de literatura sobre os campos da atenção primária à saúde, da saúde mental e da violência contra as mulheres. Nesse capítulo, poderemos compreender melhor sobre como esses campos se articulam no direcionamento de suas respectivas políticas e de intervenções pautadas no compromisso do enfrentamento às necessidades das mulheres.

No terceiro capítulo, *O caminho metodológico*, buscamos apresentar os procedimentos metodológicos escolhidos, explorando o processo de pesquisa de campo, as entrevistas, a caracterização das unidades de saúde da família, bem como os procedimentos de análise e aspectos éticos.

No quarto capítulo, *Análise de episódios narrados por mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde: nexos entre Saúde Mental e Violência Contra as Mulheres*, no qual analiso episódios de violência e de sofrimento psíquico, trazidos por três mulheres entrevistadas no espaço da atenção primária à saúde, são elas: Stela, Nise e Maura.

Cada tópico desse último capítulo se relaciona com um eixo de análise, o primeiro explora a relação entre as questões de gênero e a classe social através do sofrimento de Stela pela necessidade de manutenção do trabalho; o segundo tópico apresenta a história de sofrimento psíquico de Nise diante da responsabilização de cuidado dela para com os outros membros de sua família e, por último, os episódios narrados por Maura nos permitirão discutir mais a respeito sobre quem é o/a sujeito/a da saúde mental na atenção primária à saúde e como podemos dialogar de forma a priorizar as demandas desses/as sujeitos/as.

Por fim, vale ressaltar que esta pesquisa teve como objeto de estudo o sofrimento psíquico das mulheres em relação às situações de violência, tendo como objetivo geral: analisar como a violência contra a mulher se relaciona com a situação de sofrimento psíquico de mulheres usuárias da atenção primária à Saúde em Recife.

Para o alcance de tal objetivo, elaboramos os seguintes objetivos específicos: 1) compreender como se expressam as violências nos episódios narrados pelas mulheres; 2) perceber as interconexões, nas especificidades relatadas por cada mulher entrevistada, entre o fenômeno da violência contra as mulheres e o sofrimento psíquico; e 3) analisar como as mulheres buscam atendimento para questões que envolvem o cuidado com a saúde mental e/ou de violência na atenção primária à saúde.

3 O SOFRIMENTO DAS MULHERES DIANTE DE UM CONTEXTO DE DESIGUALDADE: O GÊNERO EM QUESTÃO.

As violências física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente. Certamente, pode-se afirmar o mesmo para a moral. (Heleieth Saffioti, 1999, p. 84).

3.1 Desigualdades estruturando violências contra as mulheres: bases capitalistas e patriarcais.

A compressão do conceito de gênero será feita neste capítulo a fim de visibilizar as questões e interconexões sinalizadas na revisão da literatura, a respeito da relação entre a violência contra as mulheres e a saúde mental. Entendemos que ao se problematizar estes campos, podemos discutir novas possibilidades para a superação das desigualdades sociais ainda hoje atribuídas a estas sujeitas de direitos.

A desigualdade social pode ser entendida como a concentração dos bens e riqueza produzidos pela sociedade, no âmbito social, político, econômico e cultural, tais bens são distribuídos desigualmente entre as classes sociais (BASTOS, 2015). Dentro do estudo das desigualdades sociais, para fins do estudo proposto, faz-se necessário analisar também a desigualdade de gênero, uma vez que esta se relaciona diretamente à opressão das mulheres.

O debate sobre a questão da desigualdade de gênero não é recente. De acordo com Sérgio Silva (2010), historicamente foi delegado às mulheres posições de pouco destaque. Desde a Grécia Antiga, quando os homens detinham o único e exclusivo direito de ocupar e exercer a cidadania na esfera pública, atribuíam-se às mulheres os deveres das tarefas domésticas no âmbito privado, com funções de cuidado com o lar e com os filhos. No iluminismo, aquelas mulheres que decidiram se apossar da igualdade cunhada pela Revolução francesa para a reivindicação de direitos, tinham como destino a morte pela guilhotina (SILVA, 2010).

Ainda nos dias atuais, as mulheres vivenciam as relações na esfera do trabalho de forma desigual em relação aos homens, e, diante de um contexto de trabalho precário nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, dadas as configurações do modo de produção capitalista, o mundo do trabalho apresenta alterações que podem ser sinteticamente expressas como precarização nas suas condições de execução e como flexibilização no que se

refere à relação entre as classes sociais, como forma de adequação às condições da crise estrutural do capital (HIRATA; KERGOAT, 2007).

De acordo com Helena Hirata (2009), as mulheres representam uma categoria singular dentre os grupos sociais atingidos pelo trabalho precário, a partir dos lugares que ocupam no conjunto dos trabalhadores assalariados. Assim, devem receber atenção singular os estudos que se preocupam a problematizar tais especificidades. Estes estudos têm recebido atenção especial nas pesquisas francesas.

Algumas teóricas como: Danièle Kergoat, Christine Delphy, Colette Guillaumin, Nicole-Claude Mathieu e Anne-Marie Devreux, situam-se no campo que denominam feminismo materialista. Essa corrente teórica teve sua origem e tradição no final dos anos 1970 na França, sendo denominada de feminismo materialista francês ou francófono, é marcada pela postura antinaturalista e pelo conceito de sexagem, entendido como as relações sociais que permitem compreender a apropriação das mulheres pelos homens, seja essa apropriação individual ou coletiva (CISNE; GURGEL, 2014; CISNE, 2015).

Kergoat (2010), afirma que há um imperativo materialista entre as relações de classe, raça e sexo. Essas relações, por serem de produção, são permeadas de relações de exploração, dominação e opressão, subjugadas pela dinâmica capitalista e patriarcal. Delphy (1982) aborda o conceito de patriarcado em termos do modo de produção. Assim, a subordinação das mulheres aos homens tem uma base material, a partir da exploração a que essas mulheres são submetidas através da prática exclusiva das atividades domésticas. Sob o regime patriarcal, a submissão das mulheres é essencial para a manutenção da economia de subsistência, por exemplo, no qual o patriarca explora as mulheres e outros membros da família.

Nos estudos franceses, ganha destaque o conceito de relação social de sexo, o qual não se opõe ao conceito de gênero, sendo usado por vezes como sinônimo, apesar de ser distinto deste. Para Devreux (2005), falar relação social de sexo demarca que a relação social entre homens e mulheres se dá principalmente através de uma relação social, enquanto que o gênero diz respeito mais à categoria que é resultado dessa relação.

Ainda para a autora, por relação social, a partir de uma leitura marxista, entende-se a explicitação de uma oposição estrutural de duas classes que têm interesses antagônicos e considera que o conceito de relação social de sexo não se restringe ao poder simbólico, mas sim opera a integração entre o domínio ideal e o material (DEVREUX, 2005).

Com o estudo das relações sociais de sexo assistimos a um enriquecimento do marxismo. Para esse campo de estudos, os sistemas de representação (o domínio do “ideal”, para retomar a expressão de Maurice Godelier, 1984) são tão importantes quanto as práticas da divisão do trabalho e do poder, tão importantes quanto a dimensão material na dominação dos homens sobre as mulheres. Reciprocamente, o material é tão importante quanto o ideal, o que rompe com a concepção exposta por Pierre Bourdieu sobre a dominação masculina (1998). Para ele, no caso da dominação masculina, as formas simbólicas da dominação são preeminentes. A opressão material é admitida, mas deixada fora da análise. Pierre Bourdieu fez das formas simbólicas da dominação a totalidade heurística da dominação masculina (DEVREUX, 2005, p. 562).

Durante os estudos teóricos que realizamos para o desenvolvimento da dissertação, a postura do feminismo materialista sempre foi a de maior identificação para mim como pesquisadora. Dessa forma, é importante destacar que o caminho que seguimos para entender o conceito de gênero, orientado pela perspectiva materialista-dialética, apoia-se especialmente nos escritos de María Jesús Izquierdo (1998), socióloga feminista que procurou, a partir de estudos interdisciplinares na Universitat Autònoma de Barcelona, transversalizar os estudos de gênero na pesquisa social, num movimento de aproximação com as perspectivas da sociologia, das teorias feministas e da psicanálise³.

De acordo com Shulamith Firestone (1970, p. 22), em seu livro *La dialéctica del sexo*:

O materialismo histórico é aquela concepção do curso histórico que busca a causa última e a grande força motriz de todos os acontecimentos na dialética do sexo: na divisão da sociedade em duas classes biológicas diferenciadas com fins reprodutivos e nos conflitos dessas classes entre si; nas variações ocorridas nos sistemas de matrimônio, reprodução e educação dos filhos criadas pelo mencionado conflito; no desenvolvimento combinado de outras classes fisicamente diferenciadas [castas]; y na primitiva divisão do trabalho baseada no sexo e que evoluiu até um sistema [econômico-cultural] de classes (IZQUIERDO, 1998, p. 66, tradução própria).

Para Izquierdo (1998), a desigualdade das mulheres é produto do regime de exploração, que deriva da dominação, seja na vida pública ou privada. Afirma que o conceito de gênero vem sendo utilizado de forma indiscriminada, sem considerar seu potencial analítico, tanto de base teórica como política e, ao focar que o corpo é uma construção social não somente mental, mas também material, a autora diferencia gênero e sexo.

Izquierdo (1998) apoia-se inclusive na biologia, fugindo de reducionismos, para compreender os conteúdos das categorias classificatórias mulher/homem, ressaltando a consciência dos processos históricos que fazem parte do desenvolvimento da vida, o que requer levar em consideração como ponto de partida a existência dos sexos, a suposição da

³ Informações adquiridas no site do Grupo de Estudios sobre Sentimientos, Emociones y Sociedad. Disponível em: <<http://www.uab.cat/web/la-investigacion/geses-1266564926574.html>>.

diferença entre ambos e a relação entre essas diferenças e âmbitos da vida humana que, para a autora, não são orgânicos, mas sim sociais e psíquicos.

Sobre o sexo, a autora se posiciona afirmando que a sexualidade da espécie humana oferece um suporte à identidade, ao amadurecimento emocional e também serve para apoiar a ideia que somos, como seres humanos, sociais por necessidade, incompletos e mortais; também afirma que pode haver outros elementos que colaboram para essa construção, mas que não se pode operar a elaboração da finitude, a necessidade do outro e a morte sem a sustentação de condições sociais e pessoais, estando, assim, as diferenças sexuais presentes nesse contexto. O sexo, ainda, “pode ser entendido como o que é definido biologicamente ou qualquer construção social, incluindo a que separa os corpos femininos dos corpos masculinos” (IZQUIERDO, 1998, p. 27, tradução própria).

Apoiada no argumento de Monique Witting de que a sexualidade heterossexual seria o que fundamenta a construção dos sexos e de que a categoria sexo se evaporaria caso a hegemonia heterossexual fosse deslocada, Izquierdo (1998) refere que diante desta abordagem “se invertem radicalmente as relações entre sexo e sexualidade, sendo o sexo um produto de certa forma de sexualidade e não a inversa” (IZQUIERDO, 1998, p. 27, tradução própria).

A respeito do conceito de gênero, a autora destaca a pluralidade dos modos de uso do conceito, o que foi percebido na 4ª Conferencia Mundial das Mulheres, ocorrida em Pequim, no ano de 1995. A análise de gênero também se converteu em discurso tecnocrático, sendo apoderada por pesquisadores, consultores e gestores de políticas sociais, com a utilização do termo gênero de um modo descritivo para se referir às mulheres, numa tentativa de convergir o interesse das mulheres com a liberação da economia, o que acabava por despolitizar o termo, ao negligenciar o conflito ou as relações de gênero (IZQUIERDO, 1998).

Apesar do uso indiscriminado e da generalização do termo gênero, o conteúdo que é dado a este, na forma de conceito, é extraordinariamente diverso, o que não é difícil de entender, dado que, ainda remotamente, refere-se à desigualdade social das mulheres. Neste sentido, a autora coloca em evidência que isso se dá devido a jogos de interesses e formas de poder, na medida em que “são relações de poder que se põem em jogo na definição dos conceitos a que nos referimos sobre a desigualdade social das mulheres” (IZQUIERDO, 1998, p. 29).

Segundo Haraway (1996), a distinção sexo/gênero forma parte de um sistema relacionado de significados agrupados em torno a uma família de binômios: natureza/cultura, natureza/história, natural/humano, recurso/produto. Porém, essa

concepção do sexo como natural e o gênero, como histórico ou social, conduz a que se pratiquem reducionismos biológicos ou a que se atribuam argumentos reducionistas a toda tentativa de contemplar ao ser humano em toda sua materialidade, incluída a física, sem que ele se oponha a uma concepção histórica do mesmo (IZQUIERDO, 1998, p. 27, tradução própria).

Fazer a distinção entre sexo e gênero objetiva diferenciar conceitualmente aspectos como as características sexuais e as características sociais, psíquicas, históricas dos/as sujeitos/as. Na medida em que existe uma relação dialética entre sexo e gênero, Izquierdo (1998, p. 55) propõe teoricamente “dotar de caráter materialista e conflictivista o conceito de gênero”.

A perspectiva conflictivista implica que os gêneros não se situam em um eixo que vai do feminino ao masculino, mas que são duas categorias contrapostas e mutuamente excludentes: se operamos um modelo multidimensional, em cada uma das dimensões, e se o que operamos é um modelo em que resgatamos uma das dimensões como determinante, proponho a dimensão “condições de produção da existência material”. Seu caráter conflictivista implica que os desenvolvimentos teóricos que se realizem utilizando-o não dão como solução para a desigualdade entre os gêneros a igualdade, mas o desaparecimento das diferenças de gênero, redefinindo as diferenças no Âmbito do individual e não das classes de sexo. Isso significa que aquilo previamente denominado masculino ou feminino seria patrimônio de qualquer sujeito independentemente do seu sexo. (IZQUIERDO, 1998, p. 56).

Para a autora, o conceito de gênero pode ser tanto um ponto de partida como de chegada. Podendo-se ver como o gênero se configura em diferentes coletivos ou circunstâncias sociais, permitindo observar os fatores sociais e psíquicos da desigualdade social das mulheres. Existe uma necessidade de separar analiticamente o fato de que se podem classificar os seres humanos em duas categorias de sexo (*hembra/macho*) e são as determinações sociais e psíquicas que rodeiam os/as sujeitos/as e suas coletividades em uma sociedade marcada pelo sexismo e organizada a partir da divisão social do trabalho e da desigualdade social das mulheres. Com essa separação analítica é possível mostrar que o fato de ocupar certas posições compõe relações de subordinação e desigualdade social.

Ainda conforme Izquierdo (1998), a dimensão “posição ocupada na produção da existência” é responsável por determinar a desigualdade social entre homens e mulheres, o que justifica a opção da autora pelo uso do sistema sexo/gênero como ferramenta teórica para interpretar tal realidade e construir uma teoria da desigualdade de caráter materialista, uma vez que entendemos que essa mesma desigualdade se refere às formas como os/as sujeitos/as organizam a produção da existência.

De acordo com Gayle Rubin (1993), para que se possa entender que a opressão das mulheres faz parte de um sistema, requer-se analisar as causas dessa opressão, a fim de que

seja possível buscar alternativas para atingir uma sociedade emancipada, sem hierarquia de gênero. A autora problematiza a questão da opressão feminina ao pensar o sistema sexo/gênero, para isso, destaca que Friedrich Engels conseguiu localizar a subordinação da mulher dentro de um modo de produção, ao estudar os sistemas de parentesco, que nada mais são do que “formas observáveis e empíricas de sistemas sexo/gênero”.

Utilizando-se também dos estudos de Lévi-Strauss, para exemplificar sistemas de parentesco, Rubin (1997) complexifica as relações deste sistema, que desenvolve a circulação de mulheres através das trocas destas, em algumas sociedades, por homens, uma vez que as mulheres ocupam o lugar de objetos, sem ter domínio de sua própria circulação na organização social. Assim, na economia política do sexo, os sistemas de sexo/gênero são produzidos historicamente pela atividade humana, sendo organizados por arranjos econômicos e políticos.

Refletir sobre o lugar das mulheres, seja no sistema de troca nas sociedades que se organizam pelo parentesco, seja nas disparidades das relações desiguais de gênero no modo de produção capitalista, requer problematizar as posições de inferioridade e de subalternidade que constantemente são impostas às mulheres (SPIVAK, 2012).

Gayatri Spivak (2012) coloca que se o sujeito subalterno, na produção colonial, não tem história e não pode falar, o sujeito subalterno feminino ocupa um lugar ainda mais irrelevante nesse contexto, não podendo ser ouvido ou lido, sofrendo com a violência epistêmica⁴, na qual “a construção ideológica de gênero mantém a dominação masculina” (SPIVAK, 2012, p. 85).

[...] podemos estudar a desigualdade de gênero em termos de estrutura social. A sociedade se encontra estruturada em dois gêneros, o que produz e reproduz a vida humana, e o que produz e administra os meios que permitem a ampliação da vida humana ou sua destruição massiva. Vemos que o setor produtivo da vida humana se organiza em condições de dependência em respeito ao setor dedicado ao crescimento e desenvolvimento. Este último não é autônomo, mas sim dominante. (IZQUIERDO, 1998, p. 51, tradução própria).

Izquierdo (1998) reflete que a desigualdade de gênero é o tipo de desigualdade que se refere quando se leva em consideração a relação de reprodução x dominação. Essa desigualdade se produz tanto se as pessoas que desenvolvem essas atividades são mulheres (*hembras*) ou não. Porém, de toda a forma, as atividades consideradas femininas, no nível de

⁴ A autora também sinaliza que a mulher intelectual exerce uma importante tarefa que não pode rejeitar: a de não operar a violência epistêmica, não tomar o subalterno como apenas um objeto a ser conhecido, mas operando atentamente para não emudecê-lo ainda mais, não cair na auto representação e sim atuar como veículo para que o mesmo possa falar (SPIVAK, 2012).

redistribuição, de formação, de prestígio e/ou poder são sempre inferiores em relação às atividades masculinas, independentemente do fato de quem as desenvolva, seja homem ou mulher.

Diante dessa lógica, a compreensão dos sistemas patriarcal e capitalista possibilita uma análise que justifica e segue reproduzindo a estrutura de desigualdade social. A autora entende por patriarcado a estrutura de relações sociais que toma por base as diferenças físicas geracionais e de sexo, dotando-as de significado social, na medida em que as corporifica e produz subjetividades. Para a autora, o patriarcado fundamenta-se em relações sociais de exploração sexual e econômica, que se expressam politicamente através do poder pessoal e/ou social dos patriarcas (IZQUIERDO, 1998).

A partir de uma perspectiva histórica, pode-se concluir que o processo de desenvolvimento do capitalismo e a ruptura com o sistema feudal foi complexo e diverso. O crescimento da população no ocidente deu origem a movimentos de massa, imigração e desestruturação social, com o aparecimento de mendigos, ladrões e demais sujeitos/as despossuídos/as de direitos, expostos a um violento processo de exclusão social (IZQUIERDO, 1998).

Sustento que o capitalismo é a expressão mais extrema e ao mesmo tempo mais precária do patriarcado. Sob condições capitalistas de produção, o grau de dependência da mulher e dos filhos em relação ao homem é o maior jamais imaginado, pelo caráter dominante que têm as relações de intercâmbio mercantil tendo em vista as demais relações e pelo fato de que o homem adulto é o que tem acesso prioritário e predominante aos meios que permitem o intercâmbio de mercado (IZQUIERDO, 1998, p. 228, tradução própria).

Ao analisar a relação entre o patriarcado e o capitalismo, Izquierdo (1998) reflete que tanto um como o outro dizem respeito às estruturas de relações que produzem formas de desigualdades específicas. Enquanto o capitalismo constrói a desigualdade das classes sociais, o patriarcado produz as classes familiares baseadas nos gênero e na idade.

Com o desenvolvimento do capitalismo, operou-se a separação do território da moral ao âmbito privado, enquanto que o econômico foi direcionado à esfera pública. Assim, o trabalho doméstico produziu a figura da “dona de casa”, numa dimensão mais moral do que econômica, com a finalidade de responder a um problema de ordem pública e de disciplinar os trabalhadores assalariados, estabelecendo os preceitos da divisão sexual do trabalho, que implica a garantia de fixar sincronias e estabilidade às distintas tarefas na relação homem/mulher (IZQUIERDO, 1998).

Para Miriam Inácio (2003, p. 128), “os esquemas de valores, costumes e práticas que legitimam a violência respondem pela noção naturalizada sobre a submissão da mulher”. Dessa forma, as violências praticadas contra as mulheres instigam a manutenção da ordem de gênero dominante, encontrando justificativas tanto no capitalismo como no sistema patriarcal.

O processo de dominação e emancipação envolve relações de poder entre homens e mulheres, ainda para Inácio (2003), as mulheres também possuem parcelas de poder, que flutuam entre negociações para a ampliação da condição de sujeitas ou para reforçar a subordinação. Assim, as mulheres também constroem sua subalternidade reproduzindo a violência, diante da hegemonia do poder masculino.

A conjuntura brasileira, marcada por uma formação social racista e patriarcal, demonstra que a luta política por direitos se constitui uma pauta indispensável, principalmente quando, em um momento político-econômico de avanço de ideais reacionários e conservadores, colocam-se em questão as garantias das condições de vida e a necessidade de defesa da dignidade humana de populações historicamente discriminadas, como é o caso das mulheres (CISNE, 2015).

Heleieth Saffioti (1979) ressalta que a formação econômico-social capitalista se afirma produzindo mecanismos para ocultar as injustiças sociais que pratica. Utiliza-se, assim, da estratégia de defesa de valores tais como: o equilíbrio das relações familiares, a manutenção da lógica dos serviços domésticos desenvolvidos pelas mulheres, a priorização de métodos tradicionais para a socialização primária das crianças, o princípio moral que distancia os sexos; além de apropriar-se também de critérios irreais, que desqualificam as mulheres, como sendo mais vulneráveis à instabilidade emocional, à deficiência mental e possuindo pouca inteligência. Tudo isso com o objetivo de desvalorizar as mulheres, restringindo-as ao espaço privado com o argumento de que elas não possuem qualificação para as funções produtivas.

A desigualdade em que se encontram as mulheres, para Izquierdo (1998), foi a primeira forma de desigualdade da história e é capaz de sustentar as demais desigualdades e também de fazê-las existir. A autora afirma que é necessário insistir na consideração do sofrimento humano para que a desigualdade das mulheres se configure como um objeto de interesse. Tal sofrimento abarca especialmente as mulheres desfavorecidas, como as mulheres pobres e negras, mas não se restringe a elas, pois, de acordo com a autora, “a desigualdade também faz infeliz os privilegiados” (IZQUIERDO, 1998, p. 218).

A fim de discernir um pouco sobre a forma como a qual esse sofrimento se expressa em relação ao gênero e tomando como recorte o sofrimento psíquico, buscaremos refletir, no próximo tópico, sobre as possíveis conexões entre essa estrutura de desigualdade na qual as mulheres se inserem e a situação de sofrimento que a experiência dessas relações desiguais pode vir a constituir.

3.2 O sofrimento psíquico das mulheres a partir de uma perspectiva da saúde mental: aproximações com o debate de gênero.

A fim de investigar e articular os campos de estudos da saúde mental e das relações de gênero faz-se necessário compreender as relações sociais de desigualdade que se estabelecem e as repercussões destas nas vidas dos/as sujeitos/as, conforme a experiência e a construção social que as engendram. Tendo em vista a relevância de situar, para o cuidado com a saúde mental, as realidades locais, os espaços de produção de vida, as relações sociais diversas, a cultura, os ambientes escolares, bem como os demais setores da dinâmica social.

A vivência das relações sociais de gênero estabelece lugares diferenciados aos/as sujeitos/as, e no que tange às mulheres, a afetividade e a função de cuidado prevalecem. De acordo com Anna Maria Santos (2009), enquanto se falar em “saúde mental da mulher” ao invés de “saúde mental e relações sociais de gênero” persistirá a exclusão social e o sofrimento. É necessário, para a autora, desmistificar a associação da saúde mental com a saúde reprodutiva, a fim de problematizar o foco no corpo biológico e hormonal da mulher, uma vez que esta noção desconsidera as experiências das atribuições tradicionais em nossa sociedade e das relações de gênero e sofrimento psíquico.

No que diz respeito às mulheres, compreendem-se que contextos de vulnerabilidade e de violência são frequentemente presentes nas situações que articulam as desigualdades sociais de gênero e o sofrimento psíquico. O que requer uma compressão acerca da violência também como questão de saúde pública e de demandas para o campo da saúde mental.

Para Santos (2009, p. 1178):

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social. (...) Abordar o tema da construção social e cultural do sofrimento psíquico exige a exploração dos diversos significados atribuídos pelos sujeitos a esta experiência de vida, situando essa discussão na perspectiva da desigualdade nas relações sociais de gênero.

Dessa forma, problematizar tais regularidades citadas pela autora acima parte de um exercício de também questionar o aprisionamento dos corpos e das vidas das mulheres e relacioná-lo com o debate da saúde mental. E colocar isso em pauta sinaliza que o sofrimento está presente nas diversas relações e que é preciso lutar pela emancipação das mulheres, tendo como horizonte as particularidades entre as questões singulares e sua relação com a coletividade.

Conforme Izquierdo (1998), o sofrimento psíquico se relaciona diretamente com o patriarcado. O processo pelo qual se desenvolvem as emoções ocorre através das relações sociais e o estabelecimento destas relações não é simples, e sim difícil e duro, gerando sofrimento. A estrutura patriarcal é responsável por gerar um excedente de sofrimento que se soma ao sofrimento próprio da condição de vida e que nos dá sentido perante a realidade.

Tomando-se em consideração as situações de exploração, dominação, submissão e desigualdade nas quais se encontram mulheres, é importante ter em vista que os/as sujeitos/as são produtos dos sistemas de relações e não anteriores a estes. Esse sistema faz com que o exercício da paternidade e da maternidade, já por si só complexo, seja ainda mais difícil (IZQUIERDO, 1998).

Segundo Izquierdo (1998), dizer que as relações sociais prejudicam o exercício da parentalidade significa que nossas necessidades e desejos mais básicos não são considerados e que tais relações são construídas para não atender nossos próprios interesses. Assim, diante de tal lógica, o sofrimento persiste e segue se reproduzindo, mesmo que os/as sujeitos/as busquem o domínio de suas próprias vidas, não conseguem fugir a tal realidade, gerando cada vez mais sofrimento, seja este reconhecido pelos/as sujeitos/as ou não.

As capacidades de cuidar e legislar se fixam nas figuras maternas e paternas e dão significado, diante do sistema patriarcal, a relações desiguais de poder e ao desencontro entre os homens e as mulheres. A divisão sexual do trabalho transforma os pais em patriarcas e, diante disso, a relação com o/a filho/a deixa de ser uma expressão de dependência mútua para transformar-se em subordinação e, além do domínio sobre a mulher, representa também a oportunidade de ampliar seu domínio a um terceiro (IZQUIERDO, 1998).

Da mesma forma como as relações familiares antecipam as relações sociais, as condições que fundamentam a estrutura patriarcal de abuso de poder e uso distorcido da lei caracterizam o modelo básico de relações de dominação. A figura do homem como superior à mulher também é uma característica do patriarcado, ideia fundada principalmente pelo

controle dos recursos econômicos e no uso da maior força física, ambos conferem ao homem um lugar de poder e a manutenção da relação de domínio sobre os corpos das mulheres (IZQUIERDO, 1998).

Wanderely Codo, José Jackson Sampaio e Alberto Hitomi (1994, p. 168), no livro *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento* afirmam que “quando falamos em sofrimento psíquico estamos falando em algum tipo de ruptura entre a subjetividade e a objetividade, um divórcio entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, já consubstanciado”.

Acerca dessa ruptura, os autores estabelecem um paralelo em relação à separação entre o trabalho e a afetividade, ação perpetuada pelo capitalismo. Nesse sentido, o homem aparece como o detentor da “razão capitalista”, analogia ao fetiche da mercadoria, e a mulher seria a expressão da afetividade, o que também poderia representar uma das causas de maior sofrimento para as mulheres.

Então é possível pensar que Saúde Mental e Doença Mental são conceitos que emergem da noção de bem estar coletivo. Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do Normal, carecendo, portanto de instrumental médico, psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido. (SAMPAIO, 1988, *apud* SAMAIO, 1998, p. 88).

Essa reflexão sobre sofrimento converge com a ideia de mal-estar, na medida em que a busca pelo bem-estar coletivo, através da produção social da existência, como bem traz Izquierdo (1998), gera o sofrimento. Podemos entender que esse mal-estar, embora seja aparentemente individual, resulta de relações coletivas e sociais e da busca incessante de articulação entre subjetividade e objetividade.

Conforme Jacqueline Barus-Michel e Christiane Camps (2003, p. 56):

O mal-estar, a doença, o patológico, literalmente o que é sofrido, é uma ruptura ou desestabilização dessa unidade e desse equilíbrio. Essa ruptura é experimentada como difícil de suportar, causando sensações desagradáveis, equivalentes, no plano psíquico, à dor física, podendo a dor psíquica e a dor física converterem-se uma na outra ou se sobreporem uma à outra.

Falar de mal-estar psicológico se refere à percepção de pensamentos e sentimentos que refletem à carga de estresse, desânimo, medo, baixa autoestima, condições que demonstram o sofrimento psíquico e emocional produzido pelas próprias tensões e contradições entre as experiências vividas e expectativas dos/as sujeitos/as. Considerar a noção de mal-estar desarticula o dualismo *saúde x doença*, ao provocar a necessidade de ir além dos sintomas e incorporar dimensões significativas, que dizem respeito a como são construídas as subjetividades masculinas e femininas para a análise do apoio assistencial em saúde, refletir

sobre o mal-estar significa, assim, pensar sobre os aspectos de determinação sociocultural e histórica (BENLLOCH, 2003).

Para Ana Paula Müller de Andrade (2010, p. 281):

[...] falar da superação de práticas asilares em relação ao gênero é também falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico que por não terem sido asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos, podem produzir novos significados para sua experiência de sofrimento e que procuram atendimento nas unidades de saúde para alívio do mesmo, traçando itinerários terapêuticos diversos. Nestes itinerários, e mais especialmente nas unidades de saúde, é possível perceber o gênero se produz por uma complexidade de fazeres onde os saberes e os poderes se inscrevem. Especialmente quanto às mulheres, esses são visivelmente marcados em seus corpos e subjetivamente experimentados, pela intensa medicalização de seus sofrimentos.

De acordo com Mabel Burín, Esther Moncarz y Susana Velázquez (1990), evidenciar o mal-estar das mulheres coloca em questão os sofrimentos psíquicos das mulheres como reveladores da desigualdade de gênero e implica assumir um posicionamento teórico e ideológico que questione o lugar historicamente construído para as mulheres e os modelos associados a este lugar, produtores de identidade de gênero, como fator de risco para a saúde mental e, portanto, de estabelecimento de sofrimento (GRELA; GÓMEZ, 2011; BENLOCH, 2003; BURÍN; MONCARZ; VELÁZQUEZ, 1990).

