



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**O ESTIGMA DA PACIENTE POLIQUÊIXOSA E A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ELOÍSA POMPERMAYER RAMOS

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**O ESTIGMA DA PACIENTE POLIQUÊIXOSA E A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ELOÍSA POMPERMAYER RAMOS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Robson Zazula - Doutor em Ciências da Saúde.

Foz do Iguaçu
2023

ELOÍSA POMPERMAYER RAMOS

**O ESTIGMA DA PACIENTE POLIQUEIXOSA E A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Robson Zazula
UNILA

Me. Tatiane Superti
UNESP

Esp. Angela Gisele Cardin
Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu, 02 de Março de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Eloísa Pompermayer Ramos

Curso: Residência Multiprofissional em Saúde da Família

| | Tipo de Documento |
|----------------------|--------------------------------------|
| (.....) graduação | (.....) artigo |
| (X) especialização | (X) trabalho de conclusão de curso |
| (.....) mestrado | (.....) monografia |
| (.....) doutorado | (.....) dissertação |
| | (.....) tese |
| | (.....) CD/DVD – obras audiovisuais |
| | (.....) _____ |

Título do trabalho acadêmico: O estigma da paciente poliqueixosa e a invisibilidade da violência doméstica na Atenção Primária à Saúde.

Nome do orientador(a): Robson Zazula.

Data da Defesa: 02/03/2023.

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 02 de Março de 2023.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todas as pessoas que lutam por uma sociedade mais igualitária. Para que sintam-se abraçados e lembrem-se que não estamos sozinhos, somos muitos os que resistimos mesmo com todo um sistema criado para nos silenciar. Dedico este trabalho a nós mulheres para que por meio dele possamos ver que juntas nós somos o apoio que não recebemos no social e assim já não aceitaremos nossa culpabilização, nossa voz há de ecoar!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha família, a minha irmã e ao meu companheiro pelo suporte emocional que me proporcionaram ao longo desses dois anos de residência, sem esse apoio e carinho o caminho percorrido até aqui teria sido mais íngreme e jamais seria possível hoje comemorar a aprovação deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos pelas constantes palavras de incentivo, por se interessarem e questionarem sobre meu trabalho, buscando estarem atualizados dos novos desafios que estava enfrentando sempre expressando acreditarem no potencial de transformação social de minha atuação. A confiança de vocês foi essencial para eu continuar acreditando e seguindo nos dias mais difíceis.

Agradeço a esta instituição de ensino por ofertar o Programa de Residência Multiprofissional possibilitando que eu pudesse desbravar o SUS ao atuar em Saúde da Família enquanto psicóloga residente. Agradeço pelas inúmeras formas me apresentadas de atuar por meio da psicologia e por me instrumentalizar para uma produção de práticas contextualizadas e alinhadas com as necessidades dos usuários, do território e da equipe.

Agradeço ao meu professor orientador, Robson Zazula, que foi meu tutor durante a residência e me acompanhou em vários momentos, desde a angústia do chegar em uma cidade em que não conhecia nada nem ninguém, até esse momento no qual o sentimento de realização se faz presente. Sou grata não somente pela orientação que permitiu o existir deste trabalho, mas sobretudo pela acolhida e apoio nos momentos de angústia, pela paciência no processo de construção teórica, pelas conversas, pelos conhecimentos e trocas de saberes proporcionados.

Agradeço a minha preceptora, Angela Gisele Cardin, que me acolheu não só em âmbito profissional, mas pessoal em tantos momentos difíceis que passei nesses anos, sempre de forma humana e sensível. Agradeço pelas conversas e trocas que tivemos durante esse tempo em que estivemos juntas, sejam elas da vida ou do trabalho, todas me foram importantes e guardo com muito carinho. Sou grata por acreditar e confiar em mim como profissional, por topar meus projetos mais caóticos, ao mesmo tempo que tão potentes e por sempre me incentivar.

Agradeço a integrante da banca examinadora, Tatiane Superti, que durante a graduação tive a honra de chamar de professora, e que sob sua orientação no estágio que pude ter um primeiro gostinho do vivenciar ser psicóloga em saúde da família.

Sou imensamente grata por todas às vezes que na faculdade você foi meu suporte emocional, por sempre me lembrar que a transformação social é difícil, mas não impossível. Por após a faculdade, ainda hoje acompanhar meus projetos e percorrer, motivando-me sempre com uma boa dose de arte revolucionária para impulsionar.

Agradeço às equipes do distrito norte que me receberam e a cada profissional que as compõe, agradeço especialmente a equipe multidisciplinarna qual me fiz mais presente. Dizem que uma andorinha só não faz verão, eu afirmo que um profissional sozinho não proporciona transformação, se este relato aponta essa possibilidade é porque contei com equipes seja esta que me auxiliou a fundar o grupo, seja as demais que participaram de meu processo de formação ao atuar conjuntamente no serviço.