Para melhor compreender o conceito de sofrimento, concordamos principalmente com as reflexões de Bader Sawaia (1999) no seu texto *Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos*, no qual a autora, ao refletir sobre o sofrimento ou mal-estar psicossocial, define o sofrimento como a “fixação do modo rígido de estado físico e mental que diminui a potência de agir em prol do bem comum, mesmo que motivado por necessidades do eu, gerando, por efeito perverso, ações contra as necessidades coletivas e, conseqüentemente, individuais” (SAWAIA, 1999, p. 50).

Para Sawaia (1999) o sofrimento é responsável por adentrar no sistema de resistência social, rompendo o elo entre o agir, o pensar e o sentir. Inibe a emoção, uma vez que não a sabe transformar em pensamento e ação, além de também anular a ação do pensamento na atividade, por entender que as ações são interdependentes.

Seria a miséria, a heteronomia e o medo os responsáveis pela proliferação do sofrimento. O sofrimento gera também isolamento social que se agrega à passividade, ao alcoolismo, ao fatalismo, à vergonha e ao medo, confundindo tais características com a irresponsabilidade e a preguiça nos/as sujeitos/as que sofrem (SAWAIA, 1999).

Ainda segundo a autora, o sofrimento psicossocial já foi nomeado de diferentes formas: desamparo ou desesperança aprendida por Seligman (1977); zero afetivo por Sarte (1965), alienação por Marx (1981); servidão voluntária por La Boétie (1982) e também doença dos nervos pelos/as próprios/as sujeitos/as que sofrem (SAWAIA, 1999).

O sofrimento ou mal-estar psicossocial precisa ser analisado como mediação (passagem) de outras mediações conjunturais, estruturais, históricas e subjetivas, o que significa olhá-lo através da miséria assustadora, do apodrecimento da máquina estatal e da ética minimalista que caracteriza as sociedades contemporâneas, isto é, da ética reduzida à retórica, de forma a se aceitar que as pessoas podem agir da forma que quiserem, desde que bem justificada (SAWAIA, 1999, p. 51).

Bader Sawaia (1999) destaca a Psicologia Social, para a qual refletir e agir sobre o sofrimento psicossocial é uma ação de não recair numa teoria moralizante e antidemocrática, na medida em que tal análise introduz o debate sobre a democracia e o socialismo a partir de um posicionamento ético. A fim de se enfrentar o sofrimento, faz-se necessário uma postura radicalmente democrática direcionada a atender as necessidades, ideias e sentimentos em todos os setores sociais e subjetivos, com demandas particulares e coletivas, bem como a exigência de bens materiais abundantes.

Na tentativa de lutar contra o sofrimento, formam-se sujeitos/as conscientes que, abundantes em necessidades e desaprisionados/as da racionalidade institucional, podem exercer livremente suas emoções, ações e pensamentos e serem disponíveis à alteridade. Dessa forma, permite-se a estes/as sujeitos/as planejar suas próprias estratégias de organização da vida, indo além da capacidade de reflexão para também obterem esperança e usá-la como potência para a ação (SAWAIA, 1999).

A prevenção do sofrimento deve ocorrer prioritariamente no lugar de convívio com o outro, onde o sentido de pertencimento possibilita a criação de núcleos sociais, psicológicos e culturais que acolhem e exercem a solidariedade. É importante trabalhar com a vida cotidiana, fixando relações de segurança, afetividade e respeito à pluralidade dos diferentes modos de vida (SAWAIA, 1999). Nesse sentido, percebemos a estreita relação que exercem os ideais da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, a partir da priorização de ações territoriais.

No livro *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, Sawaia (2001) aborda o sofrimento ético-político como categoria de análise para entender a exclusão social. Para a autora, compreender a exclusão como sofrimento de diferentes ordens permite recuperar o/a sujeito/a, dando-o/a força nas análises político-econômicas, sem perder de vista o coletivo e chamando atenção para a responsabilidade do

Estado, pois “é no sujeito que se objetivam as diversas formas de exclusão” (SAWAIA, 2001, p. 98).

No entanto, o/a sujeito/a não é o/a único/a responsável por tal sofrimento, é o/a sujeito/a que sofre, mas esse sofrimento se origina nas intersubjetividades que são construídas socialmente no cotidiano. O sofrimento traduz as dominações ocultas, assim, podemos perceber que a opressão sofrida pelas mulheres, que mutila o cotidiano, inviabiliza a capacidade autônoma, bem como as subjetividades e também a revolução política (SAWAIA, 2001).

Barus-Michel e Camps (2003, p. 58) estabelecem uma relação entre o sofrimento, o trauma e a violência. Para estas autoras, o trauma se refere a uma violência sofrida, como uma violação que desequilibra, na qual os/as sujeitos/as são levados/as à desordem e ao sofrimento. A noção de trauma tem em sua etimologia a ideia de ferida, de perfuração, significando então a ferida como invasão que desestabiliza, uma lesão que é fruto de uma violência que maltrata ao revelar emoções instáveis e não domináveis. A violência expressa, frequentemente, um sofrimento que não é expresso. Assim, “a violência que rompeu a integridade física e psíquica deixa marcas, imprime de modo traumático o corpo e o psiquismo que só pode, então, reproduzir em vez de transpor, de dar uma resposta”.

Podemos entender que os valores que reproduzem a violência são consoantes também com a lógica individualista e moralista na qual se dissemina a produção de adoecimento e, dessa forma, a reprodução de uma cultura machista e de desrespeito às mulheres. Um individualismo que também é responsável pela ideia de separação entre o público e o privado, como na expressão do ditado popular “*em briga de marido e mulher ninguém mete a colher*”, e pela culpabilização das vítimas, em diferentes casos, como, por exemplo, uma mulher que sofre violência ou outra que é culpabilizada por sua condição de depressão.

Na conjuntura atual, todo este debate está relacionado à ampliação de valores conservadores, disseminados pelo sistema capitalista, na sua estratégia neoliberal e também pelo sistema patriarcal. Como ressalta Artur Perrusi (2015), ao abordar o individualismo em sua relação com o sofrimento psíquico e o uso de psicotrópicos, o individualismo na contemporaneidade, mesmo que possibilite a capacidade de autonomia dos/as sujeitos/as, também gera adoecimento.

[...] Por meio do sofrimento psíquico, pode-se vincular o psíquico e o social, pois a socialização moderna induz a uma apreensão subjetiva e individualizada do mundo. Não causa surpresa, com efeito, que ocorra uma “psicologização” do sofrimento psíquico, mesmo que sua sociogênese seja igualmente fundamental – ao psicologizá-

lo e ao “biologizá-lo”, neutraliza-se seu aporte simbólico. O sofrimento psíquico é uma construção social, embora seja expresso como individualizado. É individualizado porque é socializado dessa forma [...] (PERRUSI, 2015, p. 146).

A medicalização do sofrimento psíquico é uma prática que vem sendo cada vez mais recorrente. Ainda conforme Perrusi (2015), quando se entende o sofrimento como dor a tendência é a cura do sintoma, pois o processo biológico supera a identificação do sofrer que se origina a partir da existência de causas de outras dimensões. Em casos de depressão, por exemplo, entende-se que o estado depressivo, por ser originário de uma condição biomolecular, deve ser tratado a partir de psicotrópicos e não da busca da compreensão do/a sujeito/a. Assim, “vira sintoma de um corpo doente, acometido de um distúrbio físico, e não expressão discursiva e axiológica de uma pessoa doente” (PERRUSI, 2015, p. 152).

O medicamento passa a assumir o status de mercadoria, tendo uma dupla função de atender aos interesses tanto do capital como da hegemonia da prática médica (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003), assim, a prescrição de medicamentos adquire a ideia de solução, na medida em que atende às expectativas do/a usuário/a e também do/a profissional.

Mesmo que considerem as questões das mulheres atendidas em relação aos aspectos sociais e econômicos, os profissionais médicos, por não verem as questões sociais como algo que lhes diz respeito e não levarem em consideração as subjetividades das usuárias, naturalizam o social, medicalizando os problemas das mulheres usuárias de medicamentos psicotrópicos, como se todas as mulheres passassem pelas experiências da mesma forma (DIEHL, MANZINI, BECKER, 2010).

Não se deseja produzir uma dialética negativa do psicotrópico – longe disso. Reconhecer seu papel não necessita de um moralismo calcado numa crítica biopolítica aos medicamentos (Ignácio e Nardi, 2007). Afinal, o uso do psicotrópico não se esgota na eliminação da “dor psíquica”. Seria também, e cada vez mais, utilizado para a “energização” do desempenho profissional e até para adquirir um bem-estar corporal e emocional. Existe a procura de uma espécie de “felicidade química”, tão necessária à nossa existência como cidadão e consumidor no capitalismo (PERRUSI, 2015, p. 154).

Não se trata de rejeitar o uso de psicofármacos, vendo-se considerar também os efeitos positivos que os mesmos alcançam na redução e estabilização da condição de doença e sentimento de angústia, características dos transtornos mentais. O que interessa-nos é pensar em que medida se efetivam ações de escuta aprofundada das necessidades e questões dos/as usuários/as, só assim será possível ir à contramão da banalização da existência, da naturalização dos sofrimentos e da culpabilização dos/as sujeitos/as por seus problemas e cuidado de si, o que é próprio da racionalização neoliberal (GUARIDO, 2007).

É pensando essa tendência à medicalização que podemos nos questionar como o sofrimento psíquico das mulheres vem sendo ouvido no setor saúde, considerando que o sofrimento das mulheres, em particular, conforme destaca Izquierdo (1998), explicita-se através da condição de desigualdade social e pode ser destacado como ainda mais complexo, pela sua articulação com a estrutura patriarcal que, somada ao sistema capitalista, aprisiona e subordina as mulheres.

Como nos lembra Andrade (2010), tais sofrimentos são advindos de relações assimétricas de gênero e da construção social de lugares sociais direcionados às mulheres e também assumidos historicamente pelas mesmas.

Compreendemos que o gênero, diante das considerações feitas neste capítulo, deve ser tomado como uma categoria relevante para o campo da saúde e também da saúde mental, posto que o sofrimento psíquico relaciona-se com o fenômeno da violência contra as mulheres, na medida em que se complexifica com aspectos sociais, culturais e de poder.

Questionar o olhar da saúde sobre tais questões e problematizar os estudos que visibilizam as práticas direcionadas para a escuta e visibilidade do sofrimento das mulheres, requisita-nos uma postura investigativa que contemple a relação entre os campos de estudo que são convocados para intervir na vida e na atenção à saúde dessas sujeitas.

Nesse sentido, intentaremos, no próximo capítulo, operar um diálogo entre o campo da atenção primária à saúde, da saúde mental e da violência contra as mulheres, baseado na revisão da literatura que relaciona esses três campos.

4 O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA SAÚDE E SUAS APROXIMAÇÕES COM A DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL

Antes que as cartas se confundam com os jogos de poder nos quais as mulheres são inevitavelmente envolvidas, indagar a loucura das mulheres que ainda povoam os nossos manicômios pode ser uma ocasião para compreender não só a história da mulher mas o problema da loucura como produto histórico social.
(Franca Basaglia, 1983, p. 13)

4.1 Explorando a produção teórica sobre o debate da saúde mental na atenção primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção proposto na Declaração de Alma-Ata em 1978, e que foi discutido como uma alternativa diante da necessidade de modificação para as políticas nacionais de saúde no cenário brasileiro.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em sua declaração, estabeleceu o acesso universal aos serviços de saúde por parte da população, com equidade e justiça social; com a devida participação da comunidade na organização de tais serviços, devendo, estes últimos, serem mantidos e implementados a custos razoáveis e voltados para as necessidades imediatas dos/as sujeitos/as e famílias (RIBEIRO, POÇO, PINTO, 2010).

De acordo com Carlos Gama e Rosana Onocko Campos (2009), as formulações sobre a atenção primária à saúde, também chamada de Atenção Básica⁵, difundiram-se na formulação das políticas públicas brasileiras, em especial, na construção do Sistema Único de Saúde – SUS. A APS passa a ocupar nesse sistema um lugar de regulação, a partir da noção de “porta de entrada”⁶, sendo responsável por coordenar as ações voltadas para o cuidado

⁵ Conforme Mello et al (2009), a discussão sobre as divergências terminológicas que giram em torno da discussão das nomeações Atenção Básica ou Atenção Primária apresenta certa complexidade no campo teórico-conceitual da saúde, tanto em meios acadêmicos como profissionais. “Atenção Básica” (AB) é a expressão oficializada pelo governo brasileiro, estando presente desde Secretarias até documentos oficiais. Ainda segundo os autores, há quem entenda o termo “básico” como sendo referente à “fundamental”, e não como “simples”, e também, acerca da expressão “Atenção Primária”, há quem priorize a utilização do termo “primário” por entendê-lo como “principal” e não como “rudimentar”. Tal discussão sugere uma disputa ideológica e considera ainda uma terceira expressão: a “Atenção Primária à Saúde” (APS), que se refere à tradução de “Primary Health Care” (PHC), utilizada na Conferência de Alma-Ata. Não é nossa intenção dar conta dessa discussão no texto, devido à sua extensão, mas sinalizamos aqui que optaremos pela utilização das expressões Atenção Primária à Saúde e Atenção Primária, por entendermos que estamos nos referindo ao primeiro nível de atenção à saúde.

⁶ A expansão do acesso à saúde, propiciada pela criação da Estratégia de Saúde da Família, estabeleceu a Atenção Primária como sendo a principal “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde. A noção de porta de entrada para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) objetivava se referir à proximidade e facilidade do contato da população com as Unidades de Saúde da Família e a centralidade na Rede de Atenção à Saúde, no entanto, alguns autores como Emerson Merhy e Marcos Queiroz (1993); Luiz Carlos Cecílio (1997); Denise Friedrich e Célia Pierantoni (2006); e Ana Azevedo e André Costa (2010) apontam que essa definição é inconsistente, uma vez que diz respeito a um modelo de atenção integral que se destina a promover ações universais, mas que acaba por vezes a atuar de forma fragmentada, apresentando sérias contradições entre a

dos/as sujeitos/as de forma a acompanhá-los/las em seus diferentes ciclos de vida, gerenciando os encaminhamentos e coordenando o trabalho em rede, integrado a outros níveis de atenção e equipamentos.

Segundo Barbara Starfield (2002, p. 28), a atenção primária à saúde:

[...] aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No Brasil, a integração da atenção primária se deu no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis por darem início ao processo de descentralização no sistema, universalizando o acesso à saúde pela população brasileira. No entanto, as práticas desenvolvidas nessas unidades continuavam centradas no modelo médico-curativo e apresentavam dificuldades de integração com as realidades das comunidades em que se inseriam, ignorando a realidade local das mesmas (GAMA, CAMPOS, 2009).

Em 1994, com a avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é criado, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF), na perspectiva de servir como estratégia de reordenação do modelo assistencial (FRATESCHI; CARDOSO, 2014). O PSF tem por finalidade também aperfeiçoar a operacionalização das ações da atenção primária, com a implantação de equipes multiprofissionais, formadas por médico/a generalista, enfermeiro/a, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que passam a acompanhar um quantitativo específico de famílias, delimitado geograficamente (GAMA, CAMPOS, 2009; ESCOREL et al, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) segue os princípios dos SUS, aproximando-se dos pressupostos propostos por Starfield (2002) no que diz respeito à atenção primária, a saber: o primeiro contato da assistência que se foca nos/as sujeitos/as e em suas necessidades de saúde; a longitudinalidade do acompanhamento da saúde dos/as sujeitos/as; a abrangência do cuidado, que exige a integração com outros dispositivos e níveis de atenção; e a coordenação e orientação às famílias e às comunidades (ESCOREL et al, 2007)

O Programa de Saúde da Família investe, portanto, na aproximação com as demandas de saúde das comunidades, valorizando a construção de vínculo com os/as sujeitos/as da população adscrita⁷, a partir da presença e do trabalho junto às comunidades, potencializado principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As equipes de saúde da família atuam através de ações que visam à promoção, prevenção e recuperação da saúde e a reabilitação de agravos e doenças (GAMA, CAMPOS, 2009).

Para Mário Sérgio Ribeiro, José Luís Poço e Alexandre Pinto (2010), com a disseminação das proposições da atenção primária se inaugura uma ampliação do próprio conceito de saúde, que deixa de ser visto apenas como “ausência de doenças” para ser entendido, tal como define a Organização Mundial da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948), segundo os autores, a partir da preocupação em ofertar ações integrais aos usuários dos serviços de saúde, passa-se a olhar para os/as sujeitos/as de forma mais global, procurando compreender seu processo de saúde doença.

O conceito de saúde da OMS, mesmo que contraditório ao se pressupor que é possível o alcance de um completo bem-estar da saúde em todos os seus níveis, inaugura um amplo debate, uma vez que também coloca em questão as práticas hegemônicas do modelo biomédico⁸, focado no alcance da cura e na remissão dos sintomas. Para além da dualidade que prega o processo de saúde-doença, a definição da OMS traz também o destaque para o campo da saúde mental, que, no Brasil, vem pautando uma nova conjuntura política e de redirecionamento do cuidado das pessoas com transtornos mentais, a partir das influências dos movimentos internacionais reformistas, contrários ao modelo manicomial.

A Estratégia de Saúde da Família deve atuar como uma mediadora para a alteração das práticas no campo da saúde mental e também fortalecer sua vinculação com o SUS, na perspectiva de garantir a assistência universal à saúde dos/as usuários/as (BÜCHELE et al, 2006). A inserção da saúde mental na atenção primária indica a preocupação com a

⁷ Na estratégia de Saúde da Família a adscrição da clientela em base territorial é usada para operacionalizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, ela permite, através do vínculo e da continuidade do cuidado, que os/as profissionais conheçam e se confrontem cotidianamente com as demandas da população. (VECCHIA; MARTINS, 2009).

⁸ Conforme Amadeu Gonçalves (2004), o paradigma biomédico detém sua atenção sobre a explicação da doença com fins exclusivos ao alcance da cura. Remete-se, assim, à noção de doença como uma entidade natural, o que, na saúde mental, traduz-se na visão individualista do sofrimento, que ignora os determinantes sociais e culturais envolvidos no processo de adoecimento. Tal paradigma transforma-se em um modelo de cuidado que interfere na prática de profissionais de saúde e reduzem suas atenções ao “órgão”, à doença, ignorando seus aspectos subjetivos, e assim, isolando a doença, como se a mesma estivesse fora do organismo e não recebesse influências do contexto pessoal, familiar e social no qual o/a sujeito/a vive.

regionalização e o redirecionamento do cuidado, tendo em vista a assistência integral e a humanização das práticas, que devem ser articuladas aos profissionais e serviços existentes nas comunidades (ARCE et al, 2011).

Com a adoção da Estratégia de Saúde da Família e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes multiprofissionais passam a ser solicitadas para atender casos que envolvem situações de dependência química, depressão e violência doméstica. Assim, é demandado aos profissionais soluções de assistência à saúde mental, sem que exista uma especificidade nas ações programadas pelos instrumentos de gestão na atenção primária⁹, no entanto, tais requisições podem envolver situações de urgência e/ou emergência, necessitando receber atenção especial através da utilização de estratégias adequadas (VECCHIA; MARTINS, 2009).

O PSF, ao possibilitar uma maior proximidade entre usuários, familiares e profissionais, permite, portanto, o enfrentamento aos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando prevalentes (PEREIRA et al, 2007).

Neste sentido, acreditamos que é importante pontuar que a atenção primária tem um potencial de operar ações promotoras de saúde mental, estando próxima ao cotidiano dos/as sujeitos/as. No entanto, para além dos protocolos de gestão, que definem e classificam as diversas ações e exigências, vale-se questionar como é possível que os/as profissionais consigam, diante das variadas demandas, atuar de forma a contemplar a saúde mental na atenção primária numa perspectiva verdadeiramente antimanicomial. Afinal, é mesmo possível ir além das prescrições medicamentosas? Além da lógica do encaminhamento? Priorizar a intersectorialidade? Entrelaçar mãos para agir em redes? Ampliar a clínica?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira põe em discussão o debate sobre a integralidade do cuidado na saúde mental, que passa a ganhar espaço e visibilidade em meados da década de 1970. Tal movimento sofreu influências principalmente da Reforma Psiquiátrica Italiana no século XX, a qual foi impulsionada pelas ideias do psiquiatra Franco Basaglia¹⁰, e que

⁹ De acordo com Oswaldo Tanaka e Edith Ribeiro (2009), não existiam nos documentos políticos formuladores da atenção primária orientações explícitas acerca da incorporação de atividades voltadas para as demandas referentes aos problemas de saúde mental.

¹⁰ Basaglia, um dos criadores da Psiquiatria Democrática, tinha formação de base marxista, com referência principalmente nos estudos de Gramsci, e inovou ao articular fortemente seus estudos com o que se tinha de mais novo em seu tempo, tanto no que se refere às teorias quanto às novas experiências psiquiátricas. Aproximou-se da fenomenologia existencial, o que acabou por produzir um forte movimento teórico, na medida em que, ao se apropriar do dispositivo de *epoché* de Husserl, Basaglia coloca a doença e suas classificações entre parêntesis para se aproximar do sujeito humano e de sua dimensão subjetiva, considerando seus aspectos sociais, econômicos e culturais e não simplesmente biológicos (VASCONCELOS, 2009).

mobilizou diferentes setores da sociedade de maneira intersectorial. O Movimento de Luta Antimanicomial foi então iniciado por trabalhadores da saúde e é sustentado até os dias atuais por vários atores, como usuários/as dos serviços, familiares, trabalhadores/as da saúde e também de outros campos de conhecimento (ANDRADE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica acompanhou o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, sendo responsável pela alteração de práticas e conceitos na atenção aos/às usuários/as com transtorno mental. Isso foi possível através do processo de desinstitucionalização, que tem como pauta principal de sua luta a progressiva redução do quantitativo de leitos nos hospitais psiquiátricos e a formulação e implementação de uma rede comunitária composta por serviços substitutivos (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A desinstitucionalização não significou a simples desospitalização, com consequente redução das internações nos manicômios, mas sim a desconstrução do modelo hospitalocêntrico da psiquiatria no sentido mais amplo de questionamento do paradigma asilar, que exclui e segrega. A proposta de desinstitucionalização, no bojo da discussão da Reforma Psiquiátrica, seria então o corte epistemológico que pôs em cheque a clínica psiquiátrica tradicional, tendo emergido primeiramente dos próprios psiquiatras, posteriormente apoiada por demais trabalhadores da saúde e que ganhou força ao agregar usuários e familiares (ROTELLI, AMARANTE, 1992).

Segundo Paulo Amarante (1995, p. 493, 494):

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

No entanto, vale ressaltar, tal como apontam Oswaldo Tanaka e Edith Ribeiro (2009), que esse processo de desinstitucionalização foi sendo efetivado no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira priorizando o redirecionamento do cuidado aos usuários com transtornos mais graves e persistentes e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹¹, postergando a atenção para com os transtornos menos graves e mais prevalentes.

¹¹ O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo considerado estratégico à luta antimanicomial, na medida em que ele foi criado para servir como um local de cuidado e de referência para pessoas com transtornos

Para então suprir a defasagem causada, a partir de 2001, a então Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS¹² publicou uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. Tais documentos seguiam as diretrizes de: a) apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF; b) Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção primária; c) Acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção primária (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Após muitos anos de tramitação no Congresso e várias mobilizações do Movimento de Luta Antimanicomial e da sociedade civil organizada foi aprovada, em 2001, a Lei 10216, que garante e regulamenta a proteção e os direitos dos/as sujeitos/as com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ao indicar a criação de uma rede de serviços de saúde e sócio assistenciais de base comunitária, com a finalidade de substituir o hospital psiquiátrico (ANDRADE, 2010).

Desde então, muitos serviços foram criados, com a proposta de desenvolvimento da assistência a partir da formulação de projetos terapêuticos singulares, contribuindo para a reabilitação psicossocial dos usuários com demandas de saúde mental, que passam a serem inseridos em projetos com novas perspectivas e possibilidades de vida e de subjetivação (ANDRADE, 2010).

A atual política de saúde mental pressupõe a pactuação e estabelecimento de redes municipais de atenção, no modelo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2013, para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é constituída por componentes como: Unidade Básica de Saúde; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

Em 2013, o Ministério da Saúde, através da publicação do Caderno de Atenção Básica nº 34, em referência às práticas de saúde mental, ressalta a posição estratégica da atenção

mentais que se encontram em situação de intenso sofrimento psíquico e/ou de crise. Ele opera a partir do modelo de atenção psicossocial que visa reposicionar subjetivamente os/as sujeitos/as e ainda se propõe, conforme preconiza o Ministério da Saúde, a reintegrar os usuários na família, na comunidade e nas demais redes sociais e afetivas (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

¹² Atualmente nomeada por *Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGSM) - DAPE/SAS/MS*.

primária, como primeiro acesso aos usuários do SUS, por desempenhar atividades em um determinado território de saúde, geograficamente delimitado, o que permite uma aproximação maior e o estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e a comunidade. Dessa forma, o cuidado em saúde mental a partir da atenção primária é estratégico, uma vez que o sofrimento psíquico é constantemente presente em contextos sociais de vulnerabilidade¹³ e a proximidade com o cotidiano das pessoas, por parte das equipes de saúde da família, pode facilitar tais práticas de cuidado (BRASIL, 2013).

Mesmo com todos os esforços para estreitar o vínculo entre a atenção primária e a saúde mental, ainda hoje é possível perceber a dificuldade que a atenção primária apresenta de acompanhar usuários com demandas de saúde mental, seja pela fragilidade da apropriação dos casos, pela ainda tradição de encaminhamento aos serviços especializados e pela presença do estigma e preconceitos referentes à loucura. Diante disso, o apoio matricial tem funcionado como uma ferramenta estratégica, criada pela Política Nacional de Saúde Mental, para diminuir a disparidade entre esses campos. O apoio matricial é uma ferramenta de arranjo organizacional que objetiva oferecer suporte técnico, com saberes e práticas especializados, para as equipes da atenção primária responsáveis por desenvolver ações de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009; LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

De acordo com Edilane Bezerra e Magda Dimenstein (2008), a articulação dos serviços para a atenção em saúde mental deve permitir o uso e a potencialização de recursos da comunidade, assim, mesmo que exista uma rede articulada de serviços já designados para tal tarefa, será possível a criação de espaços que incluam as pessoas com transtornos mentais.

A atenção primária à saúde pode realizar dois principais tipos de ações referentes à saúde mental. O primeiro diz respeito à identificação da demanda relacionada às situações de sofrimento e a partir disso, disponibilizar uma escuta qualificada para essa queixa; o segundo tipo de ação se refere às estratégias de intervenção que podem ser traçadas, seja ofertando atendimento na própria unidade de saúde ou acompanhando os usuários na rede, através do encaminhamento e da articulação com serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

¹³ Laura Piosiadlo, Rosa Fonseca e Rafaela Gessner (2014) ressaltam que é de fundamental importância que os serviços de saúde atuem tendo em vista a vulnerabilidade ao atenderem mulheres em situação de violência, antecipando-se aos agravos e doenças decorrentes da violência. Vulnerabilidade é um indicador de desigualdade social que permite ir além do caráter pontual e individual do conceito de risco, problematizando, através de uma visão coletiva e contextual, os aspectos que suscitem doenças e agravos e/ou que estão relacionados à existência ou falta de recursos de proteção dos/as sujeitos/as.

Para que tais ações possam ser efetivadas é importante que as equipes de saúde atuem através da lógica da Clínica Ampliada, ideal que concebe a não fragmentação da pessoa humana e sua subjetividade e prioriza o cuidado integral em saúde, não cronificador. A Clínica Ampliada pressupõe que a doença esteja inserida no contexto que perpassa o/a sujeito/a, e não como um fator que o toma por inteiro, que o ultrapassa em sua existência. A enfermidade está presente e deve ser cuidada, porém esse cuidado não pode ser pensado sem que se compreenda toda uma gama de determinantes externos e internos, as condicionalidades do meio social, econômico e cultural e o/a próprio/a sujeito/a, assim como as interações que o/a mesmo/a estabelece com o mundo (CAMPOS, 2002).

As reflexões de Rosana Onocko Campos (2001) sobre a clínica ampliada ou “clínica do sujeito” nos ajudam a entender a importância da centralidade nas demandas do/a usuário/a e da desconstrução da lógica da centralidade do tratamento focado na doença (FRATESCHI; CARDOSO, 2014), uma vez que na clínica ampliada:

[...] a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. Seu João está doente e continua a ser trabalhador metalúrgico, obsessivo, pai, etc. Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social, e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (CAMPOS, 2001, p. 101).

Dessa forma, destaca-se a necessidade urgente de articulação entre a saúde mental e a atenção primária para a ampliação da integralização do cuidado dos/as sujeitos/as e o avanço do processo de desinstitucionalização no país, na medida em que os serviços especializados, como os CAPS, por um lado, desempenham uma importante tarefa de reorganizar a assistência em saúde mental, mas por outro, existe pouco investimento na rede de atenção primária no que tange aos avanços do campo da saúde mental em suas transformações tecno-assistenciais, o que repercute na integralidade do cuidado em saúde, bem como na resolutividade dos casos acompanhados pela atenção primária e pelos serviços substitutivos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Ao passo que percebemos que existe uma preocupação em ações de articulação entre a atenção primária e a saúde mental, podemos afirmar que tal articulação ainda se apresenta timidamente, do ponto de vista da operacionalização, com um aumento mais visível na esfera

das discussões e produções acadêmicas sobre estes dois campos. A saúde mental também apresenta uma defasagem de discussões mais aprofundadas sobre marcadores sociais variados, dentre eles: as relações de gênero. E, ao articular saúde mental, atenção primária e violência contra as mulheres, veremos que tais questões estão presentes constantemente no cotidiano dos territórios.

4.2 Por que discutir violência contra a mulher na saúde?

A violência, como fenômeno que articula diversos setores e contextos estruturantes da sociabilidade capitalista teve, historicamente, suas complexidades atendidas, predominantemente, pelas esferas jurídicas e da segurança pública. No entanto, intervir diante de contextos de violência ainda é um desafio para a saúde coletiva (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; PORTELLA; MENICUCCI, 2009).

A violência corresponde às práticas constrangedoras, de coação, uso da superioridade física, ou impedimento de liberdade do outro e de manifestação de seu desejo, sob a forma de ameaça, lesão ou aniquilamento dos bens ou do outro (MINAYO, 2006), podendo ser praticada por agentes específicos (policial, institucional, política, social, econômica etc.), ou ainda, caracterizada conforme o local em que ocorre ou a população que atinge, a exemplo da violência étnica ou racial (PIOSIADLO, FONSECA E GESSNER, 2014).

O tema da violência ganha espaço na saúde pública no final da década de 1980, a partir do aumento dos índices de mortes e traumas por causas violentas, nas Américas, o que demandava uma intervenção do sistema. A alta incidência da violência pôde ser visibilizada por estudos epidemiológicos que demonstraram a mudança no perfil da mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo (MINAYO, 1994; SARTI, 2009).

Nesse sentido, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS):

[...] o setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (OPAS, 1993, p. 1).