E por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus colegas de residência da turma de R2s e de R1s, pelas conversas que proporcionaram descontração nos momentos turbulentos e esperança nas adversidades, principalmente durante o tempo que atuamos na pandemia. Sou grata por todas as discussões em sala, nos serviços de saúde e em outros momentos de encontro, que tornou possível também o desenvolver de uma práxis que tem como central a interdisciplinaridade para o atendimento integral do usuário.

*En verdad en verdad les digo:
No hay nada más poderoso en el mundo que una mujer.
Por eso nos persiguen.*
Gioconda Belli

RESUMO

Introdução: Este trabalho descreve a experiência grupal com mulheres realizada em uma unidade de saúde da família localizada em um município de tríplice fronteira da região oeste do estado do Paraná. A intervenção decorre de questionamentos emergentes durante as práticas de residência multiprofissional em saúde da família, onde frequentemente observava-se a inquietação e solicitação de apoio da equipe quanto a usuárias compreendidas como poliqueixosas. **Objetivo:** Para além do relatar, o objetivo deste trabalho trata-se principalmente de refletir a invisibilidade da dor que levaram essas usuárias a buscarem a unidade quando são tidas como poliqueixosas em decorrência de um modelo biomédico. **Método:** As intervenções pautaram-se na Psicologia Histórico-Cultural, sendo realizados 8 encontros de duração média de 1h30 num período de 2 meses. Para a formação do grupo solicitou-se indicação aos profissionais de usuárias poliqueixosas, após realizou-se contato telefônico e agendamento de acolhimento para escuta inicial, apresentação e convite para o grupo. **Resultados e Discussão:** Identificou-se com as intervenções que a poliqueixa encobria a real demanda dessas mulheres que estavam situação de violência, e que ao proporcionar um espaço em que tivessem suas dores reconhecidas e a escuta para além de suas queixas, puderam emergir enquanto sujeito, criar rede de apoio e refletir sobre sua história, promovendo saúde por meio do grupo. **Considerações Finais:** O relato, portanto, contribui para sensibilização do olhar dos profissionais frente a esse fenômeno, e explicita uma forma de cuidado possível e potente no contexto de atenção primária no desafio que é o compreender e atender essa demanda.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Violência contra a Mulher, Poliqueixa, Mulheres, Gênero.

RESUMEN

Introducción: Este trabajo describe la experiencia grupal con mujeres realizada en una Unidad de Salud de la Familia localizada en un municipio de triple frontera en la región oeste del departamento del Paraná. La intervención discurre de cuestionamientos emergentes durante las prácticas de residencia multiprofesional en salud de la familia, donde frecuentemente se pudo observar la inquietud y solicitud de apoyo desde el equipo frente a las usuarias comprendidas como poli quejosa. Objetivo: Además de relatar, el objetivo de este trabajo es de reflexionar sobre la invisibilidad del dolor que estas usuarias llevan para buscar la unidad que son vistas como poli quejosas en virtud del modelo biomédico. Método: Las intervenciones fueron basadas en la Psicología Histórico-Cultural, fueron realizados ocho encuentros los cuales tuvieron duración media de una hora y treinta minutos en un periodo de dos meses. Para la formación del grupo he sido solicitado la indicación por parte de los profesionales de usuarias poli quejosas, luego se realizó el contacto telefónico y e agendamiento de una acogida inicial a fin de invitar a participar del grupo. Resultados y Discusión: Se identificó con las intervenciones que la poli queja encubría la real demanda de estas mujeres las cuales encontraban-se en situación de violencia y al proporcionar un espacio en que tuviesen sus dolores reconocidas y una escucha además de sus quejas se pudieron emerger como sujetos, crear redes de apoyo y reflexionar sobre su historia, promoviendo salud a través del grupo. Consideraciones Finales: El relato contribuye por lo tanto para la sensibilización de los profesionales frente a este fenómeno, e explicita una forma posible de cuidado en el contexto de la atención primaria en el desafío de comprender y atender esta demanda.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Violencia contra la Mujer, Poli queja, Mujeres, Género.

ABSTRACT

Introduction: This paper describes a women group experience that have been held in a health unit located in west region of Paraná characterized as a triple border city. The intervention took place through questions that have emerged during a Family health residency process, where could be observed the discomfort caused by sufferers of undefined symptoms which frequently made the staff request support on these cases. **Objective:** Besides describing, the objective of this paper is mainly think about the invisibility of the pain carried by these women which made them search for the unit where they are neglected outcome a biomedical model. **Method:** The method used were interventions based on historical-cultural Psychology. There have been eight meetings with one hour and a half of duration during a period of two months. In order to build the group, it had been requested the suggestion of the health unit professionals and made calls to schedule an initial listening to know them and invite to the group. **Results and Discussion:** As a result, it has been realized that the symptoms were hiding the real demand of those women who were in a violent situation. Offering a space where their pains could be valued and they could be listened gave them a place to emerge as a subject, build support network e think about their histories promoting health through the group. **Final Considerations:** The description contributes for the professional awareness about this phenomenon and clarify a way to care that is possible in the context of Primary Attention considering its challenges.

Keywords: Primary Health Care, Violence Against Women, Sufferers of Undefined Symptoms, Women, Gender.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|-------------------------------------|
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| NASF | Núcleo Ampliado da Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PHC | Psicologia Histórico-Cultural |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 16 |
| 2.1 SOCIAL: FATOR DETERMINANTE OU DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA? | 16 |
| 2.2 POLIQUEIXA: VALIDAÇÃO TÉCNICA DA INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO DO SUJEITO | 18 |
| 2.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: REFLEXÕES FRENTE SUA CONSTITUIÇÃO NA SOCIEDADE CAPITALISTA | 22 |
| 3. MÉTODO | 25 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 29 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 38 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser compreendida enquanto um direito de todos e dever do Estado, cabendo a ele garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988), para atender a este objetivo é instituído por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990a). Com a Lei 8.080 e a Lei de nº 8.142 (BRASIL, 1990b) o conceito de saúde amplia-se, deixando de compreender saúde enquanto ausência de doença, pautado num modelo biomédico e hospitalocêntrico de atenção, para ser compreendido enquanto conjunto de direitos, determinantes e condicionantes relacionados à vida dos sujeitos, mudando para um modelo de atenção baseado na integralidade das ações, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Para tanto, o SUS é organizado de forma regionalizada e hierarquizada estando dividido nos três níveis de atenção considerando a complexidade (CINTRA; BERNARDO, 2017), sendo o nível de atenção primária o contato preferencial dos usuários, porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2011). A Atenção Primária à Saúde - APS tem por características desempenhar um conjunto de ações, em âmbito individual e coletivo, voltados à promoção, proteção e prevenção de agravos em saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a APS passa a contar em 1994 com o Programa Saúde da Família que, mais tarde, é consolidado enquanto estratégia permanente recebendo o nome de Estratégia Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2006a). No entanto, expunham-se a ESF desafios voltados à integração a rede, ao aumento da resolutividade e a capacidade em compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, frente a essa realidade é criado em 2008 o Núcleo Ampliado da Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008).

Tendo como horizonte a produção e apoio às equipes na produção de um cuidado por meio do compartilhamento de saberes multiprofissionais, o NASF objetiva superar a lógica da fragmentação e individualização do sujeito, promovendo corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Entretanto, apesar de sua importância, os NASFs foram extintos do incentivo federal na adoção, em 2020, do novo modelo de financiamento, assim, cada gestor local pode definir se manteria os profissionais nesse ponto de atenção e de que forma os manteria (BRASIL, 2020).

No município do referido relato de experiência, com a extinção dos NASFs os profissionais que compunham esta equipe (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, e assistentes sociais) foram redirecionados para as Equipes Multidisciplinares, as quais são compostas por meio da parceria com a UNILA por residentes de saúde da família. Estes profissionais atuam nos distritos sanitários do município estando presentes nas unidades de saúde.

Por ser a APS porta de entrada dos usuários à rede de saúde, inúmeros são os desafios e as demandas no cotidiano, entre elas, a violência de gênero se faz presente, incidindo principalmente em pessoas do gênero feminino, constituindo-se em uma questão de saúde pública (MINAYO, 2006). No Brasil, estima-se que das queixas levadas aos serviços de saúde por mulheres, 35% delas estejam associadas a violências que sofrem, sobretudo nas relações com seus companheiros (MINAYO, 2006).

O Ministério da Saúde, em material produzido acerca da violência intrafamiliar, corrobora com este dado, afirmando que as mulheres em situações de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde e salienta que infelizmente muitas vezes essa demanda não é identificada pois essas mulheres são tidas como “poliqueixosas” em decorrência de suas queixas serem vagas e crônicas e por demonstrarem resultados normais nos exames e investigações realizadas (BRASIL, 2001).

Com isso, a identificação e o atendimento a essa demanda por vezes invisibilizada torna-se essencial, portanto, o presente trabalho busca contribuir justamente relatando a experiência grupal desenvolvida com mulheres que manifestavam múltiplas queixas inespecíficas que resultavam em contínuas buscas por atendimento da equipe de saúde da família na unidade.

Desse modo, o objetivo desse artigo é relatar a experiência grupal com mulheres tidas como poliqueixosas como estratégia de cuidado, prevenção e enfrentamento a situações de violência. Mais do que relatar, trata-se principalmente sobre: refletir a necessidade de um olhar crítico do psicólogo para um real atendimento às demandas; colaborar na problematização do termo “poliqueixa” e seu encobrir de um sofrimento psíquico; refletir acerca da patologização e medicalização de mulheres na atenção primária; provocar sensibilização nos profissionais de saúde frente a esse cenário, compreendendo as necessidades de cuidado desses usuários; e evidenciar a potência do uso do atendimento em grupo como metodologia de cuidado à saúde da mulher.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SOCIAL: FATOR DETERMINANTE OU DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA?