Os dados epidemiológicos possibilitaram a amplitude do fenômeno da violência e sua visibilidade, mas a sua efetiva transformação em problema social para a saúde pública se iniciou, nos anos 1980, a partir das lutas sociais por “direitos” no âmbito dos movimentos

sociais identitários, que trouxeram à tona o debate sobre a violência contra as mulheres, homossexuais, idosos/as e crianças e adolescentes (SARTI, 2009).

As mulheres vivenciam situações de violência de forma constante, sob a forma de agressões, explorações e abusos diversos (físicos, sexuais, verbais e psicológicos), praticados por parceiros ou ex-parceiros, amigos, familiares, desconhecidos, instituições públicas e também pelo próprio Estado (PIOSIADLO, FONSECA, GESSNER, 2014).

A violência contra a mulher, de acordo com Lourdes Bandeira (2014, p. 460):

[...] constitui-se em fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física. Suas manifestações são maneiras de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, implicando sempre em situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher. É considerada como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica, por parte de alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a mente à vontade e liberdade de outrem.

Desde os anos 1980 o movimento de mulheres e feminista reivindica constantemente que o enfrentamento da questão da violência contra mulher se dê privilegiadamente nos espaços das políticas públicas, com a instituição de serviços governamentais como a delegacia da mulher, os abrigos, os juizados e demais redes de apoio. A questão principal de reivindicação é o entendimento de que as mulheres são sujeitas de direitos, na condição de cidadãs, e que é necessária a publicização das experiências correntes no âmbito doméstico como pertencentes à esfera política e, portanto, de domínio público (LYRA, 2008).

Márcia Medeiros (2005, p. 101) ressalta que “um caminho para modificar a violência em geral e de gênero em particular seria as políticas públicas transversais visando a equidade entre homens e mulheres, ou seja, reconhecer igualmente o direito de cada um”.

No Brasil, as questões sobre a violência no campo da saúde emergem, na referida década, a partir da terminologia “violência doméstica”, que diz respeito à relação entre violência contra a mulher e violência intrafamiliar (PIOSIADLO, FONSECA, GESSNER, 2014). Tal discussão objetiva problematizar que, se as mulheres são as vítimas diretas de diversos contextos de violência, é no ambiente doméstico que os episódios de violência se fazem mais presentes (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, FALCÃO, FIGUEIREDO, 2005). Estabeleceu-se assim um campo teórico e de investigação no país, que fomentou ações num novo locus de perspectiva política, com o estabelecimento de serviços especializados e leis singulares (BANDEIRA, 2014).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, por exemplo, pode ser considerado como uma conquista do

movimento de Reforma Sanitária e do Movimento Feminista, na medida em que foi pensado como uma proposta de oferecer novas possibilidades de práticas e intervenções aos agravos à saúde da mulher. No entanto, a violência não foi incluída, de imediato, nas diretrizes do Programa, o qual teve seu direcionamento inicial para a reprodução humana e para a saúde da mulher. Mesmo atualmente pode-se perceber que, nas ações pensadas para instigar as questões de gênero no setor saúde, percebe-se o predomínio nas práticas da ginecologia e da obstetrícia (BANDEIRA, 2014; CORREA, PIOLA, 2003).

Nesse contexto, surge também a discussão sobre a violência contra a mulher na saúde a partir da garantia do direito ao aborto legal¹⁴, que, para Cláudia Pedrosa e Mary Jane Spink (2011), produz sentidos em relação à ocorrência da violência sexual cometida por estranhos, e não visibiliza a violência sexual praticada por parceiros íntimos. Alguns estudos (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009) apontam que, nos serviços de saúde, a violência contra a mulher surge, em sua maioria, como demanda implícita, aparecendo como demanda explícita apenas em casos de violência praticada por desconhecidos. Dessa forma, a violência corrente no âmbito da esfera doméstica, praticada pelos parceiros acaba por não se constituir numa demanda imediata para os serviços.

Na década de 1990, ganha peso o conceito de “violência de gênero”¹⁵, que se expressa pela desigualdade nas relações de poder entre mulheres e homens historicamente, com a predominância da discriminação pela mulher, em seu lugar social culturalmente estabelecido pela sociedade patriarcal na condição de submissão em relação ao homem. A violência contra a mulher¹⁶ impõe e compromete o pleno desenvolvimento das mulheres num contexto de desigualdade que se naturaliza por diversas determinações e não apenas pelas diferenças biológicas entre homens e mulheres (MEDEIROS, 2005).

Segundo Lourdes Bandeira (2014), o fenômeno da violência contra a mulher passa a ser melhor problematizado e analisado a partir do momento em que o movimento feminista

¹⁴ O aborto é legalizado no Brasil em casos de risco de vida da gestante, em gravidez resultante de estupro (art. 128 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40) ou em caso de feto anencefálico.

¹⁵ De acordo com Lourdes Bandeira (2014), a nomeação “violência de gênero” refere-se ao entendimento de que as ações violentas são produzidas e ocorrem em espaços relacionais e interpessoais, em cenários sociais e históricos que não são uniformes, mas que são permeados de relações assimétricas de poder, diante das quais as mulheres são, historicamente, as mais prejudicadas.

¹⁶ Privilegiamos nesse trabalho as expressões “violência contra a mulher” e/ou “violência contra as mulheres” à nomeação “violência de gênero”, a fim de visibilizar o sofrimento das sujeitas que, majoritariamente, sofrem esse tipo de violência. Entendemos que ao falar sobre violência contra a mulher estamos também considerando que a produção das violências, correntes no âmbito das relações intrafamiliares e no ambiente privado do lar, mas não restrita a este, deriva principalmente das desigualdades entre os gêneros e dos conflitos que eles engendram na dinâmica social (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, FALCAO, FIGUEIREDO, 2005).

descontrói a ideia de natureza sexual relacionada, essencialmente, a um âmbito biológico e também de que a violência contra a mulher estaria associada a significados atribuídos de masculinidade, de feminilidade e da relação entre homens e mulheres na cultura. Para a autora, a aproximação do movimento com a noção de gênero, diferente de sexo, foi importante para compreender que a violência contra a mulher surge diante de um contexto de desigualdades de relações de gênero, construídas, desde a constituição familiar, de forma hierárquica.

Enquanto problema de saúde pública, segundo José Manoel Bertolote (2009, p. 539), a violência foi declarada como uma questão para o campo pela 49ª Assembleia de Saúde em 1996. Sendo definida como:

O uso intencional de força ou poder físico, sob forma de ameaça ou ação efetiva, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações de desenvolvimento ou privações.

Percebemos que tal definição traz em si o foco nos danos físicos e no uso da força para compreensão da violência. Nesta concepção, é este uso do poder ou autoridade que seria o responsável por cometer os demais danos, incluindo-se o psíquico. Tal compreensão é ainda limitada, pois o fenômeno da violência abarca uma série de relações de poder que, não necessariamente se desencadeiam a partir do exclusivo uso da ameaça ou ação por força. O sofrimento psíquico pode ser originário inclusive das relações sociais cotidianas, que articulam a desigualdade de gênero, classe e raça, por exemplo, e isto não deixa de ser uma violência, no seu sentido estrutural¹⁷.

¹⁷ A violência estrutural se refere ao fato de que a violência está presente nas estruturas familiares, sociais, econômicas, políticas e culturais, que reproduzem opressões aos grupos, classes e indivíduos. Esta concepção diz respeito diretamente à produção de desigualdades e a negação de direitos pelas instituições. Minayo (1994), ao se debruçar sobre os estudos da mortalidade para entender a violência na saúde pública, também aponta que a violência pode e deve ser prevenida pelo setor saúde, uma vez que os eventos violentos não ocorrem acidentalmente, podendo ser evitados com um trabalho de cuidado e prevenção. A autora destaca a proposta de prevenção da violência, sugerindo que para sua efetivação é necessário: a) participar das lutas pela democracia e justiça social, atuando sobre as causas da pobreza e da violência; b) discutir sobre a violência em níveis locais, com a participação da comunidade e demais organizações da sociedade civil, de forma a priorizar também espaços e momentos de troca e articulação intersetorial e interdisciplinar; c) considerar os desafios de criar instâncias para orientar as ações do setor com relação à demanda da violência, priorizar os estudos, planejamentos e recursos com vistas na prevenção e nos agravos, reorganizar os serviços para atender as distintas situações e necessidades e investir na capacitação e formação continuada das equipes profissionais na sensibilização e desenvolvimento das técnicas e métodos para o atendimento. A necessidade de indicações como as de Minayo (1994), após 23 anos de publicação, ainda são atuais, assim como as deficiências para o atendimento às demandas da violência no campo da saúde.

No que se refere à violência contra a mulher, a Convenção de Belém do Pará¹⁸, ocorrida em 1994, apresenta uma definição mais completa, na medida em que estabelece o fenômeno como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (BANDEIRA, 2014, p. 463). Percebe-se que, mesmo não se tratando especificamente do campo da saúde, tal perspectiva faz o recorte nas questões de gênero e sinaliza a problemática do sofrimento, sendo este concebido de forma abrangente, não estando estrito ao sofrimento psíquico.

Para a Organização das Nações Unidas, a violência contra a mulher representa uma violação dos direitos humanos e problema social que demanda políticas públicas. Na saúde, por exemplo, a violência interfere diretamente no processo de saúde e adoecimento das mulheres, que podem apresentar sintomas como hipertensão, depressão e sofrimento psíquico. O fenômeno da violência contra a mulher também compromete o desenvolvimento dos países em todo o mundo (LISBOA; PINHEIRO, 2005).

Em 2003, na primeira gestão do Governo Lula, é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que foi formulada com a proposta de ser adaptada às distintas realidades econômicas, sociais e de gestão do SUS dos municípios brasileiros. A PNAISM serviu, assim, como referência conceitual e técnica nos níveis locais de atenção, promovendo um pensamento crítico sobre a forma de atendimento às mulheres nos serviços de saúde e colocando pela primeira vez os princípios de Direitos Humanos e Sexuais Reprodutivos numa política pública de saúde para as mulheres (ARAÚJO, 2015).

As ações da PNAISM foram propostas para atender a todas as fases do ciclo de vida das mulheres e também respeitar as singularidades de raça/etnia, orientação sexual, local de residência e de trabalho, bem como situações de privação de liberdade. A Política também inclui discussões antes pouco pensadas como a violência sexual e doméstica, os problemas relacionados à saúde mental das mulheres e também os provenientes da tripla jornada de trabalho (ARAÚJO, 2015)¹⁹.

¹⁸ A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará, ocorrida em 1994, componente do sistema norte-americano de proteção aos direitos humanos, teve importância especial por possuir força interna na Constituição Federal brasileira, estabelecendo os direitos prioritários para uma vida sem violência para as mulheres, bem como ações para os países buscarem enfrentar e erradicar o problema (SCHRAIBER et al, 2005).

¹⁹ Para Araújo (2015), mesmo com os avanços da criação e implementação da PNAISM nos municípios, o Ministério da Saúde foi capaz de retroceder de uma concepção que priorizava a integralidade nas políticas de saúde da mulher para um viés materno-infantil. Exemplo disso foi a criação do Programa Rede Cegonha em

Em 2006 é criada a Lei 11340/06 – Lei Maria da Penha (LMP), que qualifica a violência contra a mulher como crime e violação aos direitos humanos, devendo ser operacionalizada de maneira integral entre o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e os setores da saúde, assistência social, educação e habitação (AMARAL et al, 2016).

Para Lourdes Bandeira (2014), a inclusão dos casos de violência psicológica e moral foi o que permitiu a assertividade da Lei Maria da Penha. A violência psicológica se caracteriza por não deixar marcas visíveis nos corpos das mulheres e se configura como um desafio no âmbito da LMP, na medida em que parece ser difícil de ser compreendida por um agente operador da lei, sendo negada até mesmo de ser registrada em ocorrência por muitos policiais²⁰. A violência psicológica danifica a autoestima da mulher, é capaz de distorcer o pensamento e produzir ideias de desvalor e de autodepreciação, interferindo diretamente na condição de saúde e de bem-estar das mulheres (BRUEL, MONBACH, 2015).

O Atlas da Violência 2016 informa que, por dia, 13 mulheres são assassinadas no Brasil, no entanto, segundo este documento, o tema da violência contra as mulheres é ainda invisibilizado, tanto pela tendência à comparação desse dado com o quantitativo de violências letais entre os homens, como pela resistência de entender a violência contra as mulheres como questão de intervenção política (CERQUEIRA et al, 2016).

O fenômeno da violência contra as mulheres apresenta particularidades e especificidades distintas em relação à violência praticada contra os homens jovens do sexo masculino, e, assim, necessita de intervenções também diversificadas que envolvam ações especializadas. Considerando-se, por exemplo, a relação de vínculo entre a vítima e o agressor, as correlações de dependência emocional e/ou financeira, bem como a rede de enfrentamento à violência, que comporta os serviços de atendimento e de proteção à vida das mulheres em situação de violência (CERQUEIRA et al, 2016).

Rebeca Guedes, Ana Tereza Silva e Rosa Maria Fonseca (2009) problematizam o fenômeno da violência e sua intervenção na saúde e ressaltam três aspectos principais: 1) nos serviços de saúde, as mulheres acabam por não denunciar as violências sofridas e o que se sobressaem são queixas vagas, geralmente ligadas a danos físicos; 2) as práticas de cuidado

2011, que substituiu o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, este Programa não trouxe a reflexão sobre o aborto inseguro, a saúde mental, a sexualidade e outras questões importantes para a saúde das mulheres.

²⁰ Conforme aponta pesquisa feita pelo Instituto Patrícia Galvão em 2014, apresentada nos estudos de Lourdes Bandeira (2014).

sofrem fortes influências das heranças do modelo tradicional biomédico, com atuações fragmentadas e focadas nos aspectos biológicos; 3) no contexto de relações sociais de gênero, é atribuído a mulher o lugar de submissão, com o predomínio de estereótipos que influem na construção desigual das identidades de gênero.

Outro dado a ser considerado é que, quando diagnosticada na saúde, a violência não toma espaço de relevância, na medida em que:

[...] o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos. Todavia, questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde mental e fragilizam a capacidade das vítimas de violência doméstica para o enfrentamento do problema. Este é extensivo ao espaço público, quando, por exemplo, a mulher não consegue nem mesmo verbalizar, para um profissional que a atende, que é vítima de violência doméstica. Desse modo, a inadequação do saber instrumental constitui um óbice para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde transformador da realidade (GUEDES, SILVA, FONSECA, 2009, p. 626).

Liliane Santi, Ana Márcia Nakano, Angelina Lettiere (2010) observaram que os casos de violência são identificados mais rapidamente quando apresentam lesões aparentes, ou seja, para que a violência seja assumida pela saúde, os casos devem, portanto, ser diretamente relacionados a queixas condizentes com a condição de doença. E quando isso não ocorre, quando se enunciam aspectos de ordem psicológica e social, imediatamente são percebidas as barreiras que impedem a assistência às mulheres, a qual, muitas vezes, acaba por se resumir a dispensação de encaminhamentos, que nem sempre podem suprir às demandas das mulheres.

Nesse sentido, Lilia Schraiber e Ana Flávia D'Oliveira (1999) destacam a premissa da invisibilidade da violência, particularmente na saúde, setor que detém de forma intersetorial uma vantajosa posição para tratar deste problema. A atenção primária à saúde possui ainda posição privilegiada, por seu papel estratégico de permanência no território de saúde, acolhendo as demandas em busca da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Percebe-se que, embora as USF sejam ocupadas por mulheres²¹ (FRANCHI; LONGHI, 2005), estas apresentam dificuldades para relatar situações de violência nas unidades de saúde e, aliado a este contexto, existe, por parte dos profissionais, uma dificuldade para agir sobre a questão da violência. Um exemplo disto é que, mesmo com a existência de casos de mulheres em situação de violência doméstica em serviços de atenção

²¹ Na atenção primária à saúde, a saúde materno-infantil tem prioridade de atendimento e também de ações e intervenções de Programas. O que, para Mônica Franchi e Márcia Longhi (2005), torna as Unidades de Saúde da Família em “lugares de mulheres” e, assim, o cuidado em saúde transforma-se em “assunto de mulheres”, num contexto no qual a figura da mulher-mãe se constituiu como ação disciplinadora da lógica médica, sendo a mulher a responsável pela ação cuidadora.

primária à saúde, a maior parte dos casos não é notificada ou registrada (BONFIM, LOPES, PERETTO, 2010), e assim, o reconhecimento da violência psicológica, física e sexual praticada por parceiro íntimo é ainda muito pequeno, o que acaba mantendo uma demanda reprimida e com baixa resolutividade para esses casos (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, HANADA, DURAND, 2009).

A não visibilidade da violência contra a mulher pelo setor saúde acarreta uma série de complexidades às mulheres usuárias da atenção primária. A não escuta das demandas postas pelas mulheres em situação de sofrimento remete a um mascaramento da realidade. Os profissionais de saúde, alheios a este debate, pautam suas intervenções com base nos conhecimentos que julgam ser qualificados, quando na verdade as próprias formações, individualizadas em si mesmas, criam a ilusão de que se conhece sobre o tema da violência o suficiente para acolher as demandas das mulheres que chegam aos serviços de saúde, principalmente às USF (GUEDES, SILVA, FONSECA, 2009).

De acordo com Eliany Oliveira e Maria Salete Jorge (2007), estas mulheres são tidas como “poliqueixosas”, pelo fato de relatarem diversos sintomas, mas não conseguirem expor suas experiências. Elas adoecem pelas constantes violências que sofrem, e na maioria das vezes, a violência ocorre por seus parceiros íntimos e em suas próprias casas. E esse ciclo de sofrimento pode se perpetuar, dessa vez na forma de violência institucional, quando se inserem nos serviços de saúde. Além disso, elas não sabem do direito que têm de serem atendidas na rede de saúde pública.

Para que seja possível entender os sentidos e significados das queixas e do sofrimento das mulheres é preciso que se desenvolva um modelo de atenção à saúde que compreenda as relações de gênero e as desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres na determinação social da saúde física e mental (ARAÚJO, 2015).

Nesse sentido, faz-se necessário que sejam operacionalizadas ações interdisciplinares capazes de integrar as diversas e múltiplas dimensões em questão, numa perspectiva que considere a clínica ampliada, sendo esta dotada de uma visão integral das sujeitas. E assim, refletir sobre o campo da saúde mental das mulheres, bem como as ações de saúde mental presentes na atenção primária, pressupõe considerar a relação existente entre esse campo e a constituição das mulheres como sujeitas históricas, uma vez que as mulheres não estão alheias a essa problemática, pois as questões e experiências que vivenciam cotidianamente estão

intrinsecamente ligadas e são pertencentes ao debate (BARBOSA, DIMENSTEIN, LEITE, 2014).

4.3 A violência contra as mulheres e sua relação com o campo da saúde mental

A loucura feminina, em distintos momentos históricos, foi associada à sexualidade. No Antigo Egito, foram atribuídas às mulheres acusações de malignidade, por seu útero, sendo chamadas de histéricas; na Idade Média, muitas mulheres eram acusadas de serem detentoras de posse demoníaca, na figura das bruxas, por terem o conhecimento das ervas ou por transgredirem a ordem, com práticas como a prostituição, o adultério e o aborto. Àquelas que não conseguissem se adaptar às funções domésticas e não detivessem comportamentos dóceis e subalternos eram consideradas loucas (PEGORARO; CALDONA, 2008).

Com o advento do modo de produção capitalista e a ascensão da figura do médico psiquiatra, entre o final do século XVII e o início do XVIII, surgiram critérios classificatórios de produtividade, assim, muitas mulheres consideradas desviantes sociais e incapazes para o trabalho foram internadas em instituições asilares (PEGORARO; CALDONA, 2008).

A internação de pessoas em asilos ou hospitais psiquiátricos aconteceu em larga escala no Brasil, a loucura era tida como pretexto para aprisionar pessoas e enquadrá-las dentro de um sistema que não visava à recuperação, mas sim o tratamento moral de subjetividades. Alguns estudos (CUNHA, 1989; FACCHINETTI, RIBEIRO, MUÑOZ, 2008; VACARO, 2011;) relatam histórias de mulheres que passaram por longos anos de internações em hospitais psiquiátricos e mostram que muitas dessas mulheres foram deixadas por seus próprios familiares e acabaram vivendo até o final de suas vidas nos hospícios, sem cuidado, sem liberdade, abandonadas pelo fato de não responderem às normas sociais esperadas.

Cristiana Facchinetti, Andréa Ribeiro e Pedro Muñoz (2008), ao analisarem prontuários de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro no século XX, ressaltam que a inserção da mulher burguesa no mercado de trabalho e sua participação no nascente movimento feminista era objeto de preocupação da psiquiatria, que buscava estratégias para manter o ideal da mulher burguesa como sendo um modelo de subjetividade feminino, classificando como anormais e doentes as mulheres que fugiam a esse padrão.

Para os médicos, o corpo das mulheres era frágil “por natureza”, propenso a sofrer abalos mentais e morais, por isso devia ser regulado e manipulado, a fim de atingir a

normalidade através do exercício da maternidade. As mulheres que se recusavam a desempenhar o modelo ideal de boas esposas e mães ou que desejavam exercer sua sexualidade de maneira livre eram internadas nos hospícios com diagnósticos de histeria, ninfomania, loucura maníaco-depressiva ou esgotamento físico e psíquico²². (FACCHINETTI, RIBEIRO, MUÑOZ, 2008).

Com a mudança epistemológica oriunda do processo de desinstitucionalização no movimento de Reforma Psiquiátrica, passa-se a pensar no cuidado como forma de levar aos usuários com transtornos mentais um tratamento humanizado que tenha por central a dimensão ética com o humano. Tal como ressalta Jardel Silva (2008), compreendendo o/a sujeito/a como potência de criação, que tem, por excelência, a capacidade de movimento e devir, a ética deve prevalecer enquanto possibilidade de conhecimento e ao invés da busca por verdades deve-se objetivar a utilidade da ciência.

No modelo asilar, não era permitido aos/às sujeitos/as loucos/as questionar ou buscar este sentido de potência, uma vez que os mesmos, presos em instituições, ficavam limitados em sua própria existência, à condição de doentes mentais. Ainda hoje, com a progressiva implementação do processo de desinstitucionalização e o deslocamento do cuidado em saúde mental no âmbito do território, os/as usuários/as com transtorno mental sofrem com os resquícios do paradigma biomédico. E além da limitação pela existência do transtorno, existem outros aspectos que surgem como limitadores da ação de cuidado.

Para Maria José Araújo (2015), embora o campo da saúde tenha sido influenciado pelos estudos de gênero desde a década de 1980, existem diferenças sociais que caracterizam e determinam a saúde das mulheres e dos homens. Com a comprovação de que os efeitos dessas diferenças incidem de formas distintas e até maiores nas mulheres, existe uma lacuna na Política Nacional de Saúde Mental. Para a autora essa política desconsidera as desigualdades de gênero e suas ações acabam por serem desenvolvidas sem fazer distinção no seu direcionamento para homens e mulheres, existindo uma concepção de sujeitos

²² Segundo Santos (2009), é necessário desmistificar a associação da saúde mental com a saúde reprodutiva, a fim de problematizar o foco no corpo biológico e hormonal da mulher, uma vez que esta noção desconsidera as experiências das atribuições tradicionais em nossa sociedade e das relações de gênero e sofrimento psíquico. Diante da redução da saúde mental à lógica reprodutiva não resta outra intervenção senão a via do modelo biomédico e a medicalização.

homogêneos²³, como se homens e mulheres tivessem as mesmas necessidades de saúde e adoecessem de formas iguais.

Além disso, existe pouco diálogo entre a Política Nacional de Saúde Mental e as políticas públicas dirigidas para as mulheres. A PNAISM, por exemplo, apesar de apontar a necessidade de ações integradas de saúde mental para as mulheres, apresenta fragilidades para formular tais ações. Essa lacuna não favorece o fortalecimento dos princípios de equidade e integralidade no SUS, colocando em questão a importância da inserção do debate sobre a transversalidade do gênero nas políticas de saúde, e, portanto, também nas ações referentes ao campo da saúde mental (ARAÚJO, 2015).

A ausência do debate de gênero na Política de Saúde Mental não corresponde à significativa presença das mulheres nos espaços de operacionalização da mesma, uma vez que usuárias, familiares, trabalhadoras e gestoras dos serviços constroem cotidianamente o campo da assistência em saúde mental, que também é marcado pela hipermedicalização da experiência das mulheres e pela presença da categoria gênero nas políticas públicas, quer seja na assistência ou no ativismo político (ANDRADE, 2010).

O estudo de Lúcia Rosa (2008) explicita a desigualdade em relação aos estereótipos de gênero na família, bem como os rebatimentos quando esta possui um membro com transtorno mental, principalmente em famílias de baixa renda. Segundo a autora, a sociedade moderna aprofundou a divisão sexual do trabalho, o que gerou a separação da esfera pública com a privada. Ao homem é atribuído o espaço social público, da rua, da política e do trabalho remunerado, sendo este o responsável por prover o sustento da família. Já à mulher, resta o espaço privado da casa e as atividades domésticas. O trabalho doméstico, mantenedor do grupo familiar, transforma-se, assim, em “atos de amor”.

Rosa (2008) afirma que quando é a mulher, detentora do lugar de mãe/esposa/dona-de-casa, que possui algum tipo de transtorno mental, a família se mostra mais afetada do que seria se fosse o homem que apresentasse o transtorno, pois é atribuída à mulher a função de organização do grupo familiar, estando responsável pelo orçamento e consumo doméstico, bem como pela educação dos filhos e prestação de cuidados com estes e com o homem. “Tal

²³ Andrade (2010) afirma que, embora a reforma psiquiátrica apresente propostas antimanicomiais, em alguns momentos, no processo de desinstitucionalização, ela tende a produzir regimes homogeneizantes de subjetivação, naturalizando experiências dos homens e, sobretudo, das mulheres. Há ainda, nesse processo, certa predominância da racionalidade biomédica, que pensa a loucura a partir de um aprisionamento e redução biológica.

divisão sexual, portanto, instituiu-se socialmente pela fusão que se estabeleceu entre o social e o biológico por intermédio do corpo feminino” (ROSA, 2008, p. 275).

É possível perceber que, mesmo com o momento atual de fechamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, a liberdade e autonomia das mulheres, sujeitas políticas dotadas de histórias de lutas e de desejos, encontram-se inseridas num sistema de opressão e de violação de direitos e continuam sendo questionadas pelas normativas de um padrão de moralidade que há muito se tenta quebrar.

No que diz respeito às mulheres, percebemos que a violência é frequentemente presente nas situações que articulam as desigualdades sociais de gênero e o sofrimento psíquico. O que requer uma apropriação maior acerca do debate da violência contra as mulheres também como questão de saúde pública e de demandas para o campo da saúde mental. Segundo Tereza Bruel e Carolina Mombach (2015), a violência produz sofrimento psíquico, podendo provocar doenças psicossomáticas diversas nas mulheres, com prevalência de quadros de depressão.

Pedro Delgado (2012), em pesquisa sobre a produção teórica entre os campos da violência e da saúde mental, ressalta a violência doméstica como um dos eixos principais que emerge como questão para a saúde mental. A violência doméstica, no âmbito privado e familiar, detém a maior predominância nos trabalhos que relacionam os dois campos, no entanto, o autor considera que a discussão ainda aparece de forma inexpressiva na literatura da atenção psicossocial.

A violência doméstica se faz presente no cotidiano das mulheres e nos serviços de saúde, tornando-se cada vez mais visível, devido aos agravos psicossociais que ela gera, portanto, demanda por intervenções psicossociais efetivas que possam abordar o sofrimento psíquico relacionado às situações de violência e deve se configurar como pauta prioritária da agenda política da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2012).

Ionara Rabelo e Maria de Fátima Araújo (2008) afirmam que o sofrimento das mulheres não vem sendo ouvido adequadamente pelas equipes de saúde, ele aparece desde a denominação de “nervoso” até a simplificação de insônia. Ocorre uma medicalização da vida, através da prescrição e dispensação de medicamentos benzodiazepínicos para tratar problemas que na realidade são de ordem social, cultural e familiar, e não biológica. Dessa forma, os profissionais, ao negligenciarem uma escuta qualificada e não intervirem de forma a

considerar a clínica ampliada, acabam por operar também uma forma de violência a essas mulheres.

É possível identificar que as necessidades das mulheres são moldadas conforme as atividades de trabalho que desempenham e os fatores de determinação social de saúde, que consideram os modos e condições de vida cotidiana, bem como os aspectos opressivos que constituem risco de adoecimento. A opressão dos modos de viver e de estar das mulheres ocorre através de dispositivos de imposição de estereótipos de gênero que estabelecem posições e lugares fixos a estas e contribuem para a violência, e nesse contexto, muitos dos transtornos mentais surgem como formas de resistência (BRUEL, MOMBACH, 2015).

O Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, produzido em 2001 pela Organização Pan-Americana da Saúde em parceria com Organização Mundial de Saúde, aponta que as mulheres correm maior risco de acometimento de transtornos mentais do que os homens, fato este que pode ser pensado a partir da compreensão de que as mulheres vivenciam, no cotidiano, situações correntes de violação de direitos, violência doméstica e sexual, não igualdade de salários etc. O Relatório aponta ainda que a violência contra a mulher além de um problema social é também uma questão de saúde pública, atingindo mulheres de todas as faixas etárias, de diferentes culturas e classes sociais.

Ana Ludermir (2008) discute, a partir de uma leitura crítica que considera os marcadores sociais de classe e gênero, acerca da maior prevalência de quadros de ansiedade e depressão entre as mulheres, estas apresentam em relação aos homens duas a três vezes mais casos dos chamados transtornos mentais comuns. Para a autora, o estudo de tal realidade pode estar associado à baixa autoestima das mulheres diante do pouco controle que detém sobre seus modos de vida, além da desvalorização de suas tarefas sociais, que provocam desgastes e percepção de má saúde, levando as mulheres a expressarem mais facilmente seus sintomas e procurarem os serviços de saúde mais do que os homens.

Além disso, as mudanças na configuração do mundo do trabalho, no qual as mulheres, historicamente, têm vivenciado relações desiguais em relação aos homens (HIRATA; KERGOAT, 2007), somadas ao aumento do desemprego dos homens e às exigências de jornada ampliadas de trabalho para as mulheres, também provocam fadiga, estresse e sintomas psíquicos (LUDERMIR, 2008). O estereótipo de cuidadora familiar predomina num contexto de tripla jornada de trabalho, no qual a organização da casa e a educação dos filhos são atribuídas às mulheres (SANTOS, 2009).

A violência como fenômeno social está intrinsecamente presente na história, bem como no desenvolvimento da sociedade. Porém, o crescente aumento da desigualdade social, oriunda das contradições nas relações sociais de classe, raça/etnia e também de gênero, resultante do desenvolvimento intensivo do capitalismo e do direcionamento político neoliberal, faz com que a violência esteja cada vez mais presente no cotidiano dos/as sujeitos/as, expressando-se de diferentes formas: nas ruas, nos espaços de lazer, no trabalho e no âmbito doméstico (REIS, 2013).

Com repercussões na saúde das mulheres, a violência está associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem demonstrado estar associada a maiores taxas de dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, além de doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto, inviabilizando opções contraceptivas para uma parte das mulheres. Durante a gestação, a violência é mais provável, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança (SCHRAIBER, 2001, p. 109).