Apesar do SUS reivindicar a necessidade do conceito ampliado de saúde, a concepção hegemônica que se faz presente continua a ser a compreensão de saúde enquanto ausência de doença, ao colocar a doença como a alteração do funcionamento normal do corpo orgânico (GOMES, 2020). Ou seja, a clínica tradicional de modelo de cuidado biomédico centrado na doença de bases individualistas e biologicistas continua dominante nas práticas em saúde.

Isso deve-se a consolidação que esta concepção teve ao longo da história em decorrência de uma série de transformações sociais (GOMES, 2020), pois como aponta Gomes (2020, p. 149 *apud* BARATA, 1985) “as concepções de saúde e doença acompanham os avanços e limites da humanidade na intervenção e interpretação do mundo”.

Se, na sociedade escravagista, a preocupação com a vida dos escravos era individual de cada proprietário e, no feudalismo, a responsabilidade recaía em sua maioria nas próprias comunidades de servos, com o advento do capitalismo, ocorre uma valoração do corpo humano (GOMES, 2020). O modo de produção capitalista e suas necessidades de expansão permanente das forças produtivas e das relações de produção implica agora em preocupação social com a vida (GOMES, 2020), ou melhor, com o corpo da mão-de-obra.

Com isso, o Estado assume esse papel de preocupação e intervenção estando a serviço dos interesses burgueses, gerando aparatos para isso, como a polícia médica e posteriormente o higienismo (GOMES, 2020). Portanto, contando agora com a medicina para esta intervenção a partir da mudança de compreensão do corpo como inviolável morada da alma no obscurantismo cristão, para o entendimento de um corpo composto por órgãos e sistemas passível de manipulação técnica com o advento do antropocentrismo e cartesianismo (GOMES, 2020).

Para essa intervenção, o que se assume é uma concepção de saúde pautada na ausência de doença, de caráter biologicista e que tem origem na estrutura social (GOMES, 2020 *apud* DONNANGELO, 1976), pois nesse sistema a doença seria a

expressão da alteração do funcionamento normal, sendo que, a determinação de funcionamento normal trata-se de algo externo, diz respeito a sua inserção social nas relações de trabalho. (GOMES, 2020). Segundo Gomes (2020), o funcionamento adequado é em última instância se o corpo pode realizar o papel que fora destinado ao seu proprietário.

Afirmções que corroboram e denunciam a origem do cenário que vivenciamos, no qual os sujeitos buscam aos serviços de saúde quando o corpo não está adequado à vida cotidiana (GOMES, 2020). Essa compreensão de homem e corpo naturalizante e a-histórica, implica dizer que o corpo e o homem são os mesmos no decorrer da história, o que mudaria seriam os contextos que podem ser mais ou menos favoráveis ao seu desenvolvimento e funcionamento (GOMES, 2020).

Como coloca Lane (1984), ao compreender o desenvolvimento do psiquismo como algo dado pela natureza com destino traçado e universal, cabe ao profissional apenas auxiliar quando por algum motivo esse trajeto é desviado, dito isso, o social é entendido apenas como algo que num contexto ajuda ou atrapalha, mas nunca como algo produzido pelo homem.

Estendendo a contribuição de Lane para a concepção de saúde-doença além do campo psíquico, é possível perceber que esta naturalização cumpre um papel importante nessa sociedade, pois se isenta da responsabilidade do adoecimento produzido em decorrência de sua estrutura social, atribui ao sujeito a responsabilidade frente a seu adoecimento ou a uma mera causalidade e promove por meio da medicina a intervenção autorizada para que o corpo do sujeito volte a cumprir com sua função social, a de ser mão-de-obra no caso da classe proletária.

Com o modelo da História Natural da Doença, criado em 1965, temos a efetivação de uma concepção naturalizante e o social como apenas um fator, neste as causas patogênicas possíveis seriam: o agente, o meio ambiente e o hospedeiro; fragmentando a realidade em fatores de risco (ALMEIDA, 2018). Os sujeitos tornam-se responsáveis pelas suas condições de vida e saúde cabendo a eles o combate ao conjunto de riscos e como medidas temos a prescrição de hábitos e estilos de vida saudáveis (GOMES, 2020).

As raízes sociais das condições de saúde-doença da classe trabalhadora começam a ser denunciadas na década de 1970 na América Latina, formando a Medicina Social Latino-Americana (GOMES, 2020). A nomenclatura por estar subordinada ao campo médico é criticada, passando a ser conhecida como Saúde Pública, e mais tarde, no Brasil, como Saúde Coletiva, por Pública ter uma vinculação estatal (ALMEIDA, 2018).

A concepção latino-americana incorpora o método materialista histórico-dialético e defende que o processo saúde-doença pode ser compreendido somente a partir de sua determinação pelas relações de produção e reprodução social (GOMES, 2020). Defendendo que os processos produtivos precisam ser compreendidos enquanto processos de consumo, não somente de meios de produção, como de força de trabalho, o que significa que são desgastadas as capacidades humanas (GOMES, 2020).

Uma sociedade desigual origina sujeitos desiguais e processos de saúde-doença também desiguais, o adoecimento é determinado socialmente, como aponta Almeida (2018), mesmo que se expresse no sujeito, em seu biológico e psicológico. Essa expressão é determinada pela reprodução social e pelas condições particulares de vida dos sujeitos a depender de sua inserção de classe, processo de trabalho, sua condição de gênero e etnia, etc (ALMEIDA, 2018).

Logo, pensar o processo saúde-doença na compreensão latino-americana é considerar a dialética singular-particular-universal, entendendo que o sujeito é constituído na universalidade histórico-social por meio da mediação da particularidade (ALMEIDA; BELLENZANI; SCHÜHLI, 2020). Trata-se de uma defesa marxista reafirmada pela Psicologia Histórico-Cultural na qual a constituição do sujeito singular ocorre na relação do indivíduo com o gênero humano (universal), estando mediada pela relação indivíduo-sociedade (particular) (ALMEIDA, 2016). Ou seja, o sujeito singular se constitui nesse processo de apropriação na relação com outros seres de tudo o que compreendemos como humano de origem na vida em sociedade que é criado e repassado socialmente (genericidade).

É justamente essa a concepção de saúde-doença adotada neste trabalho, que auxiliará a refletir o quanto a compreensão do social enquanto mero fator de risco e não de determinação do processo saúde-doença implica em uma invisibilidade da real demanda das usuárias, categorizando-as enquanto poliqueixosas e adotando condutas não resolutivas ao focar-se no biológico numa busca por um diagnóstico patológico.

2.2 POLIQUEIXA: VALIDAÇÃO TÉCNICA DA INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO DO SUJEITO

O termo Sofrimento Difuso foi criado por Valla visando nomear queixas inespecíficas após constatar que estas eram uma das maiores demandas de saúde nas classes populares (proletária) e que geralmente não recebiam respostas nos serviços

(FONSECA et al., 2008 apud GUIMARÃES et al., 2005). Despreparados para acolher e cuidar dessa demanda, muitos profissionais classificam estes usuários como: poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos, ou pitiáticos (FONSECA et al., 2008).

Em seu artigo, Fonseca et al (2008) aponta que uma das formas possíveis de classificação de parte desses usuários é o diagnóstico de transtornos mentais comuns, ressaltando o conhecimento acerca das críticas ao conceito em decorrência de uma psiquiatrização e medicalização, o autor afirma adotar esta classificação visando a aprendizagem de uma determinada manifestação de sofrimento e como categoria possível a investigação.

Em seu artigo, o autor por meio de pesquisas trazidas ao longo de seu texto aponta a relação entre a incidência na saúde mental com populações que se encontram em vulnerabilidade econômica e social, destacando a potência da rede de apoio que pode ser estimulada pelos serviços de saúde ao considerar que, quanto maior a rede de apoio menor será a probabilidade de desenvolver esses transtornos (FONSECA et al., 2008).

Aponta também, que em países periféricos os baixos níveis educacionais, privações econômicas, ser do sexo feminino e ter idade avançada constituem-se como fatores associados aos transtornos mentais comuns (FONSECA et al., 2008 apud PATEL et al., 1999). Enquanto efeito protetivo propõe, como mencionado, a rede de apoio do usuário, esta definida como: ter companheiro, contar com familiares que confia, participar de atividades esportivas ou artísticas, e frequentar grupos religiosos (FONSECA et al., 2008 apud FORTES, 2004). Apesar desses apontamentos, não estariam as populações socialmente vulneráveis fadadas aos transtornos, contudo, são as suas condições de vida que proporcionam esse tipo de manifestação de sofrimento com maior facilidade (FONSECA et al., 2008).

Fonseca et al (2008) evidencia que as queixas inespecíficas e associados sintomas são tidos nos serviços de saúde primeiramente como sofrimento somático, seja porque se tem maior legitimidade de sofrimento real aquilo que é físico ou corporal pelos profissionais e população atendida, seja devido a essa forma de se expressar estar relacionada com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento das classes populares, desse modo implicando numa visão dicotômica de corpo e mente. Afora a problemática acima, o não reconhecimento desse sofrimento implica em gastos desnecessários com exames e encaminhamentos, em dificuldades de acolhimento e na

abusiva prescrição de benzodiazepínicos (FONSECA et al., 2008 apud FORTES, 2004; apud ROZEMBERG, 1994).