Percebemos, assim, a necessidade de aprofundar o debate entre o campo da violência contra a mulher e a saúde mental, a partir de uma perspectiva crítica que considere as relações sociais de gênero, uma vez que a literatura mostra que ser mulher e ser “louca” numa sociedade é estar fadada a carregar em sua trajetória de vida diferentes sentidos a suas experiências e lugares sociais.

E é diante da crítica às concepções hegemônicas dos sujeitos políticos que podemos perceber a relação entre as demandas dos/as sujeitos/as do Movimento da Luta Antimanicomial e do Movimento Feminista. Ambos reivindicam direitos a sujeitos coletivos que, historicamente, tiveram que lutar pela mudança da concepção de cidadania em seus estereótipos de figuras frágeis, tuteladas e que devem ser restritas a espaços reclusos.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Nossa maneira de expressar nosso conhecimento do mundo é reveladora de nosso lugar social e cultural. E este lugar condiciona nossa confiança e desconfiança, nossa valoração maior ou menor em relação ao que é proposto como conhecimento (Ivone Gebara, 2008, p 32).

5.1 Em busca de outra forma de fazer ciência: as epistemologias e metodologias feministas

Produzir conhecimento, desenvolver pesquisas, analisar teorias e construir novas formas de diálogo no âmbito da ciência não são tarefas fáceis. Cada vez mais, torna-se necessário, diante da conjuntura sociopolítica, reafirmar e defender determinadas perspectivas teórico-metodológicas, que passam no contexto atual a serem alvo de críticas e ameaças ainda mais explicitamente, tendo o seu saber questionado, bem como seus pressupostos desvirtuados para servir aos propósitos de determinados grupos políticos.

Percebemos que é mais do que urgente se posicionar e demarcar que esse texto acadêmico foi desenvolvido num momento caro à história do Brasil, no qual jogos de interesses e forças políticas em oposição estabeleceram um cenário de incerteza e de crise ideopolítica, em que também direitos anteriormente garantidos passaram a ser questionados, sendo constantemente alvos de ataques e passíveis de retrocessos. Dentre esses estão os direitos das mulheres e as concepções das teorias feministas e de gênero.

Primeiramente, é pertinente pontuar que falamos de epistemologias e metodologias feministas no plural por entendermos que não existe uma forma única de construção e produção do conhecimento, mas sim várias, oriundas de teorias também diversas. A pluralidade metodológica e a multidisciplinaridade têm destaque nas epistemologias feministas (NARVAZ E KOLLER, 2006).

O pensamento feminista conhecidamente desenvolveu sua crítica à ciência. Suas ideias sempre estiveram estreitamente relacionadas à ação política no âmbito da vida social e cotidiana, o que revela o potencial emancipador dessas ideias, baseadas nas condições sociais existentes, na interpretação do que as mulheres vivenciavam e do que poderiam a vir vivenciar, diante das amarras da opressão patriarcal (GERGEN, 1993).

A relação entre as mulheres e a ciência tem em sua dialética um caráter político, social e epistemológico, tendo sido marcada por uma história, tanto individual como coletiva, de lutas, discriminações, transgressões e poder-saber. Dessa forma, a ciência feminista passou a ser uma alternativa para algumas feministas acadêmicas, pois ela permite olhar para outros objetos de estudo e utilizar metodologias que não se adéquam aos moldes das ciências positivas de epistemologias empiristas, além de questionar e ir contra a exclusão das mulheres, diante do caráter androcêntrico das ciências, o qual prioriza a neutralidade sobre, por exemplo, as questões de gênero, classe e raça (ARRAZOLA, 2002).

Durante muito tempo no Ocidente, priorizaram-se nas ciências os fatos naturais, operando a separação entre natureza e sociedade, desqualificando o saber humano que compreende também as análises dos campos da cultura e da política (ARRAZOLA, 2002).

É evidente nas críticas epistemológicas feministas que a neutralidade e a objetividade da ciência são falácias que escondem o viés de gênero em que esta se baseia, e que segue governando muitas pesquisas. No entanto, algumas autoras vão mais longe e sustentam que uma reforma do projeto científico está destinada ao fracasso e que é necessária uma total desconstrução dos postulados heteropatriarcais. (BIGLIA, 2014, p. 24, tradução própria).

As críticas feministas visibilizam a condição de subordinação das mulheres, e, portanto, buscam superar a mesma, a partir de um posicionamento individual e coletivo e de uma revolta que impulsiona para o embate ao sistema sexo/gênero e a transformação dessa subordinação das mulheres na sociedade e no campo de produção do conhecimento (BANDEIRA, 2008).

Para Margareth Rago (1998), a crítica feminista desconstrói a objetividade e a neutralidade na ciência, ao passo em que evidencia como a produção científica é carregada por padrões e valores masculinos, no âmbito do público (masculino), que inferioriza o privado (feminino), “pensa-se a partir de um conceito universal de homem, que remete ao branco-heterossexual-civilizado-do-Primeiro-Mundo” (RAGO, 1998, p. 4).

Donna Haraway (1995) ressalta que localizar os saberes é a chave para entender a objetividade feminista, uma objetividade corporificada, capaz de acomodar os críticos e paradoxais projetos científicos feministas, que lida com a localização limitada e com o conhecimento localizado, não operando uma separação entre sujeito e objeto, uma vez que “a questão da ciência para o feminismo diz respeito à objetividade como racionalidade posicionada.” (HARAWAY, 1995, p. 33).

Assim, o que está em busca no feminismo é a ciência e a política da interpretação, do não dito, do não completamente entendido, do exitar, do gaguejar e da tradução, sendo esta última sempre parcial, crítica e interpretativa. Está em vista a ciência dos/as sujeitos/as que são múltiplos/as, com a visão crítica e com um posicionar-se responsavelmente e também criticamente num tempo e espaço social que não é homogêneo e que é marcado pelo gênero (HARAWAY, 1995).

A crítica feminista à ciência, de acordo com Harding (1987), permite ainda refletir sobre as ausências e as exclusões que a ciência moderna ocidental opera, sejam essas ausências reconhecidas ou não. E aqui aproveito para ressaltar que essa dissertação, desde a sua gênese, lidou com “ausências” e “invisibilidades”, seja quando se tratava da necessidade de produções teóricas articuladas, que relacionassem a perspectiva dos estudos de gênero com a discussão de saúde mental, seja ao conversar com profissionais da atenção primária sensíveis à esta discussão ou ainda ao falar de violência com mulheres, que mesmo quando declaravam conhecer sobre o assunto e apresentavam uma experiência de sofrimento, muitas vezes não reconheciam nem a si, nem a situações corriqueiras de opressão vividas por elas e por mulheres próximas como expressões de violências e produtoras de sofrimento.

Todos os feminismos são teorias totalizantes. Como as mulheres e as relações de gênero estão em toda parte, os temas das teorias feministas não podem ser contidos dentro de um esquema disciplinar singular, ou mesmo em um conjunto deles. A “visão de mundo da ciência” também se propõe como uma teoria totalizante - toda e qualquer coisa que valha a pena ser compreendida pode ser explicada ou interpretada com os pressupostos da ciência moderna. Naturalmente há um outro mundo - o das emoções, sentimentos, valores políticos, do inconsciente individual e coletivo, dos eventos sociais e históricos explorados nos romances, teatro, poesia, música e arte em geral, e o mundo no qual passamos a maior parte de nossas horas de sonho e vigília sob a constante ameaça de reorganização pela racionalidade científica. Um dos projetos das feministas teóricas é revelar as relações entre esses dois mundos - como cada um modela e informa o outro. (HARDING, 1986, p. 12-13).

É indispensável garantir a fala às sujeitas políticas, no sentido de visibilizar as ausências e tornar audíveis suas dores. Penso que utilizar-se das teorias feministas como proposta metodológica é também acreditar que a luta pela emancipação das mulheres deve atingir todos os espaços do cotidiano, sendo também o momento do campo uma potência de alcance e de comprometimento ético.

Assim, na pesquisa feminista, ainda de acordo com Harding (1998), é necessário que a pesquisadora se insira no mesmo plano crítico do objeto de estudo, recuperando, assim, todo o processo de pesquisa para que possa analisá-lo conjuntamente com os resultados. Pretendo, portanto, explorar sobre esse meu lugar de pesquisadora a seguir.

5.2 Trajetórias, idas e vindas: aproximação com o debate e considerações da pesquisa

Martha Narvaz e Silvia Koller (2006) destacam que algumas pesquisadoras, a exemplo de Cristina Bruschini (1992), defendem que as metodologias feministas se preocupam menos com a formulação e uso de técnicas de coleta de dados específicas do que impulsionar a reflexão dos aspectos de gênero e de poder no conhecimento científico. Dessa forma, são pertinentes tanto pesquisas de natureza quantitativa como qualitativa, contanto que sejam produzidas e analisadas a partir de uma lógica não sexista. Já para outras pesquisadoras, na pesquisa feminista, as abordagens qualitativas são mais pertinentes do que as abordagens quantitativas, pelo fato dessas últimas não corresponderem às propostas feministas.

No caso deste estudo, optamos por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, para a qual, os/as investigadores/as envolvem-se no cotidiano do objeto estudado, com uma ação disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais (TRIVIÑOS, 2010). Sendo o projeto de pesquisa, que resultou no produto desta dissertação, integrante de um projeto guarda-chuva “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife”, desenvolvido pelo Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades.

Para Minayo (2008), os instrumentos de trabalho de campo têm por finalidade realizar a mediação entre a realidade empírica e os marcos teórico-metodológicos. Assim, o processo de investigação qualitativa requer conhecimento e capacidade de observação e de interação dos investigadores com os/as sujeitos/as envolvidos.

Utilizamos a observação no cotidiano, tal como entendem Milagros Cardona; Rosineide Cordeiro e Jullyane Brasilino (2014, p. 124), “compreendida como um empreendimento dialógico não controlado, envolvendo, em alguma medida, tanto os conflitos e tensionamentos quanto a colaboração entre pesquisador/a e pessoas, grupos ou comunidades que fazem parte da pesquisa.” Dessa forma, a observação pode ser entendida como uma construção compartilhada entre o/a pesquisador/a e os/as sujeitos/as participantes da pesquisa no cenário cotidiano e que requer técnicas variadas e detalhadas de registro, diante da dinâmica complexa e fluída das situações descritas.

Portanto, falar sobre a minha inserção no campo, pensando o mesmo a partir da noção de campo-tema, como um espaço relacional e complexo, que envolve redes de sentidos e exige uma disposição para negociações e inúmeras conversas, sem locais fixos, mas num

processo com tempo e lugar (SPINK, 2003), é mergulhar novamente em inúmeras afetações e inquietações que me seguem na trajetória profissional e acadêmica.

A participação na pesquisa guarda-chuva possibilitou um contato e aproximações com discussões que antes me eram apresentadas apenas brevemente, sem maiores aprofundamentos ou questionamentos e, talvez por isso, também não despertavam em mim dúvidas ou desejos de reflexões.

Dialogando com várias pessoas, outras/os alunas/os do Programa e pesquisadores do Gema, bem com professores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas principalmente com mulheres no espaço das Unidades de Saúde da Família (USF) pude ir construindo e ressignificando meu objeto de pesquisa, e agregando ao meu saber em saúde mental, também em construção, um olhar teórico, político e crítico sobre as questões de gênero que envolviam situações de violência contra a mulher.

5.2.1 As Unidades de Saúde da Família: caracterização das comunidades de Campo do Banco e Brasilit

As idas às USF não foram fáceis, eram repletas de sensações, anseios e inseguranças, mas não eram desacompanhadas. Sempre íamos em dupla, às vezes em trio com as/os companheiras/os do núcleo de pesquisa e essa experiência compartilhada era interessante, pois nos permitia dividir nossas questões e impressões. Tivemos experiências diferentes em espaços diversos, para fins dessa pesquisa foram escolhidas entrevistas com mulheres usuárias de duas unidades de uma mesma micro área do Bairro da Várzea: a USF Brasilit e a USF Campo do Banco.

A escolha dessas unidades se deu após um trabalho de observações no cotidiano em 7 USF do Recife, essas duas unidades foram escolhidas por terem apresentado, particularmente, a facilidade de acesso à Universidade Federal de Pernambuco, estruturas que possibilitavam, minimamente, condições para a realização de entrevistas na unidade e, além disso, as equipes profissionais demonstraram disponibilidade para acolher as/os pesquisadoras/es do núcleo de pesquisa.

A USF Brasilit, localizada na comunidade Brasilit, próxima à Avenida Caxangá, é uma unidade pequena e aconchegante em seu interior, com salas climatizadas e certo nível de estrutura, se comparada a outras unidades que visitamos, além de rampa de acessibilidade e

um ambiente interior agradável, apesar da vastidão de grades de acesso na recepção, que denotavam a preocupação com a segurança da unidade. A sala de recepção era pouco confortável e não muito grande e era nela que fazíamos o convite para a participação na pesquisa, a recepcionista da unidade sempre nos acolheu muito bem e disponibilizava uma sala para que pudéssemos fazer a entrevista com a garantia do sigilo.

O fluxo de usuárias variava conforme o dia, em alguns não encontrávamos nenhuma usuária e em outros, a unidade estava com um quantitativo maior de mulheres aguardando atendimento. Percebemos então que esse fluxo variava em consonância com a presença de profissionais médicos e enfermeiros para atendimentos à comunidade, no momento em que fizemos a entrevista, algumas mulheres relataram que a unidade carecia de profissionais, como dentista, e também que a USF não estava sendo acompanhada, naquele momento, por equipes multiprofissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

As entrevistas ocorreram com a particularidade de que enquanto eu entrevistava uma mulher numa sala da USF Brasilit, outra pesquisadora ficava atenta na recepção para que a usuária não perdesse a chamada para o atendimento com os profissionais da unidade. Geralmente era o dia de “saúde da mulher”, no qual a unidade se voltava para atendimentos clínicos às mulheres e por isso tínhamos maior facilidade de encontrar usuárias no serviço.

Essa estratégia nos possibilitava também estreitar os vínculos com aquelas mulheres, pois ao mesmo tempo em que elas se colocavam à disposição para participar da pesquisa, também denotavam em nós confiança para que não perdessem a consulta, eram momentos simples, que não exigiam conversas, mas que nos permitiam estar mais próximas.

A população de Brasilit era sempre bem receptiva, as mulheres que entrevistei eram, em sua maioria, de classes populares, autodeclaradas negras e pardas, de idades variadas, mas prevalecendo as jovens e adultas. Compareciam à unidade para cuidados consigo mesmas e de seus filhos e filhas.

A outra unidade de saúde foi a USF Campo do Banco, mais próxima ao CFCH/UFPE, seu acesso se dá por uma passagem estreita ou pequenas ruas, não tem uma estrutura tão acessível, é pequena, com um corredor apertado e pouca ventilação. Em registro feito em diário de campo, a partir de uma conversa com uma agente de saúde desta USF, a unidade de saúde Campo do Banco, desde sua inauguração, por volta do ano 2000 ou 2001, desenvolve suas atividades no mesmo local. Anteriormente, a unidade trabalhava com o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente houve a mudança para o PSF. Mais de mil famílias são acompanhadas pelas duas equipes da unidade.

O nome da unidade se originou da história da comunidade, a ACS nos contou que no início da comunidade existiam plantações de bananeiras e macaxeira e, após a venda dos lotes pelo dono, as pessoas foram comprando os lotes e construindo suas casas, mas no entorno sempre existiu um campo de futebol, e no final do dia, após o expediente, os bancários iam jogar bola neste campo, daí surgiu o nome: Campo do Banco. (Registro do diário de campo).

Para falar com as mulheres conversávamos na rua, pois o espaço da unidade não contribuía para a garantia do sigilo. Então as mulheres preferiam conversar no espaço externo da USF, na calçada em frente à mesma ou também no espaço do salão paroquial de uma Igreja da comunidade, esse espaço é utilizado pela equipe para a realização de um grupo específico de saúde mental. Como o salão era amplo e o grupo pequeno, podíamos puxar as cadeiras em cantinhos mais reservados e conversar com as mulheres que se disponibilizavam. Nesse espaço, foi maior a quantidade de entrevistas com mulheres mais velhas, tanto pela predominância destas nesse grupo, como pela própria disponibilidade das mesmas em conversar conosco.

Para ir à unidade, procurávamos manter o contato telefônico com alguns profissionais que se disponibilizaram a nos receber, tanto para não atrapalhar os processos de trabalho destes, como para também comunicar nossa ida, mas nem sempre conseguíamos esse contato e, por demanda de cumprimentos de agenda, acabamos, por algumas vezes, indo às USF mesmo sem avisar, mas isso só deu depois de certo vínculo estabelecido.

Chegávamos sempre com cordialidade e cautela, pois entendíamos que aqueles espaços, embora serviços de saúde pública, não eram legitimamente nossos, pois muitas vezes pesquisadores eram vistos com intrusos, interessados apenas em coletar dados e ir embora sem contribuir efetivamente com as unidades. Era preciso dialogar com as usuárias, estabelecer uma relação de vínculo e ao mesmo tempo expor os objetivos da nossa pesquisa, que estava em constante construção.

Foi interessante notar que esse diálogo com as mulheres fluía com certa facilidade, isso também porque nas primeiras idas ao espaço das USF contávamos com o apoio dos/as profissionais da unidade que nos apresentavam às mulheres. Nas outras idas a campo, em que já estávamos mais familiarizados com a população e com os/as profissionais, nenhuma das mulheres que convidei para entrevistas se negou a participar, era tudo muito de momento, de

chegar junto, conversar informalmente com algumas usuárias sobre a pesquisa e elas se disporem a participar.

Assim, essas entrevistas ocorreram em meio ao espaço de atuação das equipes de saúde da família, tanto na espera, como ao final dos atendimentos, num cantinho afastado do grupo de pessoas em espera, dentro do salão da Igreja, numa calçada próxima à unidade de Campo do Banco ou numa sala de atendimento da USF Brasilit.

As entrevistas variavam também no seu tempo, era possível perceber a vontade de algumas mulheres de dialogar sobre suas experiências e também o retraimento de outras, pelo fato de se sentirem receosas de falarem das práticas de alguns profissionais ou sobre casos conhecidos de violência contra a mulher, vivenciados por amigas, familiares ou por elas mesmas.

5.2.2 Quem são essas mulheres?

É importante considerar que a pesquisa foi feita com uma população específica, assim, as mulheres participantes deste estudo se diferenciam em diversos aspectos. No que diz respeito ao marcador social da geração, as mulheres entrevistadas deste trabalho tinham idades entre 25 e 60 anos. Vale ressaltar que durante a pesquisa de campo, percebemos que as mulheres que entrevistamos em Campo do Banco faziam parte de um grupo específico de saúde mental e era perceptível nesse grupo o predomínio de mulheres de idade adulta e idosas e em Brasilit, encontrávamos mais mulheres jovens e na faixa etária adulta.

Sobre o quesito raça/cor, as mulheres se reconheciam como negras, seguidas de pardas e brancas. Essa realidade não variava entre as comunidades. Assim tanto Brasilit como em Campo do Banco nos encontrávamos com um quantitativo maior de mulheres negras. Por isso, é importante ressaltar a necessidade de discussões que contemplem as peculiaridades que envolvem a discussão sobre a raça/cor e sobre a saúde da população negra, bem como um olhar que priorize a competência étnico-racial e cultural na promoção da saúde.

Sobre a composição familiar das mulheres entrevistadas, percebemos que os arranjos familiares, assim como a definição de família, variam de diferentes formas. Dessa forma, podemos perceber que nas duas comunidades, a composição familiar é variada e diversa.

Por fim, as ocupações dessas mulheres também são diversas, mas prevalece o trabalho no âmbito doméstico, também destacado pelas mulheres a partir do reconhecimento como

“donas-de-casa”. Percebemos também, de forma geral na pesquisa de campo, que existe um predomínio de mulheres com profissões que desempenham atividades de cuidado, como por exemplo: técnica de enfermagem, cuidadora de idoso/a, agente comunitária de saúde e zeladora.

5.2.3 As entrevistas

Optamos pela utilização do recurso de entrevista como instrumento metodológico. Essa escolha se deu, principalmente, pelo interesse em ouvir das mulheres como elas vivenciavam as experiências de sofrimento, delas mesmas ou de outras mulheres próximas a elas, em relação às situações de violência e, em que medida, a saúde mental surgia ou não nas histórias contadas por elas.

De acordo com Benedito Medrado e Jorge Lyra (2015, p. 16):

A entrevista é uma interação social que requer um (ou mais) entrevistadores e um (ou mais) entrevistados. Constitui-se, portanto, em uma produção dialógica negociada, sujeita a acordos, mas também a tensões e conflitos, não necessariamente intensos ou explícitos.

Assim, com a perspectiva de elucidar as vivências das mulheres, através de acordos estabelecidos no espaço das unidades de saúde, que por seguirem uma lógica territorial, localizam-se nas próprias comunidades em que as mulheres residem, trabalhamos com a perspectiva orientadora da entrevista episódica. Esta propõe que, a partir de um resgate de um episódio ou episódios narrados por um/a entrevistado/a, possa-se analisar o conhecimento cotidiano do/a mesmo/a sobre determinado tema (FLICK, 2002).

A entrevista episódica gera a narrativa, a qual, segundo Rosana Campos e Juarez Furtado (2008), enquanto linguagem insere-se na economia textual, e deve isso ao diálogo com outros textos e às dimensões sócio históricas que permitem localizar um contexto. A narrativa simultaneamente se abre à interpretação e proporciona meios para a sua livre circulação, recepção e produção. Dessa forma, é capaz de articular diversas relações, como de poder, políticas, identitárias e do contexto, relacionando-se de forma complexa com os discursos sociais. Para os autores, “na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana.” (CAMPOS E FURTADO, 2008, p. 1093).

A entrevista episódica, de acordo com Uwe Flick (2002), pode ser realizada em nove fases²⁴. A primeira fase é a de preparação para a entrevista, baseando-se em um guia capaz de nortear a entrevistadora em busca de narrativas e repostas. Este guia pode ser construído de diferentes formas, levando em consideração o saber da pesquisadora, das perspectivas teóricas, a partir de outros estudos e/ou resultados e também de análises preparatórias de uma área.

No caso da nossa pesquisa, o guia que norteou as entrevistas foi um roteiro de perguntas construído coletivamente, no qual eu participei contribuindo com as minhas questões acerca do campo da saúde mental, procurando relacionar este campo ao cuidado em saúde a mulheres em situação de violência. O ato de fazer perguntas é algo que fiz durante todo o processo do mestrado, mas é interessante perceber o quanto esse exercício de organização da entrevista e das perguntas feitas às entrevistadas é complexo e importante, devendo ser feito cuidadosamente a fim de não direcionar respostas e, como ressalta Flick (2002), deixando o guia suficientemente em aberto para que outras e novas possibilidades possam emergir nas narrativas das entrevistadas.

Ter um roteiro direcionador é algo que organiza o momento único da entrevista, mas a relação que detenho com ele também vai definir o produto final que terei para analisar. Hoje refletindo sobre esse instrumento, penso que outras perguntas podem ter faltado naquele guia, mas também entendo que se eu tivesse me fixado naquele roteiro não potencializaria a fala das mulheres, pois outras questões foram surgindo e vieram à tona, conforme ia conversando com as mulheres.

A própria entrevista requer um posicionamento da pesquisadora, de perceber elementos importantes e situar contextos no momento da entrevista. Eu diria até certo senso de investigação, não no sentido punitivo do termo, mas sim no sentido de se atentar para os sinais, para falas que denunciavam situações de violência, mesmo não explícitas. Nesses momentos era necessário que eu me deslocasse do lugar de pesquisadora e me identificasse com aquelas mulheres que estavam na minha frente, percebendo que às vezes as mulheres se calavam ou não respondiam algumas perguntas, ora diziam não conhecer ou saber sobre o que eu perguntava e ora utilizavam daquele espaço de entrevista como lugar de escuta,

²⁴ Embora Flick (2002) enumere e subdivida a entrevista episódica em nove fases, a experiência que tivemos foi a de que essas fases se misturavam, conectando-se umas com as outras, mas para fins de organização didática seguimos aqui a orientação do autor, a fim de exemplificar cada uma.

denunciando experiências vividas por elas mesmas ou por outras mulheres conhecidas, histórias que as tocavam de alguma forma.

E aqui abro um parêntesis para refletir sobre o comprometimento ético das/dos pesquisadoras/es de estarem atentos a essas complexidades. Acredito que o exercício de uma escuta aguçada e sensível às demandas do outro produz também impactos potentes de transformação. Muitas vezes me via na exigência de intervir nas falas das mulheres procurando saber mais sobre o que elas me falavam e depois que o gravador estava desligado, ocasionalmente, acabava por informar sobre algumas possibilidades de serviços e/ou cuidado para elas já que estávamos no espaço da USF e elas poderiam articular e questionar as/os profissionais da unidade sobre alguns encaminhamentos.

A segunda fase diz respeito à introdução da lógica da entrevista à entrevistada (FLICK, 2002). Sempre que iniciava a entrevista, após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, com a assinatura da participante e de tirar dúvidas sobre a pesquisa, eu explicava que a ideia era que a gente tivesse uma conversa e que em alguns momentos iria perguntá-la sobre situações que ilustrassem exemplos de algumas perguntas que eu fizesse, tentava ao máximo deixar a participante à vontade e informava que o intuito era saber de situações que lhe ocorriam corriqueiramente.

A terceira fase se remete à concepção do/a entrevistado/a sobre o tema e sua biografia com relação a ele/ela (FLICK, 2002), e para mim está muito conectada com a segunda fase. Esse era o momento de pedir que a participante contasse como era um dia de atendimento na unidade, quais eram as suas impressões sobre o cotidiano nesse espaço e pedia que ela contasse alguma situação da vivência dela na comunidade, bem como, a partir de outras perguntas que ia fazendo, pedia que ela me contasse de algum episódio que lhe ocorreu ou a alguém próximo sobre o assunto que estávamos conversando.

Assim, podia, por exemplo, perguntar se ela conhecia alguém que tinha sofrido violência e, caso sim, pedia que ela me contasse como foi esse acontecimento; também se ela se recordava de alguma discussão sobre o tema da violência contra a mulher na unidade de saúde ou ainda se os profissionais falavam e/ou perguntavam sobre isso nos atendimentos; o que ela achava sobre como a saúde mental era cuidada naquele contexto de violência etc.; e a partir daí a narrativa emergia em situações que para elas eram exemplos daquilo que eu estava perguntando.

A quarta fase compreende o sentido que o assunto discutido na entrevista tem para a vida cotidiana da entrevistada, e novamente se conecta com a terceira, pois quando no início da entrevista eu pedia que a entrevistada contasse como era um dia de vivência dela na unidade já estava pondo em ação os objetivos dessa fase, que é se apropriar um pouco do cotidiano das sujeitas unindo “narrativas de uma cadeia de situações relevantes” (FLICK, 2002, p. 120).

A quinta fase se concentra mais nas partes centrais do tema em questão (FLICK, 2002). Era, então, o momento de perceber a proximidade que a entrevistada tinha com as minhas questões de pesquisa, e assim eu procurava perguntar o que ela entendia por violência, o que ela pensava quando ouvia falar desse assunto, bem como o que ela sabia ou já tinha ouvido falar sobre saúde mental: se ela conhecia serviços de atendimento a pessoas em situação de violência ou com transtorno mental e/ou se ela associava de alguma forma esses dois campos etc.

A sexta fase se detém em tópicos mais gerais que são relevantes para a compreensão do estudo, segundo Flick (2002), é o momento em que a entrevistadora tenta fazer uma conexão entre as questões mais gerais à explicações mais concretas e singulares da entrevistada. Acredito que esse processo de reflexão fluía de forma espontânea, às vezes, por exemplo, alguma participante respondia uma pergunta de forma que eu não entendia de imediato, mas com o desenrolar da entrevista começava a perceber as conexões do que aquela pessoa queria enunciar com alguma fala e aí, eu questionava: “aquilo que você comentou no início da entrevista está relacionada a essa pergunta que te fiz agora?” E daí novos elementos surgiam, que espero conseguir visibilizar e esclarecer melhor no capítulo de análise.

A sétima fase denota a finalização da entrevista, com uma avaliação e uma conversa mais informal (FLICK, 2002). Costumava perguntar às mulheres se elas tinham algo mais a acrescentar, bem como se elas tinham proposições a fazer para a melhoria da unidade e a exploração daqueles temas que abordamos na entrevista, se elas achavam relevante falar sobre violência e saúde mental na USF e de que forma isso poderia ser feito.

A oitava fase remete à documentação, e acredito que foi a que mais tivemos dificuldade em organizar. Flick (2002) orienta que após a realização da entrevista a pesquisadora documente suas impressões, registrando informações sobre a entrevistada e contextualizando a entrevista. Nas primeiras entrevistas isso não foi feito, pode ter sido por pressa, por outras demandas, pela correria que era estar no espaço da unidade sem uma

“estrutura” da qual estávamos acostumadas etc. Apenas quando nos demos conta desse agravante que começamos a fazer e coletar algumas informações sobre as sujeitas, como idade, estado civil, raça/cor, e isso era feito, geralmente, no início das entrevistas.

E analisando hoje o material coletado, ainda penso que essa sistematização não foi suficiente; afirmar isso é importante, porque diz também das dificuldades e do amadurecimento que tive enquanto pesquisadora nesse período do mestrado. Até porque a pessoa que escreve atualmente essa dissertação não é a mesma do início desse processo, posso afirmar que sou uma nova mulher, com novas afetações, outras visões de mundo e também antigas e novas inquietações.

Reconhecer esses elementos é algo importante, partindo-se de uma perspectiva feminista. Por fim, a nona fase é o momento de análise das entrevistas (FLICK, 2002), que será melhor detalhado a seguir.

5.2.4 Como analisar as entrevistas episódicas?

Muitos foram os caminhos trilhados desde a formulação do objeto de pesquisa para que pudéssemos chegar à análise. Primeiramente, é importante situar que a pesquisa maior do projeto guarda-chuva, ao qual essa pesquisa de dissertação de mestrado se vinculou, se fundamentou a partir da perspectiva da produção de sentidos, no âmbito da Psicologia Social.

Tal como definem Spink e Medrado (2013), o sentido diz respeito a uma construção social, à forma pela qual os/as sujeitos/as dão sentido ao mundo e interagem, estabelecendo relações sociais que são historicamente determinadas e também localizadas culturalmente. Assim, podemos entender que “dar sentido ao mundo” requer uma ação coletiva, uma vez que a relação social só se estabelece a partir das trocas com o/a outro/a.

Ao assumir que os/as sujeitos/as produzem sentidos de forma coletiva, estamos afirmando que a compreensão do sentido pode nos levar a entender as formas pelas quais estes/as mesmos/as sujeitos/as lidam com os fenômenos que vivenciam (SPINK; MEDRADO, 2013).

Assim, preocupamo-nos, neste trabalho, em compreender os sentidos produzidos pelas mulheres com as quais trabalhamos, a fim de elucidar o objeto de pesquisa. Para tanto, fomos orientados pelas seguintes questões norteadoras: como os padrões de gênero se atualizam na

vida das mulheres atendidas pela atenção básica e, a partir de tal compreensão, qual a visibilidade que se tem acerca da violência contra a mulher nos agravos e danos à saúde mental das mulheres? Tais questões foram formuladas inicialmente de acordo com os objetivos do estudo.