Por vezes, essa população ainda é tida como somatizadores, em uma pesquisa realizada por Fortes, este distinguiu a diferença entre os somatizadores de apresentação, que se trata de usuários que realizam a queixa somática apenas como uma forma primeira de revelar seu sofrimento, e os somatizadores reais que questionados negam qualquer origem relacional ou emocional, insistindo na hipótese unicamente orgânica (FONSECA et al., 2008 apud FORTES, 2004). A pesquisa revelou que 90% da amostra tratavam-se de somatizadores de apresentação, por conseguinte, o dado aponta para a eficácia do acolhimento nos serviços realizando a escuta do usuário, visto que social e culturalmente expressar o sofrimento por meio de queixas somáticas é uma maneira mais aceita de reconhecer uma condição limite que necessita de auxílio em serviços para alívio do sofrimento (FONSECA et al., 2008 apud FORTES, 2004).

Com relação às afirmações realizadas pelo autor, destaca-se que estas trazem importantes contribuições para a discussão quando retrata a incidência dessa demanda nos serviços, bem como, o despreparo presente dos profissionais em atendê-la e serem resolutivos. Apesar disso, na base discursiva do autor persiste a ideia do social enquanto apenas um fator de risco, e nisto se faz necessário discordar, pois não é o contexto do sujeito por si que implica no adoecimento, mas sim a estrutura social que dá origem ao sofrimento, conforme exposto no capítulo anterior.

Se trata, como o autor trouxe, das condições de vida as quais esses sujeitos estão submetidos, todavia, fazer essa afirmação não basta, é preciso a denúncia de que essas condições e adoecimento não são meros acasos ou decorrentes do social como apenas um dos fatores, mas do social como determinação desse processo saúde-doença que é implicado a depender da inserção social do sujeito nesse modo de produção.

Outro ponto de contribuição para refletir o cenário frente a essa demanda é trazido quando Fonseca et al (2008) aponta a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, ou solicitação de exames e encaminhamentos desnecessários, não resolutivos, que demonstra a busca desenfreada do adoecimento no biológico. Quadro que se consolida quando o autor exhibe a pesquisa de Fortes na qual a maioria da população tida por somatizadores, se ouvida e questionada pelos profissionais tendem a falar de situações vivenciadas em decorrência das relações e emoções, demonstrando a importância do acolhimento preconizado pelo SUS na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013).

Podemos indicar que esses apontamentos possuem relação com a psiquiatria, que produz uma naturalização do sujeito a bioquímica cerebral, em que esta somente pode ser regulada por meio do uso dos remédios (GUARRIDO, 2007). Por esse motivo, cada vez mais a medicação tem participado da nomeação do transtorno, visto que, se o funcionamento bioquímico é a verdade do sintoma e do transtorno, os efeitos da medicação dão validade a descoberta ou não deste sintoma e transtorno (GUARRIDO, 2007).

Como Fonseca et al (2008) aponta, há casos de pacientes com transtornos mentais comuns com quadros de fato ansiosos, depressivos ou somatoformes, com intensidade moderada ou grave, que precisam receber atenção, e por vezes tratamento medicamentoso. Logo, não se trata de ser contrário ao tratamento médico e medicamentoso de contribuições já comprovadas, e sim de se posicionar frente à medicalização, que transfere problemas de ordem social para a saúde banalizando o uso da medicação (FRANCO; MENDONÇA; TULESKI, 2020).

Portanto, é necessária a concepção de saúde-doença latino-americana que entenda o social não como fator ou apenas um conjunto de indivíduos, mas sim o social enquanto produto e produtor do homem e dialeticamente o homem enquanto produto e produtor da sociedade. Pois, isso implica num fazer de compromisso social ao compreender que esse social por ser produzido pelo homem, pode ser transformado por ele e nesse sentido, a ciência, inclusive a psicológica, tem seu papel tal como defende Silvia Lane (1984).

Destaca-se que foram utilizadas as terminologias diagnósticas até o momento respeitando a contribuição dos autores e posicionamento destes, no entanto, no decorrer do trabalho será adotado o termo sofrimento psíquico quando se referir às expressões exteriorizadas pelos sujeitos. Sofrimento psíquico, aqui, é compreendido enquanto: “processo produzido na dinâmica da vida de uma pessoa – que vive num dado lugar, com certas relações interpessoais, que tem determinada atividade e rotina cotidiana, com certas necessidades, interesses e problemas – e que produz obstruções nos seus “modos de andar a vida””(ALMEIDA, 2018, p. 58), ou seja, enquanto um processo produzido em suas condições de vida decorrentes da estrutura social.

Em síntese, o que buscou-se evidenciar neste capítulo é que a presença da concepção de saúde-doença nos serviços permanece hegemonicamente correspondendo a ideia de saúde enquanto ausência de doença e de uma visão naturalizante de homem, por consequência, a busca desenfreada de um desequilíbrio biológico. Nesse processo, o

sofrimento psíquico muitas das vezes não encontra espaço de fala tendo sua dor silenciada, enquanto sua demanda real é invisibilizada já que o social não é compreendido como determinação do processo saúde-doença, como no caso das usuárias atendidas nas intervenções relatadas nesse artigo.

O presente relato de experiência evidencia o que o Ministério da Saúde afirma ao dizer que as mulheres em situações de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde, e que infelizmente muitas vezes essa demanda não é detectada por serem tidas como “poliqueixosas” em decorrência de suas queixas serem vagas e crônicas, e por possuírem resultados normais nos exames e investigações realizadas (BRASIL, 2001).

Logo, em decorrência da concepção de saúde-doença adotada, profissionais acabam por não legitimar o sentimento dos sujeitos de uma necessidade de auxílio ao não compreender essa demanda, incorrendo na nomeação desses enquanto poliqueixosos, termo que passa a naturalizar e descredibilizar a busca dos usuários pelo atendimento incorrendo em uma inobservância de cuidado.

2.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: REFLEXÕES FRENTE SUA CONSTITUIÇÃO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Pensando o retratado no decorrer das práticas grupais, onde a violência doméstica se fez presente e causa da recorrente procura dos atendimentos na unidade, o capítulo justifica-se e busca contribuir no ampliar da discussão acerca da defesa de uma concepção de homem e de saúde-doença como determinação social. O gênero nos serviços e cadernos de saúde tal qual o social é defendido como um fator, o que fica mais demarcado com as produções da Organização Mundial da Saúde - OMS, em que esta afirma que a violência doméstica e sexual é um fenômeno que ocorre em diversas regiões do mundo, consistindo um determinante no desenvolvimento de transtornos mentais (HENRIQUE et al., 2020 apud OMS, 2001).

Apesar disso, o que essa informação oculta é justamente a raiz do problema, caracteriza a violência como mais um aspecto ambiental, mas não menciona a estrutura social que produz e reproduz a violência (HENRIQUE et al., 2020). Como afirma Kergoat (2003) as condições que homens e mulheres vivem são produtos de construções sociais originadas em decorrência da divisão sexual do trabalho, e não de um destino biológico.

A divisão sexual do trabalho se caracteriza por destinar à esfera produtiva ao homem e a esfera reprodutiva a mulher, resultante em dois movimentos, a separação, que cria trabalhos de homens e de mulheres, e a hierarquização, pois se o trabalho do homem está atrelado à esfera produtiva (riqueza social) é então mais importante que o da mulher (KERGOAT, 2003). Deste modo, o indivíduo tem suas relações, atividades e papéis a desempenhar socialmente com expectativas e determinantes que derivam dessa divisão.

Outro fator que colabora frente as expectativas e o autorizado aos sujeitos em virtude de seu sexo biológico deve-se ao fato de ao longo dos milênios ter sido atribuído ao homem a caça cabendo a ele a função de caçador, com esta figura do homem caçador, foram-lhe conferidas as características de ser instintivo, selvagem, violento, agressivo, dominador, forte, racional e corajoso (SAFFIOTI, 1987). Enquanto a mulher teria sua função voltada ao preparo da caça trazida pelo marido e ao cuidado dos filhos, desse modo, a figura da mulher representada pela ideia de ser frágil, dócil, emotiva e passiva (SAFFIOTI, 1987).

Com a ampliação do capital na industrialização, a mulher proletária é inserida na produção, mas a hierarquização da divisão do trabalho permanece e o trabalho do homem mantém-se mais valorizado, considerando-a enquanto ajudante e não provedora do lar, logo, é submetida a uma extrema exploração de sua força de trabalho e a desproporcional remuneração (SAFFIOTI, 1987). Apesar de adentrar a produção, continua a ser papel da mulher as atribuições domésticas, acarretando em uma dupla jornada de trabalho, que se não for cumprida pode ser cobrada e até punida por seu marido posto que este detém poder sobre seu corpo, assegurado pelo patriarcado (SAFFIOTI, 1987).

Segundo Saffioti (1987), a violência contra a mulher advém ainda do sentimento de fracasso do homem ao estar numa sociedade desigual que cobra dele o seu exercício de provedor e o responsabiliza por suas dificuldades em desempenhar o mesmo. Por conseguinte, o homem passa a aliviar sua frustração por vezes no uso abusivo do álcool e no único poder que possui enquanto proletário, o de dominador de sua mulher e filhos.

O panorama consequente da divisão sexual do trabalho revela-se igualmente em mulheres proletárias que mesmo ao reconhecer estarem sofrendo violência permanecem na relação, uma vez que, em caso de separação, esta classe não possui muitos bens a dividir e sem a remuneração do marido ela e seus filhos ficariam provavelmente em situação de pobreza e fome, diferente da mulher burguesa (SAFFIOTI, 1987).

Quanto ao homem, alienado pela ideologia dominante não tem a percepção de que também sofre em razão da cobrança do papel de provedor e que ao sua companheira e/ou filha ter uma remuneração menor impacta em um menor poder aquisitivo para a família (SAFFIOTI, 1987). É a consolidação da burguesia sobre o proletariado ao a ideologia dominante não permitir ao dominado a consciência de que tais construções são sociais e lhe são prejudiciais, reproduzindo-as e corroborando na manutenção do sistema (NETTO, 2001).