Feitas as entrevistas, o processo de análise se iniciou desde a transcrição sequencial, que possibilita ter uma visão ampliada do conjunto de temáticas que se fazem presentes e das relações estabelecidas pelas trocas discursivas, além de que permite analisar os temas de prioridade para os objetivos da pesquisa (SPINK, 2010). Vale ressaltar que, no estudo em questão, foi feita a transcrição literal não apenas das entrevistas gravadas, mas também dos demais registros e observações feitos no diário de campo.

Preocupamo-nos em realizar o trabalho de ouvir os áudios da entrevista e transcrever as falas de forma a ordená-las sequencialmente, isso nos permitiu perceber elementos que não estariam visíveis na transcrição literal, por exemplo, como episódios marcantes, que as entrevistadas relataram durante a entrevista num primeiro momento e passaram a retomá-los posteriormente mesmo que indiretamente.

Todas as entrevistas, inicialmente 17, foram ouvidas e lidas minuciosamente várias vezes. Posteriormente, construímos mapas com base no texto “As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano” de Spink (2010). Ao passo que identificávamos as categorias temáticas, de forma sequencial, montávamos as colunas que ordenavam os mapas de análise. Tal como no exemplo do mapa de análise da entrevista de Nise, a seguir:

Quadro 1 - Mapa Analítico

Contato com pessoa com transtorno mental e/ou demandas de álcool e drogas	Atendimento em Saúde na USF	Função de Cuidado	Saúde Mental e Violência contra a mulher	Conhecimentos sobre Saúde Mental	Álcool e Drogas e Violência contra a mulher	Vivência de violência e/ou sofrimento

Fonte: Elaboração própria

Optamos por trabalhar com três entrevistas e seus respectivos mapas. Tal escolha se deu de forma operacional, pois não conseguiríamos analisar todas as 17 entrevistas do banco

de dados²⁵ da pesquisa guarda-chuva e também por acreditarmos que não era necessário, do ponto de vista do estudo qualitativo.

O processo de análise e construção dos mapas levou em torno de dois meses. Escolhi as três entrevistas que mais me disseram sobre o meu objeto de estudo e abordagem teórico-metodológica, foram elas: Stela, Nise e Maura. Uma vez que, ao se debruçar sobre os mapas das entrevistas e o estudo feminista sobre violência contra a mulher, com um olhar mais voltado para a abordagem feminista materialista, considereei que essas três mulheres apresentaram exemplos significativos de episódios que dialogavam com questões diretamente relacionadas à produção tanto de sofrimento psíquico, como de violências contra as mulheres.

Identificamos três eixos de análise: 1) intersecções entre gênero e classe social: o primeiro explora a relação entre as questões de gênero e a classe social através do sofrimento de Stela pela necessidade de manutenção do trabalho; 2) função de cuidado: o segundo apresenta a história de sofrimento psíquico de Nise diante da responsabilização de cuidado dela para com os outros membros de sua família e, por último, 3) saúde mental na atenção primária: os episódios narrados por Maura nos permitirão discutir mais a respeito sobre quem é o/a sujeito/a da saúde mental na atenção primária à saúde e como podemos dialogar de forma a priorizar as demandas desses/as sujeitos/as.

Não encontramos textos que nos orientassem especificamente sobre como analisar episódios, mas um texto que serviu de inspiração para mim particularmente foi o livro “Sobre o Suicídio”, de Karl Marx (2006)²⁶, onde o autor relata três casos de suicídios de mulheres vítimas do patriarcado. Esse livro elucida a “contação” de histórias e, ao mesmo tempo, apresenta uma análise teórica, pois se debruça sobre questões que refletem como se operam injustiças sociais e sofrimento às mulheres, desde as requisições das estruturas familiares, passando pelos valores no âmbito da sociedade e da cultura, até mesmo na ação do Estado²⁷.

²⁵ Vale ressaltar que o processo de pesquisa de campo foi coletivo, sendo as entrevistas realizadas num trabalho de todos e todas os/as pesquisadores/as envolvidos/as no âmbito do projeto guarda-chuva. As três entrevistas utilizadas para as análises dessa dissertação são, portanto, pertencentes ao banco de dados do grupo de pesquisa. É nesse entendimento de que a coletividade se faz presente que me afirmo muitas vezes no plural nesse texto.

²⁶ MARX, KARL, 1818-1883. **Sobre o suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006. Este livro foi uma compilação de textos achados de Marx depois de sua morte e traduzido por outros autores entre os anos 1818-1883.

²⁷ É importante ressaltar que a organização do material em mapas, num primeiro momento se deu coletivamente no núcleo de pesquisas e, portanto, teve influência da perspectiva de produções de sentidos no cotidiano, do ponto de vista da organização dos dados e como ferramenta metodológica. No entanto, como esse trabalho tende a se influenciar teórica e analiticamente numa perspectiva das teorias feministas e, mais particularmente, feminista materialista, para além da discussão divergente entre essas duas perspectivas teóricas, venho afirmar que reconheço tal discussão e não fujo à mesma, mas é necessário pontuar que durante o desenvolver da escrita

5.2.5 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, desde a formulação do projeto, orientamo-nos conforme os princípios éticos defendidos por Spink (2000), na perspectiva da ética dialógica, que se baseia no compromisso ético entre todos/as os/as envolvidos/as na pesquisa.

Assim, assumimos o comprometimento e a postura ética de:

1) salvar o anonimato e sigilo das sujeitas de pesquisa, não divulgando informações que identifiquem as mulheres participantes da pesquisa, bem como informações que não sejam de conteúdo inerente aos objetivos do estudo²⁸;

2) utilizar o consentimento informado, entendendo-o como um procedimento que pode ser revisto e que tem como principal característica a transparência, na forma de informação, sobre os direitos e deveres dos pesquisadores e dos pesquisados²⁹;

3) resguardar as relações de poder abusivas, procurando estabelecer uma relação de confiança ao garantir o direito de não revelação e/ou de revelação velada aos participantes da pesquisa, que podem solicitar, por exemplo, o desligamento do gravador e a sensibilidade, por parte dos pesquisadores, no que diz respeito aos limites da revelação dos dados.

A pesquisa não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo em vista que se inseriu em um projeto de pesquisa já anteriormente aprovado pelo comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco³⁰.

da dissertação não tive como fugir de tal controvérsia do campo, pois estava inscrita em uma linha de pesquisa e participando de um grupo de estudos que desenvolve pesquisas tendo como referencial as práticas discursivas na perspectiva construcionista e, portanto, foi necessário que eu conseguisse dialogar com esses referenciais, sem deter uma visão fixa e fechada às trocas entre as diversas leituras, mas que me afirmasse na escrita da dissertação respeitando às coerências teórico-metodológicas, sem negar o processo que vivenciei desde a formulação do objeto de estudo até a sua reformulação e à conclusão da utilização da análise episódica.

²⁸ Os nomes das mulheres aqui mencionados são todos fictícios, optei por utilizar nomes de mulheres que historicamente foram guerreiras, verdadeiras lutadoras na luta contra a violência contra a mulher e o sofrimento psíquico e que através de seus escritos contribuíram para visibilizar tanto as relações de gênero como a saúde mental. São elas: a poetisa brasileira Stela do Patrocínio, que viveu quase 30 anos internada no Hospital Colônia Juliano Moreira; a psiquiatra alagoana Nise da Silveira, que revolucionou a saúde mental brasileira com sua postura contrária às agressões e violências cometidas nos hospitais psiquiátricos; e a escritora mineira Maura Lopes Cançado, que passou por várias internações em diferentes hospitais psiquiátricos e escreveu livros sobre essas experiências.

²⁹ Tais disposições estão disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO C).

³⁰ Número do CAAE: 38648314.4.0000.5208

6 ANÁLISE DE EPISÓDIOS NARRADOS POR MULHERES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NEXOS ENTRE SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.

Este capítulo se propõe a analisar as entrevistas que fizemos com três mulheres atendidas por Unidades de Saúde da Família, a partir da análise de episódios trazidos pelas mesmas ao falar sobre o tema da violência contra a mulher e sua relação com o sofrimento psíquico na atenção primária à saúde.

Durante o processo de análise das entrevistas, feitas com mulheres em espaços de atividades da atenção primária, percebemos que alguns relatos traziam histórias vivenciadas por pessoas próximas ou pelas próprias mulheres que buscavam dar respostas às questões que eu fazia na posição de pesquisadora e entrevistadora. Essas histórias tinham significado para as entrevistadas e dialogavam com o meu objeto de pesquisa diretamente, ao passo que ao serem trazidas pelas mulheres como exemplo de resposta às perguntas que fazíamos, relacionavam-se ao que para elas correspondia ao entendimento do tema que eu estava explorando na discussão.

Optamos, assim, por analisar episódios narrados por três mulheres que entrevistamos. Esses episódios não foram escolhidos aleatoriamente, mas sim por mostrarem a articulação direta com as questões de violência contra a mulher e com o sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, tais histórias foram exploradas e trazidas a partir do diálogo que foi propiciado durante as entrevistas.

Diante da abordagem teórico-metodológica que utilizamos, vale ressaltar que não é nosso intuito fazer generalizações. Concordamos com Izquierdo (1998) quando afirma que não podemos falar das mulheres como um coletivo homogêneo, uma vez que são muito diversas desde o sentido subjetivo, com suas aspirações, expectativas, projetos pessoais, como no ponto de vista objetivo, com distintas situações familiar e pessoal, experiências profissionais, cargas familiares e idade.

Assim, é necessário explicitar que cada uma das histórias aqui exploradas diz respeito às experiências de vida das mulheres que, em sua complexidade, não são isoladas da realidade social. É diante da aproximação com o real e da publicização de situações de sofrimento e de violência vivenciadas, muitas vezes no âmbito privado, que acreditamos ser possível

compreender como a produção de sofrimento se relaciona com as questões de gênero e, mais especificamente, com o fenômeno da violência contra a mulher.

Essas histórias evidenciam o encontro entre os/as pesquisadores/as e a entrevistada, dizem respeito às situações vividas pelas sujeitas, que geraram sofrimento e que, em certa medida, foram compartilhadas conosco. Penso que se fizeram presentes e foram ouvidas no contexto da realização da entrevista de uma relação de troca e a partir da disponibilidade de fala e de escuta, no intento de uma entrevista que favorece a interação e a dialogia.

Assim como foram contados a nós, esses episódios visibilizam as necessidades de cuidado desenvolvidas pelas mulheres no contexto da atenção primária à saúde, advindas especialmente da dinâmica que perpetua a produção social da existência, como destaca Izquierdo (1998) e de fatores diversos de determinação social de saúde.

Vale destacar que este trabalho procurou operar uma postura de priorização da escuta e da narrativa dessas sujeitas, a partir de uma postura de pesquisa implicada e comprometida com a perspectiva feminista.

Nos próximos tópicos nos debruçaremos, então, sobre as histórias contadas por essas três mulheres, são elas: Stela, Nise e Maura. Essas mulheres compartilharam conosco momentos de suas vidas, vivências de sofrimento e de adoecimento, situações cotidianas de idas à unidade de saúde e também de suas redes pessoais, e ainda, falaram-nos de suas marcas, mesmo sendo difíceis de expressá-las.

6.1 O sofrimento psíquico e suas repercussões na vida das mulheres: conexões entre as questões de classe social, trabalho e adoecimento.

*Eu não queria me formar
Não queria nascer
Não queria formar forma humana
Carne humana e matéria humana
Não queria saber de viver
Não queria saber da vida*

*Eu não tive querer
Nem vontade para essas coisas
E até hoje eu não tenho querer
nem vontade para essas coisas*

(Stela do Patrocínio, 2001, p. 77).

Stela é uma mulher de 50 anos, auto declarada parda, que vive com a filha de 22 anos na comunidade de Campo do Banco. Durante toda a entrevista com Stela, feita numa quarta-feira à tarde, muitas histórias surgiram, mas isso não significa que foi simples falar sobre elas, pelo contrário, percebi que todas carregavam em si muito sofrimento. Algumas vieram à tona mais facilmente, outras começavam a surgir, mas logo eram silenciadas, demonstravam ainda a dor que era para aquela mulher contar aquelas histórias. Por mais que eu percebesse que havia também uma vontade de contá-las para mim, como um desabafo, muito embora Stela tenha deixado claro que não gostava de desabafar, percebi que ela ia e voltava sempre nos mesmos relatos, expressos de formas diversas. Então é sobre as histórias que Stela conseguiu falar que nos deteremos.

Entrevistei Stela em um salão de uma igreja católica da Várzea, usado pela USF como um espaço para atividades de promoção de saúde, sendo também o local de início de um grupo para atendimentos aos/às usuários/as com demandas de saúde mental. A constituição do grupo naquele momento ainda era embrionária e percebíamos que, embora a intenção da equipe de saúde fosse dialogar sobre questões relativas à saúde mental, a dispensação de receitas ainda predominava, na lógica do atendimento que também era realizado na unidade de saúde.

Entrevistadora: (...) a senhora vai no posto sempre?

Entrevistada: Vou.

Entrevistadora: Aí como é, quando a senhora vai para o posto, a senhora vai pra que?

Entrevistada: Geralmente... nesse posto aqui né? Pra pegar receita.

Entrevistadora: Pra pegar receita? E aqui, nesse espaço, é pra pegar receita?

Entrevistada: É. De manhã tem os hipertensos, e hoje, diabetes. Até hoje de manhã eu dei viagem perdida, agora à tarde é pra receita controlada.

Este “dar viagem perdida” é para qualquer mulher motivo de insatisfação. Tal como ressalta Izquierdo (1998), as mulheres possuem, na função de “donas de casa” (*amas de casa*), diversos afazeres e funções atribuídas socialmente a elas. Entendemos assim que tal perda significa a perda de tempo para efetuar tais atividades, que acabam, de toda forma, sendo realizadas pelas mulheres. Significa acumular atividades num espaço de tempo que já é por si só insuficiente, e assim, tal negação significa também a aquisição de situações estressantes, o que para as mulheres se somam a toda a carga emocional já acumulada ao desempenhar funções atribuídas a elas no âmbito doméstico.

É reconhecido às mulheres o direito a um trabalho remunerado, mas não se leva em consideração que para a integração a este trabalho, requisita-se também às mulheres uma organização da infraestrutura doméstica capaz de possibilitar a recuperação da força de

trabalho gasta pelas próprias trabalhadoras, além dos cuidados a seus dependentes diretos. No caso de Stela, a sua filha durante muito tempo dependeu diretamente dos cuidados de sua mãe e agora, aos 22 anos, começava a apoiar financeiramente e a cuidar mais diretamente das necessidades de Stela (IZQUIERDO, 2001).

Durante a observação no cotidiano e em conversas com outras usuárias da USF, era perceptível que aquele espaço não era entendido como uma ação de promoção da saúde mental, funcionando na verdade como um momento para dispensação de receitas. As/os usuárias/os, na sua maioria mulheres, organizavam-se sentadas/os à espera do atendimento, enquanto a médica ficava sentada numa mesa à frente atendendo aos/às usuários/as por vez. Percebemos a dificuldade que tanto a equipe como as pessoas da comunidade apresentavam em falar sobre saúde mental, diante do estigma que aquele assunto representava ainda e da pouca familiaridade dos profissionais com o tema. Tal constatação representa a necessidade de ações de apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O fato de o grupo de saúde mental ocorrer no espaço de um salão de uma igreja da comunidade possibilitava a interação das/os sujeitas/os no seu cotidiano, o lugar, acessível, agradável e amplo parecia aproximar as pessoas. Crianças brincavam e corriam pelo espaço do salão enquanto as mães conversavam entre si, aguardando serem chamadas para a aquisição das receitas. Em outras idas que fiz a este espaço, que sempre ocorria semanalmente no mesmo dia e horário, ia percebendo que a equipe profissional da USF se conectava mais com as questões de saúde mental trazidas pelos/as usuários/as e começava a propor rodas de conversa de forma mais interativa.

É preciso destacar a potência que ações como essas representam no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim como afirma Andrade (2015), a fim de superar a ideia de loucura e do louco, para a efetivação de espaços de cuidado consoantes com a proposta do processo de desinstitucionalização, devem-se produzir espaços que permitam o desenvolvimento de outros modos de subjetivação para as pessoas que sofrem, assim como para seus familiares e também os profissionais que cuidam, na perspectiva de superação da cultura manicomial.

Entrevistadora: Alguma vez teve alguma atividade aqui do posto, algum grupo, de conversa?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: A senhora tem costume de conversar com as pessoas? Com a agente de saúde, falar da sua vida pra ela, seus problemas pessoais, desabafar?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: É só uma questão mais médica?

Entrevistada: É, só isso mesmo, *não gosto de desabafar não*.

Entrevistadora: Mas a senhora sabe se existe algum grupo desses, de conversa?

Entrevistada: Não sei.

Stela entendia que estava ali para pegar receita de medicação controlada e, diante da correria de afazeres que vivenciava na sua vida, além do fato de já ter passado por diversos serviços de atenção à saúde mental, ela não parecia ter interesse de que aquilo fosse diferente, seu interesse era na medicação. Stela apresentava grande conhecimento sobre psicotrópicos, sabendo me dizer os nomes de medicações que tomava, inclusive às vezes referindo os miligramas.

Entrevistada: a médica disse que eu ia tomar para sempre, carbamazepina, amytril, teodazin, e outro aí que eu esqueci... é pra ataque.

Entrevistadora: Haldol?

Entrevistada: Haldol, é esse mesmo.

A medicalização da vida é algo que vem sendo discutida cada vez mais no debate da saúde mental. É realidade que existe uma dificuldade para alguns profissionais de, diante das inúmeras demandas colocadas no cotidiano, procurar entender e escutar as queixas dos/as sujeitos/as, o que mostra ser algo que precisa cada vez mais ser enunciado e problematizado. Mesmo que Stela tenha me dito que não gostava de desabafar com os profissionais, ela me contou vários episódios que carregavam em si sofrimento e eu me perguntava se, durante os atendimentos, ela também não poderia ter relatado isso aos profissionais e recebido um cuidado mais direcionado.

O ato de fazer perguntas e se questionar, aliás, foi, e ainda é, algo que me acompanhou durante todo o processo de construção da dissertação. Durante a pesquisa de campo, por diversas vezes me perguntei se a forma com a qual eu estava fazendo perguntas e entrevistando as mulheres era a correta, como se existisse um manual para fazer pesquisa, mas foi somente no processo de análise mais aprofundado, entendendo que a análise começa desde a inserção no campo, que percebi que poderia ter explorado ou perguntado mais sobre algumas respostas que recebi das mulheres.

No entanto, considero importante demarcar que diante do contexto no qual me encontrava, de saber que não poderia tomar muito tempo das mulheres, bem como da preocupação de ser invasiva ou de perceber que aquela mulher tinha dificuldade de falar sobre o assunto, que poderia relembrar uma situação de sofrimento ainda não trabalhada, percebi que não podia ir mais além do que já havia ido.

A saída que eu encontrava era que estava num espaço de saúde e, por muitas vezes, após desligar o gravador, continuava conversando e até orientando as mulheres a procurar os profissionais na unidade para atendimentos e encaminhamentos mais específicos, além de informar sobre outros serviços que conhecia para a busca de autocuidado, por exemplo, como o Centro de Práticas Integrativas da Várzea.

Ao conversar com Stela descobri que ela faz uso de medicação psicotrópica desde 2003. Stela me contou que adoeceu psiquicamente devido a preocupações com o trabalho. Tudo começou quando ela passou dificuldades no emprego, segundo ela, a empresa em que trabalhava estava em crise e Stela, com uma filha pequena para cuidar e tendo como auxílio financeiro na época apenas o apoio da renda da aposentadoria de sua mãe, começou a sofrer com a possibilidade de perder o emprego. Stela me relatou que começou a ter maus pensamentos, sentia medo e entrou num quadro depressivo.

Entrevistada: ... eu tinha muito medo de ficar parada, aí aquilo foi ficando na minha cabeça, na minha cabeça, aí acabei pirando de vez... Peguei uma depressão tão braba que eu não desejo pra ninguém!

Entrevistadora: A senhora teve depressão?

Entrevistada: Olha, eu escutava voz, via as coisas na minha frente...eu tava internada no hospital, eu pedia por tudo, porque no hospital eu via um cara entrando e dizendo que ia me matar... eu via ele entrando, assim, eu escutava, eu tava deitada e escutava, aí eu disse “peraí, vou dar um basta nisso, não aguento mais”, aí tomei 20 comprimidos, aí pronto, apaguei, carbamazepina de 400mg...

Entrevistadora: Já eram comprimidos que a senhora tomava?

Entrevistada: Era, aí eu tomei tudo de uma vez. Aí eu fui socorrida pelo carro da polícia, o carro passou bem na hora, eu fui saber disso muito tempo depois, o carro passou e me levou... aí pronto, de lá pra cá... (silêncio).

O sofrimento de Stela traduzido em delírio a levou à tentativa de suicídio. Ação esta que ela mencionou com espanto, foi então naquele momento que percebi que tal acontecimento ainda era para ela algo difícil de acreditar, embora demonstrasse ciência da gravidade de tal ato, Stela entendia como algo justificável, devido ao processo de sofrimento que experimentava.

O delírio de Stela também trazia a figura de um homem que a ameaçava de morte, essa figura masculina a atormentava de tal forma que as alucinações auditivas e visuais persistiram e numa ação desesperada Stela ingeriu 20 comprimidos de uma só vez. Essa experiência evidencia as violências cotidianas que geram sofrimento.

Stela atribui o início de seu adoecimento psíquico ao “medo de ficar parada” e, para além de uma questão financeira, esse medo vislumbra também o sentido que o trabalho tinha para esta mulher. O “ficar parada” resulta no desemprego e a simples possibilidade desse fato ocorrer levou Stela a um sofrimento angustiante.

O pai de sua filha em momento nenhum na entrevista foi mencionado, o que me levava a crer que o mesmo não parecia ter sido presente na vida de Stela para a criação da filha. A responsabilidade de cuidar sozinha de uma filha e também o fato de ter uma mãe idosa e de depender do apoio financeiro dela para seu sustento são pontos-chaves para entender a condição de existência de Stela.

Na minha compreensão, através do trabalho, Stela encontrava uma forma de sentir-se autônoma, capaz de exercer a maternidade, garantir as necessidades da filha e também de figurar como sujeita no mundo. Foi essa possibilidade de perda dessa capacidade que a fez sofrer. Nas entrelinhas do seu relato pude perceber como aquilo para ela foi desestabilizador.

Retomo novamente a reflexão sobre a desigualdade social no que diz respeito ao gênero. Como analisa Izquierdo (1998), embora existam mulheres com a dedicação exclusiva de “dona de casa”, a maioria das mulheres tenta se revezar entre a responsabilidade do cuidado com a casa e as responsabilidades familiares com um emprego.

Este cenário, já chamado de dupla jornada de trabalho, por Hirata e Kergoat (2007), ou também tripla jornada, por Santos (2009) e Araújo (2015), é entendido por Izquierdo (1998) como uma dupla presença/ausência, por produzir a inquietação de estar e não estar ao mesmo tempo em nenhum desses lugares requisitados e gerar, com isso, sofrimento e limitações no âmbito dessa situação.

Considerar as ausências que tais situações desencadeiam é, para Izquierdo (1998), evidenciar que a desigualdade social das mulheres possui um caráter estrutural, o que pode ser afirmado quando entendemos a importância do trabalho desempenhado no âmbito doméstico, pelas donas de casa, como um verdadeiro trabalho, e que, agregado à intensidade de exigências requisitadas a uma trabalhadora assalariada, impõe sofrimento às mulheres, justamente por requisitar uma contrapartida de ausência em cada presença solicitada.

Os episódios narrados por Stela, ao nos permitirem refletir sobre as relações entre o trabalho doméstico e o trabalho remunerado, exemplificam as dificuldades enfrentadas por uma mulher ao tentar desenvolver uma atividade laboral num contexto de desigualdade estrutural, porque não se incorpora no emprego a igualdade de condições em respeito aos homens (IZQUIERDO, 1998).

Também o conhecimento que Stela demonstra em relação à medicação seria uma forma de se entender e de se apoiar. Stela só contava com ela mesma. Não podia contar com

uma filha, ainda criança, nem com uma mãe já idosa. A tentativa de suicídio foi a única forma que ela encontrou de saída para uma situação de desespero e essa tentativa se deu pela medicação. Também a saída de tal sofrimento foi para ela através do uso e manutenção de psicotrópicos.

Durante a fase mais difícil de seu processo de adoecimento psíquico, Stela passou por diversos serviços de saúde, ela contou que foi internada no Hospital da Restauração por dois meses, depois disso foi encaminhada para atendimento ambulatorial e fez acompanhamento psiquiátrico durante um período na Policlínica Lessa de Andrade, mas Stela teve outra crise forte e foi internada durante aproximadamente 45 dias no Hospital Getúlio Vargas.

Entrevistada: Olhe, dentro de um ano eu fui internada umas quatro vezes, depois deu hemorragia...

Entrevistadora: Deu hemorragia?

Entrevistada: Foi, vaginal, tive que fazer uma cirurgia.

Entrevistadora: Mas a senhora sentia o que? Continuava escutando vozes, era isso que lhe deixava ansiosa?

Entrevistada: Era, escutando voz...

Entrevistadora: Como eram essas crises?

Entrevistada: Me dava ataque, começava, começava, começava, daqui a pouco tava...

Stela tenta me contar o que lhe acontecia, mas percebo que ela começa a não querer mais falar sobre o assunto, talvez pelo fato de que relembrar tudo que passou fosse para ela difícil, ou também por não conseguir colocar em palavras os sentimentos que viveu, ou ainda por não se sentir à vontade comigo. O que se pode entender é que para ela, passar por tantos serviços com significativos períodos de internações, tendo toda uma vida para gerir, responsabilidades com uma filha e ainda num contexto de vida marcado por dificuldades financeiras, tudo isto representou um conjunto de experiências de sofrimento que até hoje marcam sua condição de sujeita.

Embora, à primeira vista, a ocasião do trabalho não possa evidenciar uma situação explícita de violência, quando ampliamos o entendimento acerca da inserção da mulher no mercado de trabalho, considerando os posicionamentos e jogos de poder feitos diante da divisão sexual do trabalho, podemos concluir que a questão de classe se relaciona diretamente com as expressões do desemprego e suas mazelas sociais. O adoecimento na forma de sofrimento psíquico das mulheres nada mais é do que uma violação dos direitos humanos das mulheres, que nega a vida digna e as coloca em situações de risco e de violência.

Podemos perceber que a preocupação com o trabalho foi para Stela o fator motivador da crise psíquica, resultando em uma variedade de buscas a distintos serviços de saúde.

Curiosamente, os serviços que Stela foi encaminhada e atendida são marcados majoritariamente por práticas de recuperação da saúde e não de promoção e prevenção. Desse modo, Stela recebeu intervenções medicamentosas durante todas as suas internações, carecendo de espaços para falar sobre a experiência do sofrimento. Chegou a participar de um Centro de Atenção Psicossocial, mas para Stela, as internações foram as que pareciam ter mais significado.

Entrevistadora: A senhora já chegou... a senhora sabe o que é um CAPS, já ouviu falar do CAPS?

Entrevistada: Eu me internei no CAPS.

Entrevistadora: Já foi usuária de CAPS?

Entrevistada: Já menina, onde tiver hospital de doido eu já fui...

Entrevistadora: (Risos) Não...

Entrevistada: Eu me internei no CAPS.

Entrevistadora: De onde?

Entrevistada: Da Iputinga.

Entrevistadora: Da Iputinga?

Entrevistada: Pronto. Todo dia... meu primo me levava e de tarde ia me buscar, a semana todinha, agora eu dormia em casa...

Stela continuava dizendo que não gostava de desabafar, para ela o CAPS era um hospital também, um “hospital de doido”, para Stela, mesmo que dormisse em casa, indo para o CAPS ela estava numa internação, em mais um espaço para pegar a medicação. Fiquei me perguntando se Stela participou ou não de algum espaço de cuidado que, para ela, extrapolou a intervenção medicamentosa, mas percebi que ela não queria mais falar sobre, então encerramos o assunto.

Sobre a questão da violência, quando perguntei sobre como Stela concebia esse fenômeno e se ela se sentiu alguma vez colocada numa situação de violência, ela me respondeu que, em 2014, passou por uma situação que para ela foi extremamente marcante e que gerou sofrimento. Stela referiu então o episódio de um assalto sofrido por ela enquanto cuidava da *lan house* da filha. Essa experiência foi para Stela assustadora e ela me relatou o ocorrido:

Entrevistada: Foi triste, não sei nem porque eu tô aqui hoje.

Entrevistada: Eu tinha uma lan house ali na avenida, a lan house era da minha menina, mas eu tomava conta, aí chegou um rapaz e botou o revólver...

Entrevistadora: Perto da sua casa?

Entrevistada: Dentro da minha casa, aliás, dentro da loja, eu tava na loja, sentada com os computadores, ele entrou, simplesmente, como uma pessoa que vai acessar a internet, quando ele entrou botou o revólver aqui e disse “fulano, fecha a porta”, não tinha ninguém no momento, só tava eu, e ele disse “vá, se não tiver dinheiro a senhora vai ver”, te juro, com o revólver na minha cabeça, aí eu tava com 100 conto na bolsa, aí ele levou esses 100 conto, meu celular e pronto, fez um ano...

A violência urbana, embora seja um fenômeno corrente na atualidade, ainda é pouco problematizada sob a perspectiva da saúde mental, sendo mais estudada pela sociologia. Para

Pedro Delgado (2012) refletir sobre a violência urbana e seus impactos psicossociais na saúde mental dos/as sujeitos/as ainda representa uma lacuna significativa, superar essa lacuna é um caminho de ajuda na reflexão a respeito de intervenções para o cuidado dos/as usuários/as.

Entrevistada: Na hora, quando aconteceu, minha menina chegou lá, fui pra delegacia, fui pro médico também que eu passei mal.

Entrevistadora: Passou mal?

Entrevistada: Passei mal, no dia do assalto, passei mal porque eu tomei tanta dura de um deles... Eu já tive uma depressão tão grave, mas tão grave que eu tomei 20 comprimido, fiquei em estado de coma, pensei que ia parar na UTI...

E Stela volta a falar na depressão e na tentativa de suicídio, mesmo que ela não enuncie essa última como tal. Embora Stela refira esse episódio de violência urbana como a única situação de violência que vivenciou diretamente, durante a entrevista ela apontou outro caso que gerou descontentamento e que podemos entender como uma situação de violência institucional, quando também em 2014, Stela teve um atendimento negado por um profissional da USF.

Entrevistadora: O que é que a senhora acha do posto de saúde?

Entrevistada: Tenho nada contra

Entrevistadora: A estrutura lhe agrada?

Entrevistada: Horrível!

Entrevistadora: Horrível?

Entrevistada: Horrível! Até o espaço! Como eu disse ali, não sei se você tava no momento, algumas vezes eu fui constrangida no atendimento.

Entrevistadora: Unrum

Entrevistada: A médica não tem nada a ver, foi um funcionário aí, não me deixou ser atendida.

Entrevistadora: Não deixou a senhora ser atendida? Por quê?

Entrevistada: Faz tempo, isso foi ano passado. Eu tava com conjuntivite, uma doença... aí eu precisava de um atestado pra não ir trabalhar, né isso? Porque a gente não pode trabalhar com conjuntivite, até porque é transmissível.

Mais uma vez o trabalho aparece como pano de fundo, a negação do atendimento seguida da obrigação de trabalhar, por não ter conseguido um atestado médico, foi para Stela constrangedora.

Como aponta Benlloch (2003), a ausência de espaços de fala para as mulheres nos serviços de saúde mostra a invisibilidade das tarefas “não produtivas”. Perpetua-se, assim, a violência institucional na operacionalização das políticas, na medida em que não ocorre a disponibilidade de ações intersetoriais capazes de visibilizar e significar as queixas das mulheres. A violência traduz-se nessa incapacidade de escuta somada à sensibilidade das questões de gênero no desenvolvimento de atividades laborais, expressas no esforço e estresse que é gerado na tentativa de conciliar a vida familiar com o trabalho.

Ao falar sobre violência contra a mulher Stela me relatou uma violência sofrida por sua filha, que resultou em queixa na delegacia:

Entrevistada: Ele chegou a dar uma tapa na minha menina, esse camarada.

Entrevistadora: E foi? Por quê?

Entrevistada: Uma banalidade... ele é esposo do padrinho dela, só que ele não é o padrinho dela, porque os dois não podem ser padrinhos. Aí a gente tava indo numa festa, aí tinha condições... condução pra levar e pra buscar, aí nisso misturou tudo, só que eu tava no meio da multidão procurando ela, só que não sabia que ela já tava na fila pra entrar, aí ele falou “entra que a gente vai embora”, ela disse assim “não, mas tem que esperar minha mãe. Abra, abra que eu vou descer, eu fico sozinha mas vou esperar minha mãe”, aí ele foi e deu um tapa nela.

Entrevistadora: Sem motivo?

Entrevistada: Sem motivo, só por isso. Aí a gente deu parte aqui na delegacia da várzea, foi pra fazer corpo e delito, foi provado, aí ele pagou num sei quanto de cesta básica...

Entrevistadora: Aí a senhora foi só na delegacia, fez o corpo e delito... procurou algum serviço de saúde?

Entrevistada: Não.

Para Stela a violência contra a mulher é algo que não deveria acontecer, sendo definido por ela como “algo errado”, ela me disse ainda que não é um assunto que é muito tratado na comunidade e que, ao seu ver, as mulheres não procuram a unidade de saúde caso estejam sofrendo algum tipo de violência.

Tal percepção revela uma problemática apontada pelos estudos de Guedes, Silva e Fonseca (2009), a respeito da necessidade de ampliação dos espaços de debate e o rompimento do modelo tradicional de assistência na saúde, tendo em vista que a violência compromete o processo saúde-doença das mulheres e requer práticas de cuidado que potencializem a liberdade e autonomia dessas sujeitas. Considerando também suas distintas demandas diante de seus contextos culturais, sociais, familiares e econômicos.

Dessa forma, podemos entender que o sofrimento psíquico, na experiência de Stela, é fortemente marcado pelas exigências de manutenção econômica através da prática do trabalho. A ameaça da perda do emprego foi em diferentes episódios de sua vida determinante para sua condição de adoecimento. Constrangimento, medo e indignação foram algumas das nomeações que ela utilizou para expressar as emoções que sentiu durante o relato sobre os episódios marcados por violência e sofrimento psíquico.

Ao mesmo tempo as responsabilidades de cuidadora e de manutenção da casa e da família através das atividades domésticas persistem para essa sujeita como fator motivador de sofrimento, simbolizado através da depressão pela qual Stela foi acometida. No próximo tópico tentarei explorar um pouco mais sobre a função de cuidadora e sua relação com o sofrer, a partir de episódios trazidos por outra interlocutora.

6.2 Quando o cuidar traz o sofrer e a recíproca também é verdadeira: repercussões da responsabilização da mulher como cuidadora familiar.

Rótulos diagnósticos são, para nós, de significação menor, e não costumamos fazer esforços para estabelecê-los de acordo com classificações clássicas. Não pensamos em termos de doença, mas em função de indivíduos que tropeçam no caminho de volta à realidade cotidiana.

(Nise da Silveira - O mundo das Imagens, 1992, p. 21).

A segunda mulher que entrevistamos é Nise, uma mulher negra, com 25 anos de idade e moradora da comunidade de Brasilit. Nise é casada e tem uma filha. A entrevista foi feita numa sala da USF de Brasilit, disponibilizada pela equipe para a realização da nossa pesquisa e mediada por um pesquisador da nossa equipe.

Inicialmente, Nise nos contou que ela não tinha o costume de ir à USF, para ela, a demora no atendimento e a espera na recepção, além do fato de sentir que outras pessoas passavam na frente dela para o atendimento, era o motivo de preferir não ir comumente à unidade. Mais uma vez, a perda de tempo se mostra como um fator estressante, assim como vimos no caso de Stela. Como podemos ver no seguinte relato, Nise nos fala sobre as suas impressões quanto à espera na recepção da USF:

Entrevistador: E o que é que tu acha aqui do posto de saúde de forma geral?

Entrevistada: O que eu acho do posto assim é... a falta de organização ali no atendimento.

Entrevistador: Na recepção?

Entrevistada: Isso. Porque a gente vai chegando e as pessoas vai passando na frente da gente, nem pergunta nem quem é primeiro nem o último.... Mas o atendimento é bom aqui, eu gosto.

Entrevistador: Dos profissionais...

Entrevistada: É...

Entrevistada: Assim... porque... que nem eu falei é por falta de... de... o atendimento ser... ruim.

Entrevistador: Unrum

Entrevistada: Porque não tem necessidade da gente chegar aqui e passar um tempão pra poder ser atendido, e... e... as pessoas chegar assim, chegar na frente da pessoa, a gente chega, tá na vez e a pessoa chega na frente da gente e a gente fica lá mofando...

Entrevistador: Sei

Entrevistada: É em relação a isso, é por isso que eu não gosto muito de vir ao posto, é por conta disso.

Nise nos disse que não tinha o costume de ir aos atendimentos na USF, sendo isso para ela um acontecimento raro, quando ia era porque ela realmente precisava, e sobre esse “realmente precisar” descobrimos que na verdade significava que Nise ia por demandas de saúde de outras pessoas da sua família e não por demanda de saúde própria.

Entrevistador: E... e as outras pessoas da tua família?

Entrevistada: A minha família?

Entrevistador: Sim, como é a vinda delas pro posto de saúde? Elas também vêm? Vêm muito? Vêm pouco? Não vêm?

Entrevistada: A gente num... Eu assim, só venho quando é caso de algum problema assim de saúde, né? Aí eu venho. Mas a família da gente é assim muito sadio, aí, é muito raro... *eu vim procurar o posto hoje por conta de que um sobrinho tava... tá se tratando de tuberculose aí eu vim por conta disso também, e da saúde da minha menina* que ela tá com o coração acelerado aí eu peguei e vim pro posto, mas é muito raro.

Entrevistador: Muito raro né?

Entrevistada: *E também assim às vezes eu só venho... porque a médica vai ver minha mãe em casa porque ela é acamada.*

Entrevistador: Sim

Entrevistada: Aí... é muito raro eu vim aqui, só pra mim buscar assim... fralda ou algum medicamento pra minha mãe, mas pra... assim pegar ficha pra ser atendido por médico eu num venho não, já por conta do atendimento aí fora que é horrível, mas os médico me trata bem.

De imediato podemos entender que Nise é uma mulher que tem responsabilidades de cuidado com alguns de seus familiares, com os mais novos, como a filha e o sobrinho, e especialmente com a sua mãe que, idosa e acamada, requisita cuidados mais específicos, diante de sua enfermidade.

Izquierdo (2003), ao abordar os custos e benefícios do cuidado, convida-nos a refletir sobre a socialização do cuidado através da consideração de que a divisão sexual do trabalho é um modo de produção e também de socialização e subjetivação que segue padrões de gênero.

A divisão sexual do trabalho constrói a subjetividade feminina em direção ao cuidado e coloca as mulheres no terreno do particular. A noção de que o cidadão é concebido em sua individualidade, que seria fruto de um processo histórico com mecanismos de socialização em níveis elevados de suficiência e sofisticação. Essa ideia de conquista da liberdade individual remete à autonomia, à ideia de que somos autônomos, donos de nossas próprias vidas, que não necessitamos nos submeter aos imperativos sociais e que não dependemos de ninguém para nos mantermos (IZQUIERDO, 2003).

Esta concepção é, no entanto, apesar de libertadora e fundante das bases democráticas, incompleta. Izquierdo (2003) questiona: como manter viva a ideia de que o cidadão é um ser autônomo, autossuficiente e livre de ataduras? A própria autora responde que através da reconstrução da coletividade, ao invés do individualismo, nas micro relações, da valorização do sentimento de pertencimento na família, do vínculo e da responsabilidade mútua entre os seus componentes, seria possível estreitar laços e estabelecer relações solidárias. No entanto, num contexto de desigualdade estrutural, presente na socialização do cuidado, somos levados

a crer que tal possibilidade só será possível através da ampliação da própria luta das mulheres, em direção à superação da desigualdade de gênero.

Hirata e Kergoat (2007) ao abordarem a gênese do conceito de divisão sexual do trabalho nos oferecem uma percepção acerca dessa problemática ao mostrar que as mulheres efetuam um trabalho não pago que é desempenhado para a manutenção de outras pessoas e não simplesmente para elas mesmas. Esse trabalho é invisível e lhes é atribuído sob a máscara do amor e da maternidade. Através da luta feminista e da tomada de consciência desse modo de opressão das mulheres que o problema se torna um questionamento coletivo e também uma indignação de que esse “trabalho” seja-lhes atribuído e não reconhecido.

A divisão sexual do trabalho, como forma de divisão do trabalho social entre homens e mulheres é, portanto, um modo formulado historicamente de manutenção das necessidades básicas e de sobrevivência das relações sociais entre estes. Tem como princípios³¹ organizadores a separação entre o trabalho desempenhado pelas mulheres e o desenvolvido pelos homens e o princípio hierárquico, que pressupõe uma valoração maior ao trabalho feito pelo homem do que o da mulher (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Izquierdo (1998) aponta que as condições familiares facilitam ou dificultam as relações de trabalho e, inversamente, estas últimas dificultam as familiares. Assim, podemos perceber que a construção social do lugar da mulher como cuidadora da família também pode causar sofrimento.

O esquema da divisão de trabalho por gênero, presente na vida de Nise, apenas nos reafirma os apontamentos de Diana Brown (2010), a respeito de narrativas de mulheres com as obrigações de cuidar de outras mulheres idosas em Florianópolis – SC, principalmente sobre a predominância de mulheres na principal função de cuidado de idosos doentes e o sofrimento, entendido pela autora como “aflições”, que resulta deste cuidado.

As mulheres estão a cargo do cuidado com a higiene da casa, da preparação dos alimentos, da lavagem de utensílios domésticos e de roupas e do cuidado com os/as filhos/as pequenos/as e também com as pessoas mais velhas. E a respeito destas últimas, socialmente recai a expectativa de que as mulheres sejam “filhas” para os seus pais, e assim, sejam as principais cuidadoras das pessoas idosas doentes (BROWN, 2010).

³¹ Tais princípios não são fixos, segundo Hirata e Kergoat (2007) a divisão sexual do trabalho tem também o princípio da plasticidade, uma vez que a divisão sexual do trabalho varia no tempo e no espaço.

Ainda conversando com Nise sobre a unidade de saúde e suas impressões na qualidade de usuária, percebemos que Nise, embora tivesse algumas críticas quanto à organização da USF, fruto de algumas experiências que para ela não foram satisfatórias, elogiava o atendimento profissional, principalmente de uma médica da unidade, com a qual ela demonstrava ter certo vínculo.

Entrevistador: E tu costuma trazer questões da tua vida pessoal nesses atendimentos? Mesmo sendo uma vez perdida que tu vem? Tu costuma falar mais da tua vida pessoal?

Entrevistada: Eu falo mais com a doutora?

Entrevistador: Com a médica? Tu se sente bem pra falar, assim, não só da dor que tu tá sentindo, mas de alguma situação que tu tá passando em casa, alguma coisa... isso tu costuma fazer?

Entrevistada: Eu costumo falar mais com a médica

Entrevistador: Só com a médica? Sim. E como é que tu acha que ela recebe isso assim? Quando tu fala como é que ela reage?

Entrevistada: Ela reage como se ela fosse uma psicóloga... me dando conselho.

Entrevistador: Sim.

Entrevistada: Me informando assim... por isso tudo que eu passo na minha vida...

Entrevistador: Sim.

Entrevistada: Ela me chama também pra eu participar dum... dum grupo de ... de pessoas que fazem... é... assim que ficam conversando. É porque eu não entendo não, que eu muito mal venho no posto...

Entrevistador: Sim, mas ela te falou que tem um grupo...

Entrevistada: Que eu poderia participar pra melhorar, como se eu tivesse uma depressão.

Esta cena nos diz muito, principalmente quando questionamos de que lugar nós estamos falando, percebemos que se refere a um lugar onde a saúde seja central, independentemente da classificação em transtornos mentais ou em qualquer outro tipo de doença. Faz-se necessário pensar sobre quais as redes que se envolvem na trama das várias relações e necessidades das mulheres. Ao problematizar a saúde na atenção primária, para além das demandas mais comuns, entendemos que o atendimento dessa médica e o estabelecimento de vínculo com a usuária nos afirma a certeza que podemos ter ao apostarmos e defendermos a perspectiva da clínica ampliada.

Segundo Campos (2001), a clínica ampliada permite aos profissionais identificar as demandas concretas das/os usuárias/os. Assim, a escuta dessa médica para com Nise e o seu chamado para participar de um grupo de fala, mostra-se como potencial e significante, pois mesmo que Nise não compareça ao grupo, ela sabe que tem uma médica que lhe atenderá em momentos de sofrimento.

O chamado para que Nise participe de um grupo, para além do atendimento individual, que é pontual, já que Nise diz não ir muito às consultas, reflete uma ação que deve cada vez mais ser ampliada e instigada nos serviços da atenção primária, já que significa que um

profissional parou para ouvir as queixas de uma usuária e indicou alternativas de cuidado diante dessa queixa.

A fala de Nise também nos chama a atenção para a comparação da prática da médica que lhe atende à postura profissional de um psicólogo. Percebemos que Nise se referia à escuta, ao fato de que a médica ouviu suas questões e conversou com ela sobre elas, em certa medida a informando e refletindo junto com ela sobre suas experiências. Assim, podemos nos questionar como os profissionais da atenção primária podem atuar no sentido de transformação, atentando-se também para as questões subjetivas trazidas pelas/os usuárias/os.

A entrevista com Nise traz à tona também o debate sobre o tema da depressão. Vimos que Nise, questionada sobre a sua avaliação na USF já enuncia o tema da depressão, sem se deter nele. Esse tema é então trazido novamente, quando a questionamos sobre a situação de violência, no entanto, desta vez, a depressão vem à tona sendo narrada como algo familiar a Nise, como podemos ver a seguir:

Entrevistador: Tu acha, por exemplo, que uma mulher que sofre violência é mais fácil dela ter uma depressão?

Entrevistada: Depende porque... *tem muitas que não fica com isso na cabeça, e tem outras que já fica, um trauma...*

Nise, ao diferenciar as mulheres e seus sofrimentos diante de uma situação de violência, considera as singularidades nesse aspecto. Ela deixa claro que a depressão é algo sério, é algo que “martela” na cabeça, podendo ser decorrente de um trauma. Assim como nos diz Barus-Michel e Camps (2003), Nise se refere ao trauma como uma marca, como algo que se relaciona diretamente com a violência, na medida em que machuca e traz sofrimento.

Essa narrativa exemplifica-nos claramente o emaranhado de redes entre os campos de estudo dos quais esse trabalho de dissertação se deteve. Como nos disse Nise, não significa generalizar, nem pensar que a violência causa depressão ou vice-versa. Por mais que seja difícil, é preciso superar a tendência a procurar uma situação de causa-efeito, mas entender que a opressão sofrida pelas mulheres é perpassada por relações desiguais e que essa desigualdade produz, explicitamente ou não, violências e sofrimento.

Significa pensar que a violência contra as mulheres diz respeito a uma problemática maior, a da desigualdade social das mulheres que, marcada pela desigualdade de gênero, por si só pressupõe a violência. Refletir sobre as complexidades destas relações, buscar alternativas para minimizar seus efeitos de adoecimento, bem como a promoção do bem-estar

das mulheres é tarefa da saúde, a qual é responsabilidade do Estado, dos profissionais e também da comunidade.

Entrevistador: Sim. É... O que é que tu sabe sobre depressão, por exemplo?

Entrevistada: *O que eu sei de depressão é a pessoa quando fica triste, fica no canto chorando... se recua das pessoas. Eu acho que deve ser isso.*

Entrevistador: Tu conhece alguém que já teve depressão?

Entrevistada: *Eu não conheço ninguém que teve não, mas eu tenho (risos)... depressão.*

Antes de dizer que ela mesma sofria de depressão, Nise explica o que para ela seria essa doença, para ela, a depressão deixa as pessoas tristes e isoladas. Tristeza, choro e isolamento são as características ressaltadas por Nise para definir a depressão. O riso nervoso ao assumir que tem depressão e a afirmação de que não conhece ninguém que tenha a doença contrasta com a tristeza trazida por Nise como marca da depressão. Nise não conhecia ninguém que tinha depressão, a não ser ela mesma.

Entrevistador: Tu pode me falar um pouco? Se quiser, se se sentir confortável, se não quiser, não precisa.

Entrevistada: A minha depressão é por conta da minha família, que... eu moro... eu tomo conta da minha mãe e... sozinha e..., e as outras pessoa não... não ajuda, outras pessoas da minha família não ajuda, aí fica um peso muito grande pra mim, eu me sinto cansada, é... com problema também... na cabeça, assim, como se fosse um distúrbio, sei lá, que as vezes eu fico pensando em ir-me embora, muitas vezes já pensei de me matar, é... de abandonar tudinho e ir-me embora... Às vezes eu fico chorando também nos cantos, sozinha e... aí vem também meu marido que se separou de mim, vai fazer um ano e seis meses, veio embora e depois voltou, e voltou com aquele ciúme e... exigindo muita coisa de mim, aí eu fico também com vontade de ir embora por causa que... o tempo... os anos que já faz que eu cuido da minha mãe

Entrevistador: Unrum

Entrevistada: Aí perturbou muito meu juízo, aí quando ele vem com esses problemas aí me prejudica a minha mente, fica muito, sei lá, feito um distúrbio na mente me dá vontade de ir embora, de abandonar tudo, por conta da pressão.

Mais uma vez nos deparamos com uma situação de opressão que mescla com a responsabilização do cuidado. O cansaço ao cuidar sozinha da mãe, por não ter apoio de outros familiares para dividir essa atribuição, que também é uma necessidade, na medida em que a mãe de Nise requer cuidados específicos devido à idade e ao adoecimento. Novamente a divisão sexual do trabalho aparece como um modo promotor de subalternidade, não deixando alternativas para uma mulher que, sem apoio, não consegue sair de sua lógica de aprisionamento.

O que sobra para Nise é o choro, um choro não compartilhado com ninguém, feito pelos cantos da casa, para que a mãe nem sua filha a vejam. Nise se sacrifica por sua família e sua vida é deixada de lado, não podendo exercer atividades prazerosas e nem de cuidado consigo mesma.

Ao mesmo tempo, Nise sofre com as pressões feitas pelo marido, que segundo ela, já saiu de casa uma vez. Não entramos no mérito da separação e da volta do marido, nem precisava, a história de Nise já nos explicava novamente a explicitação da desigualdade de gênero e da relação conflituosa. O esposo a deixa e volta reivindicando poder, dotado de ciúme, o qual aparece na narrativa como causador de sofrimento e da vontade de Nise de “ir embora” e largar tudo. Vontade já anunciada quando Nise falava do peso que é o ato de cuidar sozinha da mãe.

O desejo de ir embora aparece na narrativa de Nise e nos relembra a história de Stela, que tentou suicídio como uma alternativa para acabar com o sofrimento. Nise nos conta que, por várias vezes, já pensou em se matar. O “ir embora” para Nise não é apenas sair de casa, mas sim acabar com sua própria vida, o que vislumbra o sofrimento vivido por ela durante tanto tempo.

O fardo de ser a cuidadora exponencial da família, de se sentir só, de ter obrigações com a filha, de sofrer exigências do marido e acusações geradas por ciúmes, o tempo que ela diz já sofrer, tudo isso se traduz para ela em “distúrbio”. A depressão é sintoma de sua experiência de sofrimento e da pressão que recebe de todos os lados.

Quando perguntamos sobre violência Nise disse não conhecer ninguém que tenha sofrido nem se identifica como tal, mas não podemos ignorar que Nise é uma mulher em situação de violência. A violência psicológica e moral são as mais evidentes, tanto no relato sobre o agir do marido sobre ela, como pela falta de apoio da família em não compartilhar suas atribuições de cuidadora e ainda exigir dela que desempenhe sempre tal função.

Entrevistador: E foi essa pressão de cuidar da tua mãe...

Entrevistada: Do marido.

Entrevistador: De exigência do marido...

Entrevistada: Dizendo que eu tenho um... que eu... apareceu assim dizendo que eu tenho homem, que quando eu vou pra cidade é pra arranjar homem, eu digo: meu Deus do céu! Eu expliquei a ele que eu não quero ninguém, não quero ninguém na minha vida porque eu fiquei com trauma que ele foi embora... aí eu fiquei pensando assim eu acho que todo homem vai fazer isso comigo, eu num quero não, não quero... prefiro mil vezes morar só. Aí a minha depressão eu acho que deve ser isso.

Nise foi acusada pelo marido de “ter outro homem”, para além de uma ação de ciúme, esse caso exemplifica uma situação de violência, principalmente a partir do pressuposto de que o marido se apodera do corpo de Nise, de onde ela vai ou deixa de ir. Representa a tentativa que esse homem opera de regular Nise, se ela não pode nem ir à cidade, sem que seja acusada de traição, que dirá tantas outras regulações Nise não viva no ambiente do lar.

O ciúme aparece como uma característica do relacionamento de Nise, mas comumente é apontado como um dos motivos para a ocorrência da violência doméstica em casos explorados em outros estudos, como por exemplo nas pesquisas de Schraiber et al (2003), Leila Deeke et al (2009), Zélia Melo et al (2009) e Cláudia Lamoglia e Minayo (2009). Segundo Deeke et al (2009), o fator ciúme foi caracterizado pelas mulheres entrevistadas pela desconfiança do homem em relação à fidelidade da mulher, gerando discussões e episódios de violência.

No caso de Nise, o ciúme e a desconfiança do marido se somam a todas as outras questões que a trazem sofrimento. Nise fica presa a casa, à sua função de cuidadora, não só da mãe e da filha, mas também do marido. As imposições que ela sofre são expressões da hierarquia de gênero e o fato de ela ainda tentar se explicar para o marido, como ela refere fazer, explicitam ainda mais a situação de desigualdade e subalternidade imposta às mulheres na condição em que são colocadas como sujeitas frágeis, manipuláveis e que devem ser subordinadas.

A ideia de apropriação surge tanto na atribuição de Nise como cuidadora familiar, responsável pela manutenção da casa e da sobrevivência de familiares dependentes como na sua posição de esposa, com um marido que impõe a forma como ela se comporta no mundo, os lugares que frequenta e também requer explicações, em nome da manutenção do casamento.

Guillaumin (2014) afirma que existe uma apropriação material do corpo das mulheres pelos homens, esse domínio do corpo se apropria da força de trabalho das mulheres que, no âmbito do trabalho doméstico, não é paga. Envolve uma apropriação do tempo pelo “contrato” de casamento quando se trata da esposa, mas também a apropriação geral da classe das mulheres de todas as mulheres na qualidade de mães, avós, tias, filhas, irmãs etc.

Além da apropriação do tempo, opera-se: 1) *a apropriação dos produtos do corpo da mulher*, a exemplo dos filhos e da ausência da escolha sob a contracepção e da possibilidade de aborto, para a maioria das mulheres; 2) *a obrigação sexual*, principalmente no casamento; e 3) *o encargo físico dos membros do grupo*, uma vez que as mulheres efetuam tarefas, fora da relação salarial, atribuídas exclusivamente a elas de assegurar a manutenção corporal, material e afetiva de outros/as sujeitos/as (GUILLAUMIN, 2014).

Toda essa apropriação, ainda para Guillaumin (2014), tem efeitos na individualidade. Uma individualidade que, assim como nos mostram os episódios narrados por Nise, é esquecida, deixada de lado, em detrimento de outras.

Falar da manutenção material de corpos é dizer pouco, pois se trata de evidências enganosas que acreditamos conhecer. De fato, o que dizer “manutenção material física”? Em primeiro lugar, uma presença constante. Não há relógio de ponto aqui, mas uma vida na qual todo o tempo é absorvido, devorado pelo cara a cara com os bebês, as crianças, o marido; e também com pessoas idosas ou doentes. Cara a cara, pois seus gestos, suas ações retêm a mãe-esposa-filha-nora ao redor deles. Cada um dos gestos desses indivíduos é repleto de sentido para ela e modifica sua própria vida a cada instante: uma necessidade, uma queda, um pedido, uma acrobacia, um partida, um sofrimento a obrigam a mudar sua atividade, a intervir, a preocupar-se com o que é preciso fazer imediatamente, com o que será preciso fazer a alguns minutos, a tal hora, esta noite, antes de tal hora, antes de partir, antes da chegada de Z... Cada segundo de tempo – e sem qualquer esperança de ver essa preocupação acabar em uma hora estabelecida, mesmo durante a noite –, ela é absorvida por outras individualidades, desviada para outras atividades diferentes daquelas que estão em curso. (GUILLAUMIN, 2014, p. 45-46, tradução de Maira Abreu, Jules Falquet e Renato Aguiar).

A individualidade é recusada a Nise e a tantas outras mulheres, tão priorizada pela defesa da vida privada, ela é transmutada no seio da própria família, devendo ser diluída, material e concretamente, a outras individualidades. A requisição constante de cuidado e o confronto com a apropriação sob os seus corpos e vidas priva a saúde mental das mulheres e as coloca, ao mesmo tempo, vulneráveis às violências (GUILLAUMIN, 2014).

Neste sentido, tendo já conversado sobre as implicações dos lugares socialmente atribuídos às mulheres na função de cuidadora e sua relação com o trabalho, seja nas narrativas de Nise ou de Stela, procuraremos nos deter agora nesta terceira e última seção na discussão sobre o/a sujeito/a da saúde mental, na sua relação com as questões de gênero, questionando a noção de sujeito genérico e universal.

6.3 Quando o sofrimento da mulher é ouvido: como a discussão da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde pode fornecer alternativas?

Nós, mulheres despojadas, sem ontem nem amanhã, tão livres que nos despimos quando queremos. Ou rasgamos os vestidos (o que dá ainda um certo prazer). Ou mordemos. Ou cantamos, alto e reto, quando tudo parece tragado, perdido. (...) Nós, mulheres soltas, que rimos doidas por trás das grades — em excesso de liberdade. (...)
(Maura Lopes Cançado, *O Hospício é Deus*, 1979, p. 78).

A entrevista de Maura foi para mim uma das mais difíceis e ao mesmo tempo mais agradáveis de fazer. Ela gerou sentimentos e discussões diversas no grupo de pesquisa e hoje,

olhando para ela, posso dizer, que embora aparentemente simples, foi a que propiciou reflexões mais complexas, por ter requerido um esforço maior para que se desenrolasse desde o primeiro momento.

Maura foi uma das primeiras mulheres que entrevistamos, uma mulher de 58 anos, negra, divorciada, com três filhos e aposentada. Atualmente mora só com dois filhos na comunidade de Campo do Banco. A entrevista ocorreu no espaço do salão da Igreja da comunidade. Nesse dia eu tinha ido e observado o grupo de saúde mental pela terceira vez com uma colega pesquisadora.

Chamou-me a atenção o desenrolar do grupo, na tentativa de iniciar uma discussão sobre saúde mental, uma das profissionais da ESF no grupo de saúde mental da unidade tentava explicar o que era a loucura para os/as usuários/as.

Vocês que estão aqui não são loucos, louco é quem está no hospício, amarrado com camisa de força, aquele que não pode sair na rua, não vocês. O que a gente quer é que vocês entendam a importância de tomar a medicação pra ficar com a cabeça boa. Porque se vocês fizerem isso, não vão ficar com preocupações, vão ficar com a mente sã. (Anotação do diário de campo).

Recordo que o relato acima de imediato me causou espanto, entendi que a profissional tentava ser clara para os/as usuários/as, usando uma linguagem acessível, no entanto, a concepção que ela tinha de loucura e de saúde mental me chocou. Percebi que a profissional que coordenou este grupo naquele dia não tinha uma visão ampliada sobre a saúde mental e, como forma de acolher os usuários ali presentes, na tentativa de negar o estigma para os mesmos, acabava por reproduzir a figura do louco como alguém que ainda deve ser amarrado e preso num hospital psiquiátrico, numa noção que é amplamente combatida pelo movimento da Luta Antimanicomial e pelo processo de desinstitucionalização.

Vale lembrar que essa fala era direcionada às pessoas que iam à unidade de saúde para buscar receita de medicação psicotrópica, e como nos foi dito em outra visita por um dos profissionais idealizadores do grupo, a tentativa de unir usuários/as enquanto ele/as esperam sua vez de atendimento para a revisão da receita, era uma estratégia que a unidade traçava, no intuito de ir além da dispensação de receita, de estabelecer um vínculo com estes/as sujeitos/as e incluí-los/as em um grupo para discutir questões da vida cotidiana que causavam sofrimento, questões, portanto, de saúde mental.

Durante o grupo nos apresentamos e convidamos os presentes a participar da nossa pesquisa. Após o grupo, Maura veio de imediato conversar conosco e foi assim que começamos a entrevistá-la, conversando sobre os exames que ela tinha feito.

Entrevistadora: Me diga, o que é que a senhora veio fazer aqui no posto? Que a senhora tava falando que tava com... que fez um exame, num foi?

Entrevistada: Ah, é por conta de um exame... é pra... pra que meu Deus? Encaminhamento.

Entrevistadora: Certo.

Entrevistada: Ainda não chegou.

Entrevistadora: Não conseguiu encaminhamento?

Entrevistada: Ainda não chegou.

Entrevistadora: E é médico de que?

Entrevistada: Nos rins tá tudo normal, nos rins também e na...

Entrevistadora: Unrum.

Entrevistada: Bexiga.

Entrevistadora: Certo.

Entrevistada: Aí agora, ela... a moça... a moça... disse... eu disse à medica... eu disse à medica: eu tou com dor aqui ó! (apontou para as costas).

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: Aí ela fez todos os exame, *fiz particular...* aí... aí é coluna lombar.

Entrevistar mulheres no espaço de saúde não é uma tarefa simples. Muitas idas a campo foram repletas de afetações e percebíamos que também existiam algumas insatisfações, que entendemos que, embora explicitadas diretamente a casos específicos ocorridos nas unidades, correspondem à realidade de precarização da saúde em Recife.

Entrevistar Maura foi emblemático, pois ela falava baixo, bem devagar e também, por vezes, se mostrava um pouco confusa, esquecida, o que requisitava de nós um esforço maior, tanto para entendê-la quanto para nos fazer entender. Imediatamente sabíamos que estávamos conversando com uma sujeita da saúde mental, o que iremos problematizar mais a frente nesse tópico.

Entrevistadora: Aí a senhora vem pegar medicação é? No posto?

Entrevistada: É a medicação que eu venho buscar.

Entrevistadora: É de pressão?

Entrevistada: Pressão também.

Entrevistadora: Certo. E o que é que a senhora acha do posto de saúde? A senhora gosta do posto, não gosta?

Entrevistada: Não, eu gosto...

Entrevistadora: Gosta? A senhora acha que o atendimento é bom?

Entrevistada: É bom.

Entrevistada: *É o negócio da... do encaminhamento, que não chegou...*

Entrevistadora: Encaminhamento que é difícil né?

Entrevistada: É, é.

Maura precisava de um encaminhamento, mas não o conseguiu naquele dia e aquilo a incomodava, tendo a questão do encaminhamento surgido várias vezes durante a entrevista. As questões de saúde de Maura eram várias, ela sentia dores na coluna, dor na cabeça, é hipertensa e também, segundo ela, apresentava episódios de esquecimento e tomava “medicação controlada”. Então, não ficou claro qual o tipo de encaminhamento que Maura precisava.

No que diz respeito à saúde mental, o estudo de Mariana Figueiredo e Rosana Campos (2009), destaca que a lógica do encaminhamento pode ser tensionada pela lógica da responsabilização e o apoio matricial da saúde mental, na atenção primária, pode contribuir na superação da simples ação do encaminhar. Corresponsabilizar-se pelo cuidado é, segundo as autoras, entender que o sofrimento psíquico não é responsabilidade exclusiva da saúde mental.

Através da ferramenta do apoio matricial é possível organizar a instrumentalização das equipes de saúde da família para atuarem sob a perspectiva da clínica ampliada, na contramão do modelo médico hegemônico, que se transpõe na fragmentação do trabalho e na grande produção de encaminhamentos a especialidades variadas, sendo muitas vezes, estes encaminhamentos desnecessários e não resolutivos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Entrevistadora: E o encaminhamento que a senhora não conseguiu?

Entrevistada: Ainda não, quando ela chegar...

Entrevistadora: Ah. Porque, tá faltando médico é? Porque não conseguiu?

Entrevistada: *Eu não sei.*

Entrevistadora: Não sabe? E a senhora vem nesse posto sempre? Nesse posto de saúde aqui de campo do banco?

Entrevistada: Vou, vou... Porque eu tava com a pressão alta, *aí a médica disse: "olhe, todo dia você vai pra ver a pressão!"*.

Maura sabia que precisava de um encaminhamento porque na consulta com a médica foi dito que ela precisava, mas Maura ficou sem encaminhamento, e para isso ela não sabia ao certo por que. O que pudemos perceber, diante da conversa que tivemos com ela, é que se Maura for atendida, em suas queixas, na unidade de saúde, talvez esse encaminhamento, que é necessário, possa significar mais uma etapa de seu cuidado na rede de saúde e não apenas a não atenção que teve ou deixará de ter em certo serviço, pela falta do formulário preenchido.

O que queremos refletir aqui é que Maura apresentava plena capacidade de entendimento para as suas questões de saúde, no entanto, faltava ainda informação para ela sobre como proceder sem o encaminhamento. Maura saía daquele dia sem o encaminhamento, sem saber o que fazer até obtê-lo, sabia apenas que não tinha conseguido e enquanto isso restava a ela apenas voltar para casa e ir, outro dia, novamente na unidade para tentar obtê-lo.

A ampliação da clínica, tão importante para a mudança de olhar sobre as questões dos/as sujeitos/as é necessária para a saúde mental, vem sendo conquistada onde se consegue instituir o Apoio Matricial, seja no acolhimento à dimensão subjetividade como no desenvolvimento de práticas terapêuticas de cuidado em saúde mental para além dos muros dos serviços institucionais, ocupando-se do território (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Outra conquista propiciada pelo apoio matricial é a mudança na orientação da assistência, que passa a valorizar as demandas e necessidades trazidas pelos/as sujeitos/as e suas famílias, considerando também o espaço de vida cotidiano e suas redes de relações. Assim, formulam-se projetos terapêuticos singulares também na atenção primária (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Em estudo realizado em Cuiabá, Roselma Lucchese et al (2009) apontam que o encaminhamento é uma prática comum, sendo o/a sujeito/a em crise, quando identificado/a, enviado/a para o local reconhecidamente apropriado para o atendimento especializado, neste caso pesquisado prevalecia o encaminhamento ao Hospital, para atendimento ao cuidado emergencial, e depois para o CAPS.

Dimenstein et al (2009), em pesquisa feita no município de Natal, constataram que o encaminhamento é fortalecido pela visão fragmentada do trabalho em saúde, diante da tendência ao conhecimento especializado. O apoio matricial vem então ajudar a romper com essa lógica, a qual também representa uma hierarquização na forma de poder/saber (CAMPOS; DOMINIT, 2007).

Entrevistadora: Certo. E a senhora pega medicação pra que mais? Pra pressão, mais alguma a senhora pega?

Entrevistada: É do coração, que eu tou gorda mesmo.

Entrevistadora: Ahn.

Entrevistada: Agora eu acho que vou prum... tirar... uns exames né?

Entrevistadora: Hum.

Entrevistada: Agora... do coração.

Entrevistadora: Sim, e a senhora toma algum outro tipo de remédio em casa, que a senhora precisa tomar?

Entrevistada: *Eu tomo... mental... da cabeça.*

Entrevistadora: Hum... E quem foi que passou esse remédio?

Entrevistada: Foi a médica.

Entrevistadora: Daqui do posto, foi?

Entrevistada: Foi.

Entrevistadora: E é aqui que pega a medicação também?

Entrevistada: É.

Nas três entrevistas que realizamos a prescrição medicamentosa e o encaminhamento predominaram como respostas à solicitação das usuárias. O que corrobora com os apontamentos de Dimenstein et al (2009, p. 68) sobre o “privilegiamento dos cuidados medicamentosos e especializados para a resolução dos problemas de saúde na população”.

Entrevistada: Aí eu vou comprar.

Entrevistadora: Certo. Aí tem que comprar é? Só pega a receita então?

Entrevistada: Não! Ela queria que eu fosse tirar lá no... como é que chama? Lá na Madalena.

Entrevistadora: Hum.

Entrevistada: Mas eu fui também... mas a moça disse: “num chegou não, você tem que comprar”. *Aí eu disse num vô mais lá, é melhor comprar.*

Vemos que o medicamento assume uma função central, assim como vimos no caso de Stela, sendo muito requisitado na rede pública de saúde e visto como prática terapêutica. Ele passa a ser entendido como único recurso possível para as demandas de muitas usuárias do sistema, tornando-as dependentes. Mesmo com a dispensação de medicações pela farmácia popular e pelos próprios serviços de saúde, Maura opta por comprar seus remédios específicos na farmácia mais próxima, pela maior facilidade de encontrá-los.

O fenômeno da medicalização não é algo novo, mas torna-se cada vez mais comum nos dias atuais, sua naturalização se deve ao poderio da indústria farmacêutica na atenção à saúde e também à hegemonia do modelo biomédico nas práticas de saúde. É através do estímulo ao consumo de medicamentos que se busca solução para problemas de outras ordens, assim, cria-se uma movimentação financeira que incentiva o jogo de interesses econômicos, não permitindo que essa lógica enfraqueça (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Numa visão limitada de saúde, o remédio seria aquela ferramenta eficaz e rápida de acesso à cura, que minimiza os efeitos da doença sem se preocupar com sua origem, sem permitir que os/as sujeitos/as reflitam sobre seu processo de adoecimento (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Continuamos a entrevista com Maura falando sobre suas idas à unidade, ela falou que algumas vezes um dos seus filhos ia com ela também a outros serviços de saúde. Um de seus filhos, Antônio³², apareceu constantemente em seus relatos como aquele que mais acompanhava a mãe, morando com ela e a levando para outros serviços de saúde, pois ela não sabia ir só.

Entrevistadora: A senhora já fez algum tratamento em alguma outra... algum outro local, algum serviço de saúde sem ser o posto?

Entrevistada: Já fui, na... no... mama, normal.

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: E o de xixi, como é que chama? Como é o nome?

Entrevistadora: Bexiga.

Entrevistada: Sim, embaixo. Sim, tava tudo normal.

Entrevistadora: Sim, que bom, que bom! Pronto, a senhora sabe como é que funciona o posto de saúde aqui?

Entrevistada: Ah, é... é... agente, ela saiu.

Entrevistadora: Uhn?

Entrevistada: Ela saiu.

Entrevistadora: Quem saiu?

Entrevistada: Cristina.

Entrevistadora: Quem é Cristina?

Entrevistada: Cristina é... como é que chama? Eu me esqueci...

Entrevistadora: É... É... É... trabalha no posto é?

Entrevistada: É.

³² Os nomes dos filhos de Maura, assim como foi feito com os nomes das três interlocutoras, são fictícios.

Entrevistadora: Ela era o que? Médica? Agente de saúde?

Entrevistada: Não, era... é... ô meu Deus...

Entrevistadora: Enfermeira?

Entrevistada: Não, era... acompanhamento, que vai na casa...

Entrevistadora: É, agente de saúde, ACS né?

Entrevistada: Pronto, é.

Entrevistadora: Ela saiu...

Entrevistada: Ela saiu, aí tem outra pessoa.

Entrevistadora: E a senhora não conhece essa outra?

Entrevistada: Eu tenho...

Entrevistadora: Tem outra? Mas não sabe... mas ela vai na sua casa, ver como é que tá a saúde?

Entrevistada: Ela vai... ela vai... na casa do meu pa... da minha mãe.

Entrevistadora: Hum.

Entrevistada: Dar vacina.

Entrevistadora: Sim, certo.

Entrevistada: Aí ela disse: “olhe, eu venho entregar o *encaminhamento* a você!”.

Entrevistadora: Aí... Hum.

Entrevistada: Aí eu disse: tá certo! *Faz dois meses e ainda não chegou*, eu esqueci o nome dela.

Durante a entrevista toda com Maura me perguntava se estava na frente de uma usuária da saúde mental e, passada a entrevista, tal constatação gerou em mim muitos questionamentos, até mesmo sobre a minha própria visão. Afinal, Maura carregava consigo também o estigma da sujeita da saúde mental. Mas o que significa isso? O que significa olhar para uma pessoa e ao conversar com ela, estando num espaço de saúde, já tentar constatar que estava falando com uma usuária com um provável diagnóstico de transtorno mental? Que concepções me faziam pensar isso?

Ao chegar para ouvir a entrevista no grupo de pesquisa, inclusive, foi discutido por nós se seria possível usar a entrevista de Maura para a nossa pesquisa, devido à dificuldade de entendimento de sua fala. Era a forma de Maura falar, baixa e arrastada, o seu constante esforço para recordar episódios, nomes de pessoas, exames e de hospitais, que eu percebia que a todo o momento ela queria lembrar para falar, era o fato de que ela aparentava estar medicada com psicotrópicos, em resumo, era a minha vivência no campo da saúde mental que me diziam que aquela mulher era uma sujeita da saúde mental. É este mesmo padrão ideário de sujeito universal que buscamos criticar, mas que ainda apresenta força, tendo em vista sua construção social e cultural.

Questionar os posicionamentos dos/as sujeitos/as em seus diversos espaços é um passo para romper com as fronteiras universalizantes que generalizam e uniformizam as demandas sociais e de saúde da população. Assim como a discussão feminista destaca a importância de diferenciar as lutas e falar de mulheres no plural, ao invés de mulher como uma categoria

universal (IZQUIERDO, 1998), é importante também pensar que os/as sujeitos/as da saúde mental também não são únicos.

A preocupação com o diagnóstico na clínica é importante para compreender as necessidades dos/as sujeitos/as, é também mais um fator para a construção do projeto terapêutico, que é singular, mas não é central. Lutar por uma sociedade sem manicômios é inclusive questionar a todo o momento o nosso próprio posicionamento seja como pesquisador, profissional, familiar ou usuário/a do SUS (FRATESCHI; CARDOSO, 2014; CAMPOS, 2001).

Entrevistadora: A senhora, na sua comunidade, na sua vizinhança, onde a senhora mora, a senhora já ouviu falar de violência contra a mulher?

Entrevistada: *Nããããã... porque eu moro num negócio de... num negócio de maconha, dessas coisas...*

Entrevistadora: Tem droga na sua comunidade?

Entrevistada: *Aí eu fecho as portas, falo com esse povo não.*

Entrevistadora: Ah, certo. Mas a senhora sabe o que é violência contra a mulher? A senhora já ouviu falar?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Não? A senhora viu na televisão já? A senhora assiste televisão?

Entrevistada: Ah, já vi.

Entrevistadora: Sim, o que é que a senhora acha disso que acontece com as mulheres?

Entrevistada: *É... mas num pode... num pode dar na mulher né?*

Entrevistadora: Unrum. E quando a senhora... a senhora já conheceu que já passou por isso?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Não. Mas a senhora sabe o que é que se tem que fazer quando isso acontece? Uma mulher, por exemplo, sofre violência na rua... o que é que ela deve fazer, o que ela procura?

Entrevistada: Nunca conversei não.

Entrevistadora: A senhora já ouviu aqui no posto alguém falar sobre isso? Algum profissional daqui, falar sobre esse tema?

Entrevistada: Não.

Percebi que quando entramos em assuntos mais específicos, como a violência contra a mulher e a saúde mental, Maura dizia não saber sobre, nem conhecer casos. E quando perguntamos a ela sobre o tema da violência contra a mulher, o tema das drogas entrou em cena. Até então não sabíamos e nem entendíamos qual era essa relação para ela, se ela queria dizer que a violência estava ligada ao uso de drogas ilícitas, no caso, para ela a maconha, ou não, se essa associação não existia.

Após algumas perguntas e muitas respostas negativas, usamos outros recursos como exemplos, como a televisão, mas Maura seguiu dizendo não conhecer, não entender muito sobre o assunto. Sobre a saúde mental, Maura destacou apenas o uso da medicação e disse não conhecer o CAPS.

Entrevistadora: Não né? Certo. É... A senhora conhece... sabe o que é saúde mental? Tava tendo um grupo aqui num foi, agora há pouco de saúde mental?

Entrevistada: Foi. É a menina que tava dizendo de uns problemas...

Entrevistadora: Ahn

Entrevistada: Eu num sei sobre isso.

Entrevistadora: E a senhora sabe o que é saúde mental?

Entrevistada: (Silêncio)

Entrevistadora: Já ouviu falar sobre isso? Fora hoje?

Entrevistada: *Que toma remédio controlado...*

Entrevistadora: Que toma remédio... a senhora conhece alguém que faz isso? Que toma, que precisa tomar? Ou mesmo quem... quem toma remédio pra dormir, que não consegue dormir... conhece alguém?

Entrevistada: Não, conheço não.

A essa altura já tínhamos deixado o roteiro de entrevista de lado, pois como algumas perguntas dependiam da resposta de outras anteriores, não fazia sentido perguntá-las. Até porque eu começava a perceber também que Maura expressava certo incômodo, que talvez por pensar que não sabia responder às perguntas ou mesmo não querer falar sobre tais questões, fazia um esforço enorme para falar e soltava um riso apagado.

Mesmo com Maura tendo dito no início da entrevista que tomava medicação “mental” ou “para a cabeça”, não quisemos perguntar diretamente a ela se ela tomava o tal do “remédio controlado”, pois isso seria perguntar se ela era uma usuária da saúde mental, já que ela assumia a medicação como característica do/a sujeito/a da saúde mental. O silêncio se fez presente muitas vezes e nós, já estávamos quase dando a entrevista por encerrada, quando eis que Maura surge com um relato sobre sua vida.

Entrevistadora: A senhora quer falar mais alguma coisa? Sobre saúde...

Entrevistada: *Não, eu sou separada da... do marido.*

Entrevistadora: É? Desde quando a senhora é separada dele?

Entrevistada: Aaaaah...

Entrevistadora: Faz muito tempo?

Entrevistada: Muito tempo, eu trabalhava lá no Mazzarelo...

Entrevistadora: Na escola ali né, na Várzea?

Entrevistada: É, ainda... aí eu aposentei.

Entrevistadora: A senhora se aposentou. A senhora trabalhava de que lá?

Entrevistada: Zeladora.

Entrevistadora: Ah... que bom.

Entrevistada: Mas eu cuidava das irmãs.

Maura surge com a narrativa sobre sua vida e família, após perguntarmos de violência contra a mulher e saúde mental, ela nos traz um episódio onde a questão de álcool e drogas, também um debate importante para a saúde mental, surge a partir da experiência enquanto era casada.

Entrevistada: Num quero não, *porque eu quero um homem que ajude, eu num quero esses homens que vai na minha casa pra ficar...*(silêncio)

Entrevistadora: E esse seu marido fazia isso era?

Entrevistada: Ahn?

Entrevistadora: Esse seu marido fazia isso era?

Entrevistada: Não.
Entrevistadora: Brigava?
Entrevistada: Não... mas ele é corretor.
Entrevistadora: Hum.
Entrevistada: Mas quando... no dia que tinha dinheiro....
Entrevistadora: Hum.
Entrevistada: Quando vendia...
Entrevistadora: Ele vendia? O dinheiro?
Entrevistada: Sim.
Entrevistadora: Gastava?
Entrevistada: Não, ele bebia mesmo.
Entrevistadora: Ah, ele bebia.
Entrevistada: É, bebia.

Maura então nos conta que seu ex-marido não contribuía em nada, nem com a casa, nem com os filhos e muito menos com ela. O ex-marido de Maura não ficava agressivo, Maura também não se identifica como uma mulher que sofreu violência, mas sua fala é trazida como uma ilustração de tudo o que ele não fez por Maura e pela família, de não apoiar financeiramente e de usar o salário para uso próprio, para o uso de álcool. Maura não entrou em detalhes sobre sua relação com ele, mas enfatizou tudo o que ela fez pelos filhos. Maura foi, como nos diz Izquierdo (1998), tanto a “dona de casa” como o “ganhador de pão”.

Entrevistadora: Aí não ajudava em casa né? Como a senhora falou?
Entrevistada: Unrum.
Entrevistadora: E como é que era quando ele bebia?
Entrevistada: Aí eu ficava, bebo lá, ficava... não dormia.
Entrevistadora: Ele ficava agressivo quando bebia?
Entrevistada: Não.
Entrevistadora: E ele já fez algum tipo de tratamento? Fazia na época?
Entrevistada: Não.
Entrevistadora: É porque ele não ajudava né? Era difícil?
Entrevistada: *Eu é que ajudava né? Trabalhava no mazzarelo, eu que ajudava, fazia a feira, tudinho, comprava as roupas pra mim, os filhos...*
Entrevistadora: Hum, certo. E o seu filho agora, ajuda?
Entrevistada: *Naaaada!*
Entrevistadora: Ele estuda né?
Entrevistada: Era... é... é... estuda, *eu ajudei ele, nos dentes dele.*
Entrevistadora: Hum.
Entrevistada: *Ajudei ele a passar no vestibular...* E eu tenho também outro filho, ele não quer estudar...

Maura mora atualmente com dois filhos, um estuda, mas não contribui em casa também e João, do qual ela não falou muito, existe ainda outro filho, Francisco, que é usuário de drogas e chegou a vender os bens da Maura para comprar droga. Maura nos conta que a convivência com este último foi para ela uma experiência bem difícil, resultando na expulsão do filho Francisco de casa, que foi morar com o pai.

Entrevistadora: E os outros dois?
Entrevistada: É... Francisco... um negócio de droga... aí ele tá com o pai, comigo não...
Entrevistada: Porque ele vai roubar minhas coisas todinha!
Entrevistadora: Ele usa drogas é?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Aí ele mora com o pai?

Entrevistada: É... agora, o João fica comigo.

Entrevistadora: Hum. E como é que é com esse filho que tá com o pai, a senhora tem contato com ele?

Entrevistada: Não, porque ele tira as coisas do pai!

Entrevistadora: Sim... tira até do pai... e o pai age como com ele?

Entrevistada: Aí ele queria botar ele pra fora, mas... Antônio foi lá num domingo... um domingo.... aí Francisco tava na casa do pai comendo...

Entrevistada: Eu já disse a ele, eu disse Francisco, olhe, ele tem que se internar, mas ele...

Entrevistadora: Ele num quer não, nenhum tipo de tratamento?

Entrevistada: Ele já foi.

Entrevistadora: Ele já foi? A senhora sabe...

Entrevistada: Mas saiu de novo.

Entrevistadora: Ele foi pra onde, a senhora sabe, na época?

Entrevistada: É... roubar.

Entrevistadora: Hum...

Entrevistada: Aí por isso que ele não vai.

Entrevistadora: Mas ele já se internou, alguma vez?

Entrevistada: Já internou três vezes.

Entrevistadora: Três vezes?

Entrevistada: Foi... e saiu... a mesma coisa!

Entrevistada: Ele disse: “não, vou sair disso!” Mas começa a mesma coisa!

O uso abusivo de álcool e/ou outras drogas surge na problemática da violência contra as mulheres como mais um dos determinantes socioculturais que perpassam as situações de violência vivida pelas mulheres. Estudos como o de Vieira et al (2012) sinalizam que o uso abusivo pelo companheiro aparece muitas vezes como agravante da condição de violência contra a mulher, e assim, das desigualdades sociais experimentadas por elas.

É necessário pensar a importância de articular, desde a atenção primária, a atenção à saúde da mulher e a saúde mental, no sentido de criar estratégias e ações de prevenção do uso abusivo pelos companheiros. Considerando as questões de gênero, geração, raça e etnia, bem como os contextos socioeconômicos e culturais das comunidades, podem-se desenvolver práticas mais próximas às realidades das mulheres. O olhar voltado para a violência contra as mulheres na saúde permite entender que possíveis comportamentos violentos, produtores de sofrimento e de adoecimento, podem ser enfrentados e superados a partir de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado, na perspectiva de garantir os direitos humanos das mulheres (VIEIRA et al, 2012).

Compreendendo a história de Maura, percebemos que o uso de álcool e drogas esteve presente durante muito tempo e ainda está ao seu redor. Mesmo que Maura não queira mais ter uma relação próxima do filho Francisco, diante de tudo que ela sofreu, desde cuidar dele e dos outros irmãos sozinha, até o momento em que ele passa a roubar suas coisas, Maura ainda

se preocupa com ele. Pede que o outro filho vá e procure saber notícias, tentou incentivá-lo a buscar tratamento, mas acabou desistindo de acreditar que o filho sairia dessa condição.

E este “desistir” é também uma forma que ela encontrou de cuidar de sua saúde. Pois quando pergunto como Maura se sente em relação a tudo que me contou e se já compartilhou seus problemas com a unidade de saúde, ela volta a falar da sua saúde e do encaminhamento que está aguardando.

Entrevistada: É muita coisa, viu?

Entrevistadora: É, muito problema né?

Entrevistada: Muito problema...

Entrevistadora: Mas a senhora se sente como com isso tudo, com essa história toda, como é que a senhora se sente?

Entrevistada: Aí... porque ele não vive comigo né? Fica com ele lá, porque ele vai... vai piorar!

Entrevistadora: Unrum. E a senhora já contou essas coisas aqui pro posto, pro pessoal do posto?

Entrevistada: Ahn?

Entrevistadora: Já contou essa sua história pro pessoal do posto?

Entrevistada: Não, já falei com a médica também.

Entrevistadora: Aí ela nunca sugeriu nada não? Uma...

Entrevistada: Não, tá esperando, né?

Entrevistadora: Tá esperando o que?

Entrevistada: É... eu vou num sei pra onde e entrega.

Entrevistadora: Hum.

Entrevistadora 2: Tá esperando o que, encaminhamento?

Entrevistada: É...

Entrevistadora: Tá bom.

Entrevistada: Vou ficar melhor né? Porque eu to com uma coluna lombar... mas dói, dói na cabeça... na cabeça não, eu fiz uns exames.... eu fiz uns exames, fui com Antônio...

Maura talvez seja uma daquelas mulheres vistas como “poliqueixosas”, como evidencia o estudo de Oliveira e Jorge (2007), com várias queixas, mas não conseguirem expressar suas experiências de sofrimento e de violência. Maura não é uma usuária de serviços específicos da saúde mental, não carrega consigo o peso do diagnóstico de transtorno mental, nem a marca da notificação da violência.

Dessa forma, Maura não se reconhece e nem se enquadra em nenhuma das redes próprias que buscam atender especificidades e, por mais que busquemos quebrar com os padrões e rótulos, que colocam os/as sujeitos/as em “caixinhas”, percebi com Maura que acabamos procurando classificar. Tal constatação nos inclina para que possamos revelar a importância de que, cada vez mais, questionemos nossas próprias visões, atitudes e posicionamentos, pois são esses aspectos que também vão estabelecer as relações e ações que desenvolvemos no mundo.

Maura é apenas mais uma mulher que precisa ser ouvida, em todas as suas dores, em todas as suas dificuldades, problemas e, principalmente, no seu sofrimento. E é no espaço de atuação da atenção primária à saúde onde se encontra o melhor lugar para atender e se apropriar das suas demandas, pelo fato de estar mais próximo do seu cotidiano.

7 CONCLUSÃO

Finalizar um trabalho é sempre um desafio, principalmente quando penso que ainda havia tanto por fazer, então me resta apenas apontar novos horizontes e estudos que possam aprofundar, complementar e dar continuidade a esta pesquisa. Além de destacar o que para mim esse trabalho significou.

Resgato a fundamentação teórica trazida pela autora Maria Jesús Izquierdo (1998), no que se refere ao conceito de desigualdade social, fundamental para essa pesquisa, que explica a estrutura posta pelo sistema capitalista e patriarcal, responsável por manter as mulheres expostas às violências constantes e, assim, vulneráveis ao sofrimento psíquico.

Ressalto ainda a consideração de Gayle Rubin (1993) sobre a opressão das mulheres como parte de um sistema e que, portanto, somente ao se analisar as causas e consequências dessa opressão é que conseguiremos superar a hierarquia de gênero nas relações sociais.

Durante minhas andanças pelas comunidades e unidades de saúde, me deparei com muitas situações simbólicas, com muitas potências e também com muitas sujeitas de luta. Mulheres que não se identificam como loucas, nem como vítimas de violência e que carregam em si muitas marcas. Não é difícil, conversando apenas um pouco com elas, descobrir nessas marcas o sofrimento. Este, como afirmado por Sawaia (1999), é um campo de resistência social que mexe com sentimentos e emoções, provocando reações que machucam os/as sujeitos/as em suas ações cotidianas.

Tal sofrimento não é somente psíquico, como foi o que procurei focar nessa pesquisa, mas também é social, produto da desigualdade e dos modos de vida determinados por requisições diversas, como o desemprego ou o trabalho precário e o pouco ou não suprimento das necessidades básicas. Na esfera das relações interpessoais, as diversas responsabilizações familiares, as expectativas do casamento e as normas e valores culturais também determinam o modo como essas mulheres devem ser, se comunicar, agir e se vestir.

Tais expectativas quando não alcançadas podem produzir sofrimento. Cada mulher sente e lida com suas questões cotidianas de formas únicas, portanto, sofrem e adoecem também de distintas maneiras, mas o que percebi foi que para as mulheres experimentar o sofrimento acaba se tornando algo cada vez mais rotineiro, devido às desigualdades que elas enfrentam na sociedade capitalista e patriarcal.

O sofrimento é percebido não somente pelos estudos e pesquisas que vêm sendo operados no campo da saúde mental, como também na facilidade de encontrar mulheres nas unidades de saúde que fazem uso de medicações psicotrópicas e se identificam com, por exemplo, o assunto da depressão, algumas dizendo ter esse tipo de transtorno e muitas referindo conhecer outras mulheres com depressão.

A depressão já é comumente conhecida, mas nas mulheres, não só ela aparece como sintoma de sofrimento, também é destacado: o mal-estar, a aflição, a angústia, a doença dos nervos etc. O fato de se sentir triste, desaminada, para baixo, o choro constante, a ideia de não ter saída para seus problemas, todas essas características nos mostram que o sofrimento se faz presente na vida das mulheres e que muitas vezes, ele é produto de situações correntes no âmbito doméstico.

A responsabilidade com o cuidado com a casa, com os filhos, com os idosos, as requisições heteronormativas e a reprodução de violências na esfera privada colaboram para a presença de sofrimento na vida das mulheres.

Em se tratando da tendência à medicalização percebida tanto nos resultados dessa pesquisa como nos apontamentos de autores como Perrusi (2015), é comum perceber o argumento de que é possível alcançar a cura do sintoma e a remissão do sofrimento através do uso do medicamento, num movimento biomédico que favorece a indústria farmacêutica e a interesses diversos do capital, mas que não considera o principal: as queixas e angústias dos/as sujeitos/as.

Acredito que ainda há muito no que se avançar para o enfrentamento da violência contra as mulheres em todos os espaços e também para que possamos renovar as nossas visões de mundo para as questões de saúde mental. É preciso pensar para além do diagnóstico, da violência marcada no corpo, das burocracias tantas nos atendimentos e consultas e das prescrições medicamentosas.

Para tanto, são necessárias que sejam feitas provocações e questionamentos em diferentes sentidos, a partir de pesquisas que contemplem os desejos das mulheres, seus modos de vida e realidades de saúde, compreendendo a noção de integralidade e de clínica ampliada para a priorização de suas demandas. Bem como estudos que se preocupem com a problematização sobre as práticas de cuidado e ações interventivas que vêm sendo atualmente operadas para os atendimentos a estas sujeitas, tanto na atenção primária à saúde, como na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e na Rede de Atenção Psicossocial.

Durante a pesquisa, iniciei meus estudos com dificuldade em encontrar textos que articulassem gênero e saúde mental, mas termino hoje este trabalho percebendo já um singelo aumento dessa produção teórica. Ainda há muito mais para se produzir, para se pesquisar e também para se pensar, mas o simples fato de perceber algumas articulações entre os movimentos de luta antimanicomial e também o feminista, que vêm pouco a pouco dialogando e estreitando relações mais visivelmente, mostra-nos que devemos continuar nos caminhos que estamos trilhando.

Priorizar a atenção primária se mostra uma estratégia, na medida em que a facilidade de contato e a proximidade com as questões das comunidades das sujeitas possibilitam uma compreensão maior acerca das questões locais e uma potencialidade de agir através da construção de vínculos. Para enfrentar a violência é preciso apoio profissional e a construção de toda uma rede de apoio social e comunitária, é necessário ofertar espaços de cuidado e de escuta qualificada.

Nesse sentido, a atenção primária à saúde pode intervir no problema da violência contra as mulheres e da saúde mental promovendo ações de educação e saúde nas escolas e creches, associação de moradores, centros comunitários e diversos espaços de sociabilidade de sua abrangência territorial.

Tendo em vista que entendemos que as mulheres vivenciam cotidianamente situações particulares de desigualdades pautadas em marcadores como gênero, classe, raça, geração e território, faz-se importante que a atenção primária busque compreender as particularidades das experiências de sua população adscrita contribuindo para intervir sobre as realidades locais e assim, numa ação educadora, poder também atuar no enfrentamento às violências e na promoção de saúde mental.

Articular saúde mental e atenção primária mostra-se também um desafio atual, tendo em vista os apontamentos feitos por Bezerra e Dimenstein (2008) de que há pouco investimento para as transformações técnico-assistenciais referentes ao cuidado à saúde mental na atenção primária à saúde. Uma vez que a integralidade é um princípio do SUS que deve orientar as ações e atenções às sujeitas, vale lembrar que todas as formas de violências devem ser enfrentadas na saúde, para além das marcas visíveis no corpo, deixada pela violência física. As diversas formas de violência se perpetuam e são responsáveis pelo sofrimento das mulheres, com destaque para a violência psicológica e moral, impalpáveis, invisíveis, mas persistentes nas distintas formas de agressão.

Através da escuta, é possível identificar exemplos de vidas sofridas e violências não percebidas. Contribuir com a luta feminista nos requer sair do nosso local de conforto para o de confronto, requer luta. O sofrimento acaba sendo também resultado desse não se conformar e é essa mesma requisição que nos torna mais fortes e nos encoraja a seguir lutando.

Pesquisar o tema da violência mexeu também com muitos dos meus próprios conceitos de vida, me percebi como uma mulher que, até então, não tinha se dado conta de algumas violências que já havia vivenciado e de como, mesmo sem querer, o tema da violência contra a mulher em relação com a saúde mental esteve muito presente em situações de familiares e amigas próximos a mim e eu não o via como tal. Aos poucos, as inúmeras fichas foram caindo e todos os episódios que eu analisava de certa forma me diziam também sobre as minhas próprias inquietações, eram questões também que eu tomava como minhas, de meu interesse, de total relevância e significado para as lutas cotidianas que travo e defendo.

A realização dessa pesquisa me proporcionou um alcance maior sobre a realidade de saúde de Recife, mais especificamente do bairro da Várzea, a observação no cotidiano foi um elemento utilizado para compreender melhor essa realidade, mas creio que é preciso pontuar que esse elemento deve ser melhor trabalhado, tendo em vista que eu não fiz isso como gostaria.

Lembro que meu desejo era voltar mais vezes nas comunidades, observar mais, registrar com mais afinco, realizar uma pesquisa de inspiração etnográfica. Pensava ainda em fazer outras entrevistas, mais narrativas, com as mesmas mulheres, em acompanhá-las no grupo de saúde mental da unidade de saúde e em traçar suas redes de apoio e/ou seus itinerários terapêuticos, mas infelizmente não consegui dar conta de todos esses desejos.

Espero deixar aqui sinalizado a importância de que se operem pesquisas nesse sentido, principalmente no âmbito das ciências humanas e sociais, estudos que se voltem para o cotidiano das mulheres e sejam capazes de problematizar situações corriqueiras de violências, que muitas vezes passam por despercebidas. E ao mesmo tempo, que mostrem que lugar de falar de violência é em qualquer espaço, não somente na delegacia! A unidade de saúde da família é sim um local para que as mulheres sejam acolhidas e cuidadas e para que a violência seja enfrentada, prevenida e também notificada.

A questão da notificação foi apenas alguns dos nós que não conseguimos, e nem pretendíamos, explorar a fundo, mas que carece de estudos, principalmente considerando o

campo da saúde mental e as alarmantes taxas de suicídios de mulheres devido a situações de sofrimento e violência.

O suicídio foi outro assunto que tocou essa dissertação, sendo trazido como desejo de saída para a condição de sofrimento por algumas das sujeitas entrevistadas. Embora esse tema tenha significativa exploração e produção teórica, considero que, do ponto de vista da saúde mental e também dos estudos de gênero, é interessante pensar pesquisas que visibilizem ações preventivas para o suicídio, considerando as queixas e processos de adoecimento particulares às mulheres.

Buscarei, a partir de agora, pesquisar também o campo das políticas sociais, de forma a considerar a análise da violência em relação à compreensão de desigualdade estrutural. A ideia é de dar continuidade e aprofundar o tema de pesquisa estudado no mestrado, a partir de uma perspectiva feminista materialista que se utilize da noção de interseccionalidade, assim, seguirei estudando violência contra as mulheres e desigualdade social no doutorado em Serviço Social da UFPE.

Por fim, é preciso demarcar que existem, nas comunidades, muitas mulheres como Maura, Stela e Nise, cada uma diferente de si, com contextos e histórias singulares, redes de sociabilidade diversas e questões de saúde também plurais. Mas as desigualdades sociais que circulam essas histórias são provenientes de determinações que, mesmo diversas, são comuns, sendo pautadas nas hierarquias de gênero, no regime de exploração do trabalho da mulher e da função de cuidado, nas relações de poder e dominação e na violência estrutural que articula questões de classe, raça, geração e gênero.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Luana Bandeira de Mello; VASCONCELOS; Thiago Brasileiro; SÁ, Fabiane Elpídio; Silva, Andrea Soares Rocha; Macena, Raimunda Hermelinda Maia. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, V. 1, n. 1, p. 34-41, jan-abr, 2009 (CD-ROM).Disponível em: <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>>. Acesso em: 12 de maio de 2015.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (orgs.) **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Modelos de Atenção à Saúde Mental das Mulheres: Linhas de Cuidado na Perspectiva de Direitos Humanos, Gênero e Integralidade na Saúde. In: NEGRÃO, Telia, VARGAS, Regina, RODRIGUES, Leina Peres (orgs). **Saúde mental e gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado - a experiência de Canoas (RS)**. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 541-560, 2011.

ARRAZOLA, Laura Suzana Duque. Ciência e Crítica Feminista. **Feminismo, Ciência e Tecnologia**. Salvador, REDOR/NEIM/UFBA, p. 67-76, 2002.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Volume 29, Número 2, 2014.

BANDEIRA, Lourdes. A contribuição da crítica feminista à ciência. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 1, p. 207-228, 2008.

BARBOSA, Laís; DIMENSTEIN, Magda, LEITE, Jáder. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**,v. 32, n. 2, p. 309-320, 2014.

BARUS-MICHEL, Jacqueline; CAMPS, Christiane.Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 4, n. 1, p. 54-71, 2003.

BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mulheres e loucura**. Rio de Janeiro: Gradiva, nov./dez. 1983.

BASTOS, Tarcísio Regis de Souza. **A Importância do Bolsa Família na redução das desigualdades de renda e pobreza em Pernambuco (2003-2013)**. (2015). Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Rural), 79 f. Recife: UFRPE, 2015.

BENLLOCH, Isabel Martínez. Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. **Anuario de psicología/The UB Journal of psychology**, v. 34, n. 2, p. 253-266, 2003.

BERTOLETE, José Manoel. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, p. S39-S40, 2009.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIGLIA, Barbara. Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. In: MENDIA AZKUE, Irantzu; LUXÁN, Marta; LEGARRETA, Matxalen; GUZMÁN, Gloria; ZIRION, Iker; CARBALLO, Jokín Azpiazu. **Otras formas de (re)conocer**. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista. Instituto Hegoa (UPV/EHU). Bilbao. 2014, p. 21-44.

BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery Ver Enferm**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009.

BRASIL. **Decreto Lei 2848/40**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 18 de agosto de 2016.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2014.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 de agosto de 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 20 maio 2014.

BROWN, Diana. A obrigação de cuidar: mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.** Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

BRUEL, Tereza Cristina; MOMBACH, Carolina. Violência de gênero e saúde mental das mulheres: uma experiência no sul do Brasil. In: NEGRÃO, Telia, VARGAS, Regina, RODRIGUES, Leina Peres (orgs). **Saúde mental e gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado - a experiência de Canoas (RS).** Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015.

BRUSCHINI, Cristina. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. In: COSTA, Albertina O., BRUSCHINI, Cristina (Orgs.), **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p. 289-309, 1992.

BÜCHELE, Fátima et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2006.

BURIN, Mabel; MONCARZ, Esther; VELÁZQUEZ, Susana. **El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.** Buenos Aires: Paidós. 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Saúde Paidéia.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2002. p.51-67.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, 58(25), 98-111, 2001.

CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus: Diário I.** Rio de Janeiro: Record, 1979.

CARDONA, Milagros, CORDEIRO, Rosineide; BRASILINO, Juliana. Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline; NASCIMENTO, Vanda; CORDEIRO, Mariana. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, v. 1, p. 123-148, 2014.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CARVALHO, Lúcia. F.; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Revista Interações**, v. 8, n. 15, p. 37-64, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.115-28.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência 2016**. 2016.

CISNE, Mirla. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, v. 18, n. 1, p. 138-154, 2015.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, Jose Jackson Coelho; HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento uma abordagem interdisciplinar**. Vozes, 1994.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>. Acesso em: 16 out. 2014.

CORREA, Sonia Onufer; PIOLA, Sérgio Francisco. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, v. 9, n. 18, p. 121-144, 1989.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1037-1050, 2009.

DEEKE, Leila Platt; BOING, Antonio Fernando; OLIVEIRA, Walter Ferreira. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **Revista O social em questão, Rio de Janeiro, ano XV**, n. 28, p. 187-198, 2012.

DELPHY, Christine. Por un feminismo materialista. El enemigo principal y otros textos. Barcelona, Ed. **La Sal**, 1982.

DEVREUX, Anne-Marie. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. **Sociedade e Estado**, v. 20, n. 3, p. 561-584, 2005.

DIEHL, Eliana; MANZINI, Fernanda; BECKER, Marina. “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 Weidner; TORNQUIST, Carmen Santana (orgs). **Gênero, saúde e aflição** [abordagens antropológicas]. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny; BRITO, Monique; PIMENTA, Ana Lícia; MEDEIROS, Vanessa; BEZERRA, Edilane. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health**, 21(2), 2007.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro. As insanas do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.231-242, jun. 2008.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, Wagner. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo - SP: Editora da UNESP, 2005.

FIRESTONE, Shulamith. **La dialéctica del sexo**. Barcelona, Kairós, 1977.

FLICK, Uwe. **Entrevista episódica**. MW Bauer & G. Gaskell, G.(Orgs.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático, p. 114-136, 2002.

FRANCH, Mônica; LONGHI, Márcia. Gênero e Geração na Sala de Espera: um estudo sobre jovens no programa de Saúde da Família em Recife. In: ALVIM, Rosilene; QUEIROZ, Tereza; FERREIRA JÚNIOR, Edísio. (orgs). **Jovens & Juventudes**. João Pessoa: Editora Universitária – PPGC /UFPB, 2005, p. 109-128.

FRATESCHI; Mara Soares, CARDOSO, Carmen Lúcia. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

GERGEN, Kenneth. J. A crítica feminista da ciência e o desafio da epistemologia social. In: GERGEN, Mary. M. Canney. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Tradução de Ângela Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: Edunb, p. 48-69, 1993.

GERGEN, Mary M. Rumo a uma metateoria e metodologia feministas nas Ciências Sociais. In: GERGEN, Mary. M. Canney. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Tradução de Ângela Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: EDUNB, p. 110-128, 1993.

GONÇALVES, Amadeu. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. **Millenium**, v. 30, p. 159-171, 2004.

GRELA, Cristina; GÓMEZ, Alejandra López. **Mujeres, salud mental y género**. Comisión de lamujer – Intendencia Municipal de Montevideo. 2011.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUEDES, Rebeca; SILVA, Ana Tereza; FONSECA, Rosa Maria. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do Poder e Ideia de Natureza. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; FALQUET, Jules; ABREU, Maira. (orgs.) **O Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas**: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo, 2014.

GURGEL, Telma; CISNE, Mirla. Os atuais desafios para o feminismo materialista-entrevista com Jules Falquet. **Temporalis**, v. 1, n. 27, p. 245-261, 2014.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995.

HARDING, Sandra. ¿Existe un método feminista?. Traducción de Gloria Elena Bernal. **Debates em torno a uma metodología feminista**. México, DF: UNAM, p. 09-34, 1998.

HARDING, Sandra. **Ciencia y Feminismo**. Madri: Morata, 1996.

HARDING, Sandra. Is There a Feminist Method? In: HARDING, Sandra. (Ed.). **Feminism and Methodology**. Bloomington/ Indianapolis. Indiana University Press. p. 1-14, 1987.

HIRATA, Helena. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. **Sociologias**, v. 11, n. 21, p. 24-41, 2009.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

INÁCIO, Miriam de Oliveira. Violências contra mulheres e esfera familiar: uma questão de gênero? **Presença Ética**, ano III, n. 3, p. 70-85, 2003.

IZQUIERDO, María Jesús. **El malestar en la desigualdade**. Madrid, Ediciones Cátedra, 1998.

IZQUIERDO, María Jesús. **Sin vuelta de hoja. Seximo: poder, placer y trabajo**. La Biblioteca del Ciudadano. Bellaterra: Edicions Bellaterra, 2001.

IZQUIERDO, María Jesús. **Sistema sexo-género**. Material preparado por la autora para el curso de Formación y Acreditación en Consultoría para la Igualdad de Mujeres y Hombres de Ema kunde. País Vasco, 2004.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 86, p. 93-103, 2010.

LAMOGLIA, Cláudia Valéria Abdala; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 595-604, 2009.

LIMA, Maura Lima; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p.625-35, 2016.

LISBOA, Teresa Kleba; PINHEIRO, Eliane Aparecida. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **Revista Katálisis**, v. 8, n. 2, p. 199-210, 2005.

LUCCHESI, Roselma; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester; MARCON, Samira Reschetti. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis (Rio J.)**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LYRA, Jorge. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)** [tese]. Recife (PE): Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

MARX, Karl, 1818-1883. **Sobre o suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006. Este livro foi uma compilação de textos achados de Marx depois de sua morte e traduzido por outros autores entre os anos 1818-1883.

MEDEIROS, Márcia. Unidos contra violência. In: CASTILLO-MARTÍN, Márcia; OLIVEIRA, Suely. **Marcadas a ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005, p. 100-103.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: LANG, Charles E.; BERNARDES, Jefferson S.; RIBEIRO, Maria Auxiliadora T.; ZANOTTI, Susane V. (Orgs.). **Metodologias: Pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: EDUFAL, p. 85-118, 2015.

MELLO, Guilherme Arantes, FONTANELLA, Bruno José Barcellos, DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MELO, Zélia Maria de; SILVA, Diogivânia Maria da; CALDAS, Marcus Túlio. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do Recife. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 111-119, 2009.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 07-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; JORGE, Maria Salete. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca-pdf.aspx>>. Acesso em 02 de julho de 2014.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PEGORARO, Renata; CALDANA, Regina. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 82-94, 2008.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; BARBIERI, Liliane; PAULA, Virginia Praciano de; FRANCO, Melissa dos Santos Paschoalato. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n.4, p. 567-572, 2007.

PERRUSI, Artur. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 139-159, 2015.

PIOSIADLO, Laura Christina Macedo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GESSNER, Rafaela. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 728-733, 2014.

RABELO, Ionara Vieira Moura; ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência de gênero na perspectiva da saúde mental. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 7, n. 1, 2010.

RAGO, Margareth. Epistemologia Feminista, Gênero e História. In: Joana Pedro e Miriam Grossi (orgs), **Masculino, Feminino, Plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

RIBEIRO, Mário Sérgio; POÇO, José Luís da Costa; PINTO, Alexandra de Rezende. A inserção da Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde. In: RIBEIRO, Mário Sérgio. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007, 1ª reimpressão, 2010, p. 15-26.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; Amarante, Paulo. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

RUBIN, Gayle. **O Tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo**. Recife: SOS Corpo, 1993.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1979.

SAFFIOTI, Heleieth. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 4, p. 82-91, 1999.

SAMPAIO, Jose Jackson Coelho. **Epidemiologia da Imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto de epidemiologia [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Y24uBAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acesso em: 19 de novembro de 2016.

SANTI, Liliane; NAKANO, Ana Márcia; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n 3, p. 417-24, 2010.

SANTOS, Anna Maria. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SARTI, Cynthia A. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 1, p. 89-103, 2009.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2ª ed, 2001.

SAWAIA, Bader Burihan. Psicologia social: aspectos epistemológicos e éticos. In: Bader Sawaia & S. T. M. Lane. **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SCHRAIBER, Lilia; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; FALCÃO, Márcia Tereza Couto; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; HANADA, Heloísa; FIGUEIREDO, Wagner. COUTO, Márcia; KISS, Lígia; DURAND, Júlia; PINHO, Adriana. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface Comun. Saúde Educ**, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia; D' OLIVEIRA, Ana Flávia; PORTELLA, Ana Paula; MENICUCCI, Eleonora. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, jul./ago. 2009.

SCHRAIBER, Lilia; D' OLIVEIRA, Ana Flávia; Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface_ Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/São Paulo, v. 3, n.5, p. 11-26, 1999.

SILVA, Jardel. Psicologia e epistemologia: por uma perspectiva ética de potencialização da vida. **Alethéia**, v. 27, n.1, p. 222-232, jan./jun. 2008.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das Imagens**. São Paulo: Ed. Ática, 1992.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. v. 31, n. 1, p. 7-22, jan. / jul. 2000.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>>. Acesso em: 08 de setembro de 2015.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary. Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. (online). Edição virtual, 2013. Disponível em: <http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2015.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

SPIVAK, Gayatri. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: UFMG [2010], 1ª reimpressão, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, Oswaldo; RIBEIRO, Edith. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. – 19. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

VIEIRA, Letícia Becker; CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira, PAULA, Cristiane Cardoso de; TERRA, Marlene Gomes. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 366, 2014.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro-guia de entrevista com as mulheres usuárias da Atenção Primária

Objetivo: Observar se e como, as mulheres percebem as unidades de saúde como um espaço de atenção e cuidado para a violência contra a mulher.

Gostaria que você começasse me contando uma situação, um momento... de atendimento na USF

1. Percepção geral sobre o cuidado na unidade de saúde.

- 1.1. O que você acha sobre o posto de saúde?
- 1.2 E como é o atendimento dos profissionais (ACS, Médico, enfermeiro, dentista...)?
- 1.3 Quando tu vem pro posto de saúde, é por vontade própria ou alguém te chama?
- 1.4 Por quais motivos você vai ao posto?
- 1.5 Com que frequência você vai ao posto? Por quê?
- 1.6 E os teus outros familiares? E os homens?
- 1.7 Tu leva questões da tua vida pessoal para o posto? Se sim, como tu acha que os profissionais recebem? Se não, por quê?
- 1.8 Existe algum espaço ou atividade para as pessoas compartilharem suas questões pessoais/emocionais?

2. Atuação nas situações de violência (citar se sabe algum episódio de violência e seus desdobramentos – se a saúde poderia agir nesses casos)

- 2.1 Tu já passou por alguma situação de violência? Se SIM, o que foi feito? Se NÃO, conhece alguém que já sofreu? E o que foi feito?
- 2.2 Procurou algum lugar? (Delegacia, CRAS, CAPS, Conselho tutelar, hospital...)
- 2.3 E no posto de saúde, você ou a pessoa que você conhece foi ao posto após sofrer violência? Se SIM, como foi? O que os profissionais fizeram? Se NÃO, por quê?
- 2.4 O posto é procurado pelas mulheres para tratar questões sobre VCM?
- 2.5 Os profissionais perguntam sobre VCM?
- 2.6 Você acha que esse é um espaço para tratar esse assunto?
- 2.7 O que tu acha que poderia ser feito no posto sobre VCM?
- 2.8 Que sugestão você daria para melhorar o serviço em relação a VCM?

3. Compreensão do que é a VCM

3.1 O que você entende por VCM?

3.2 Acontece só em casa ou também na rua?

3.3 Tu acha que a violência é só agressão física?

3.4 Tu acha que é comum?

3.5 Porque você acha que acontece?

3.6 O que se deve fazer em caso de violência contra a mulher? (Para a mulher vítima, para quem fica sabendo/viu e a pessoa que agrediu)

3.7 Tu acha que algumas mulheres sofrem mais violência do que outras? (negras, pobres, prostitutas, idosos, etc.)

4. Saúde Mental e VCM

4.1 Tu conheces alguém com algum transtorno/problema mental? Se sim, como é teu contato com essa pessoa? Me fala um pouco dessa pessoa.

4.2 Já participou de alguma atividade sobre saúde mental no posto de saúde?

4.3 Tu acha que a violência contra a mulher pode causar algum transtorno/problema mental?

4.4 Uma Mulher com transtorno/problema mental, é mais fácil de sofrer VCM? O que tu acha disso.

4.5 Você acha que o uso de álcool pelo parceiro/companheiro pode influenciar a violência contra a mulher? Tu conheces algum caso que aconteceu? E a mulher que usa álcool ou outra droga, tu achas que ela pode sofrer mais violência que outras?

4.6 Alguém que você conhece que usa álcool ou outras drogas já fez algum tipo de tratamento para isso?

4.7 Você acha que uma mulher que sofre violência é mais fácil de ter depressão?

4.8 O que tu sabe sobre depressão? Tu conheces alguém que já teve depressão? Tu podes me falar um pouco disso?

4.9 Você acha que a saúde mental das pessoas é cuidada em sua comunidade? Como é esse cuidado na família? E no posto, como é?

Apêndice B – Síntese do projeto guarda-chuva

A proposta de pesquisa “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife”, apoiada pelo edital FACEPE 13/2012 pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – Rede MS/CNPQ/FACEPE/SES - 2ª rodada, tem como coordenador o Prof. Dr. Jorge Lyra e como vice-coordenador o Prof. Dr. Benedito Medrado, e se propõe a refletir sobre como o setor saúde, em particular a saúde da mulher, vem reconhecendo a violência contra a mulher, discutindo a eficácia das ações desenvolvidas no processo de enfrentamento a esse tipo de violência.

Considerando a saúde como direito social, torna-se relevante pensá-la como pauta/demanda/agenda de políticas públicas. Estas demandam da sociedade civil, da Universidade e do Estado avaliações complexas, participativas e políticas que de fato apontem um cenário fomentador da equidade de gênero e da garantia dos direitos humanos das mulheres, especialmente do direito a viver uma vida sem violência. Busca-se, por conseguinte, avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos diante deste problema, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco.

Tem por objetivo geral: Avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos a fim de enfrentar a violência contra as mulheres, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco. Como específicos: 1) Analisar documentos políticos que fazem referência ao enfrentamento à violência contra as mulheres no âmbito da saúde; 2) Mapear as principais ações, programas e projetos de enfrentamento à violência contra as mulheres propostas/executadas pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde (UBS); 3) Identificar como as mulheres buscam e avaliam a atenção prestada pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres; e 4) Observar no cotidiano das UBS como se dá o acolhimento de mulheres em situação de violência e o processo de enfrentamento da violência contra as mulheres por parte dos/as profissionais que ali atuam.

Diante da complexidade do objeto de estudo, são utilizadas distintas abordagens, técnicas e delineamentos metodológicos que se relacionam e se complementam. O desenho metodológico abarca os seguintes eixos: 1) Análise sistemática de documentos políticos, na perspectiva de reunir os principais documentos que fazem referência ao processo de

enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da saúde, em especial no atendimento primário; 2) Mapeamento dos serviços existentes na localidade visando a construção/sistematização de um banco de informações que amplia e facilita a compreensão do contexto em que o projeto está inserido; 3) A avaliação das mulheres, dos profissionais e dos gestores da saúde sobre o papel/lugar/função das Unidades de Atenção Básica em Saúde no enfrentamento da violência, em que, através de entrevistas episódicas, estes atores são convidados a narrar/relatar suas experiências; e 4) Na perspectiva de produzir informações acerca das possibilidades e limites institucionais, no trabalho de enfrentamento da violência contra as mulheres, é realizada a observação do cotidiano, que consiste em uma imersão no dia-a-dia das UBS's do município a fim de analisar o diálogo que há entre as equipes de profissionais com as usuárias.

ANEXOS

Anexo A – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Recife



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca** pesquisador em psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife", sendo orientado por Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

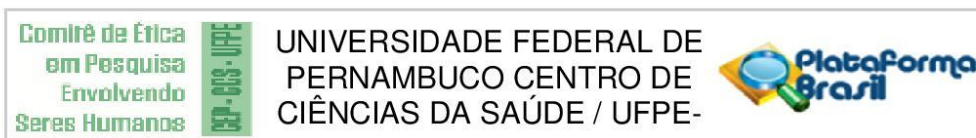
Recife, 29 de maio de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Siqueira
 Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
 Gerente Geral de Formação e Avaliação
 de Desempenho / SECRETARIA DE
 SAÚDE Nº 01/000

Anexo B – Pareceres consubstanciados do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Pesquisador: Jorge Lyra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38648314.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.808

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa, EDITAL FACEPE 13/2012 PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES - 2ª RODADA, de responsabilidade do Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca, contando com a participação de Benedito Medrado-Dantas e das pesquisadoras Danielly Spósito; Telma Low; Suely Oliveira e Dara Felipe.

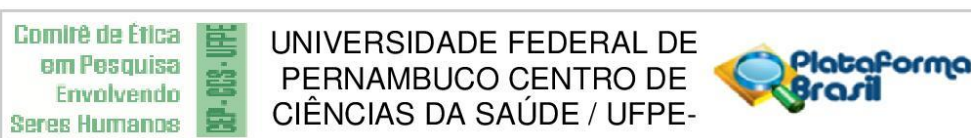
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos a fim de enfrentar a violência contra as mulheres, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco.

Objetivos específicos: 1) analisar documentos de domínio público (propostas de políticas públicas, planos de ação, relatórios etc.) que fazem referência ao enfrentamento à violência contra as mulheres no âmbito da saúde; 2) mapear as principais ações, programas e projetos de enfrentamento à violência contra as mulheres propostas/executadas pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde (UBS); 3) identificar como as mulheres buscam e avaliam a atenção prestada pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres; 4) observar no cotidiano das UBS como se dá o acolhimento de mulheres em situação de violência e o processo de enfrentamento da violência contra as mulheres por parte dos/as

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 897.808

profissionais que ali atuam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS DIRETOS: considerados como mínimos, dada garantia aos participantes de não responder perguntas, mas caso ocorra algum transtorno, o informante poderá ser encaminhado para a Clínica Psicológica da UFPE.

BENEFÍCIOS: pouco precisos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo exploratório-descritivo que será realizado no Distrito Sanitário IV do município de Recife, contando como sujeitos de pesquisa mulheres adultas, com idade acima dos 18 anos, usuárias dos serviços de saúde, não necessariamente vítimas de violência e profissionais dos serviços de saúde das Unidades de Saúde da Família. Serão feitos os seguintes procedimentos: 1) análise de documentos; 2) mapeamento da rede de serviços; 3) entrevistas com as mulheres; 4) observação no cotidiano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados os principais, carta de anuência, termo de consentimento, currículo do pesquisador, orçamento, cronograma.

Recomendações:

Rever a forma de devolução de resultados no local de realização de entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Identificar os benefícios diretos aos participantes de pesquisa;
- 2) Indicar a contribuição de cada um dos membros da equipe de pesquisa;
- 3) Explicar como será feita a guarda do material e a garantia de confidencialidade.

Situação do Parecer:

Pendente

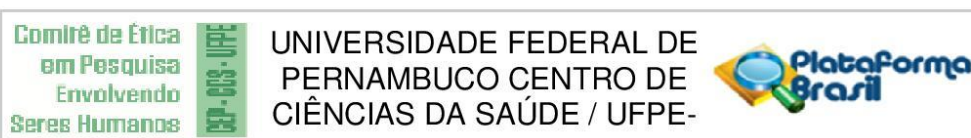
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o mesmo encontra-se em pendência. O(A) pesquisador(a), deverá atender as considerações do parecer consubstanciado e corrigindo as pendências indicadas, diretamente no projeto de pesquisa (PBrasil) e no projeto completo em WORD e, caso necessário, no modelo do TCLE- estacando todas as modificações com MARCADOR

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 897.808

AMARELO, nos 2(dois)projetos. O (A) pesquisador (a) tem 60 dias para responder aos quesitos formulados pelo CEP em seu parecer. Após esse prazo, o projeto será considerado arquivado (res.466/12).

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Pesquisador: Jorge Lyra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38648314.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 942.839

Data da Relatoria: 28/01/2015

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

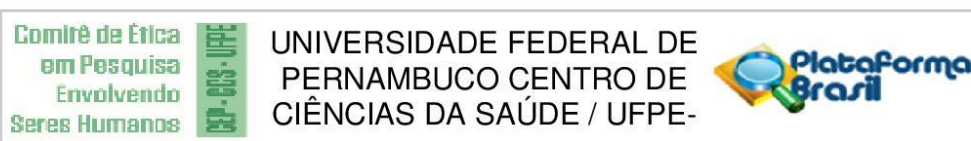
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 942.839

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 02 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde na cidade do Recife”, que está sob a responsabilidade do Pesquisador Prof. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca, com endereço na Rua Mardônio de Albuquerque Nascimento, 129, Várzea, Recife, Pernambuco, CEP 50.741-380, telefone (81) 9922.6868, E-mail jorglyra@gmail.com

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa:

Este projeto se propõe a refletir sobre como o setor saúde, em particular a saúde da mulher, vem reconhecendo a violência contra a mulher, discutindo a eficácia das ações desenvolvidas no processo de enfrentamento a esse tipo de violência. Considerando a saúde como direito social, torna-se relevante pensá-la como pauta/demanda/agenda de políticas públicas. Estas demandam da sociedade civil, da Universidade e do Estado avaliações complexas, participativas e políticas que de fato apontem um cenário fomentador da equidade de gênero e da garantia dos direitos humanos das mulheres, especialmente do direito a viver uma vida sem violência. Buscar-se-á, por conseguinte, avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos diante deste problema, no contexto da Atenção Básica em Saúde, na cidade do Recife, Pernambuco. Utilizar-se-á uma metodologia criativa, a partir de estratégias como análise documental, mapeamento de rede, entrevistas episódicas e observações no cotidiano.

Período de participação do sujeito: entre 1 e 2 horas, por entrevista.

Riscos diretos para o participante: Informamos que a participação neste estudo apresenta risco mínimo do ponto de vista da integridade física, social e emocional dos participantes. Porém, se por ventura, nas entrevistas algum constrangimento ou desconforto moral/emocional ocorrer ou for pelo participante revelado, o(a) Sr(a) receberá orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade.

Benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Como benefício as informações fornecidas pelo(a) Sr(a) serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do coordenador da Pesquisa, no seguinte endereço:

Grupo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Av. da Arquitetura s/n - 7º Andar, Departamento de Psicologia - Cidade Universitária - Recife - PE, CEP: 50740-550, Fone/Fax: (81) 2126 8271, E-mail: gema@ufpe.br, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor(a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

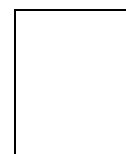
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde na cidade do Recife”**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____



Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____