Ademais, é importante lembrar que como traz a Lei Maria da Penha a violência contra a mulher, não concerne apenas a física, mas a outras formas, são elas: psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006b).

A violência física é caracterizada enquanto qualquer conduta contra a integridade ou saúde corporal da mulher (BRASIL, 2006b). Entende-se por violência psicológica qualquer conduta que cause dano emocional ou a autoestima, que prejudique ou perturbe o desenvolvimento, ou que lhe busque degradar ou controlar suas ações, comportamentos, decisões e crenças seja por qualquer meio que implique prejuízo à saúde psicológica e a autodeterminação (BRASIL, 2006b).

Acerca da violência sexual, compreende-se que esta refere-se a qualquer conduta que possa constranger a mulher a presenciar, manter ou a participar de relação sexual indesejada, ou que anule ou limite o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006b). E a violência moral vincula-se a qualquer conduta que configure injúria, calúnia ou difamação (BRASIL, 2006b). Por fim, a violência patrimonial diz respeito a qualquer conduta que implique retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos da mulher (BRASIL, 2006b).

No Brasil, a pesquisa realizada pelo Instituto Data Senado mostrou que 27% das brasileiras já sofreram algum tipo de violência doméstica ou familiar praticada por um homem, quanto ao tipo de violência mais relatada se sobressaem a violência física correspondendo a 68% e a psicológica equivalente a 61% (SENADO FEDERAL, 2021). Seguido da violência moral com 44%, sexual com 20% e patrimonial com 17% de incidência (SENADO FEDERAL, 2021).

Esses dados revelam que ao termos, em serviços de saúde, uma atenção focada na localização de sintomas biológicos, a violência pode passar despercebida justamente por 61% dos casos ser de caráter psicológico, a qual nem sempre será possível visualizar marcas no corpo físico, não obstante, a violência psicológica, como qualquer outra, marca

o sujeito e traz implicações em sua vida, que podem se manifestar de diversas formas, podendo ou não serem de queixas físicas. Ou seja, a escuta do sujeito é crucial, o investimento no vínculo com o usuário e o acolhimento tal qual propõe o SUS são ferramentas tão ou mais potentes que exames que se possa solicitar para cuidar do usuário que busca o serviço, se configurando inclusive enquanto importante estratégia de cuidado à saúde da mulher tendo em vista que, não raramente, a busca destas pelo serviço é justamente causada pela violência doméstica.

Comumente, ao falar de violência contra mulher temos citados a sua relação com o uso de álcool, como se fosse o causador da violência, porém como aponta Delzivo et al (2022), a violência não ocorre somente sob efeito de bebida alcoólica. O autor ressalta que mesmo o homem fazendo uso da bebida em outros locais, a agressão tende a manifestar-se quando em seu domicílio direcionando-se a esposa e filhos.

Em vista disso, salienta-se a defesa da autora Saffioti (1987) em que esta ao trazer a relação do uso de álcool e do desemprego com as incidências em violência doméstica, ou da dependência financeira da mulher ocasionar em sua permanência no relacionamento, a autora não o faz entendendo esses fatores como causadores da violência, mas defende que esses cenários são desenhados e produzidos pela sociedade capitalista.

Essa conjuntura, é produzida pelo capitalismo, que impacta a vida dos sujeitos, implicando em seu processo saúde-doença. Da mesma maneira que saúde, homem e social não podem ser apreendidos numa perspectiva naturalizante, gênero também não, pois, conforme o explicitado, é enraizado na base material da vida.

3. MÉTODO

O presente relato de experiência descreve a intervenção grupal desempenhada com mulheres em uma unidade de saúde da família no distrito sanitário norte de um município de tríplice fronteira localizado na região oeste do estado do Paraná. A intervenção decorre de questionamentos emergentes durante as práticas de residência multiprofissional no campo de saúde da família ao observar a frequente inquietação dos profissionais da equipe de saúde da família - eSF frente a usuários compreendidos como poliqueixosos, ou a solicitação de apoio da psicologia no atendimento a esses usuários quando, em atendimento com profissionais da equipe, apresentavam-se chorosos após

nova devolutiva de que nas investigações e exames não haviam sido descobertas razões para as queixas relatadas.

Tanto ao realizar a escuta dos profissionais quanto ao atender os usuários encaminhados, notou-se que se tratavam de usuários do gênero feminino, e no atendimento a essas usuárias estavam presentes situações atreladas a violência doméstica, embora não constatadas por elas. Diante desse quadro emergiu questionamentos: quais os reais motivos que estão levando essas usuárias a buscarem a unidade de saúde? Há alguma necessidade que a poliqueixa esteja encobrindo? Considerando que os usuários relatados e encaminhados nesses casos são sempre mulheres, existe aí uma questão atrelada ao gênero? Como contribuir no atendimento a essa demanda?

Com estes questionamentos, emergiu a necessidade de planejar ações que buscassem atender usuárias que procuravam o atendimento das equipes recorridas vezes devido a queixas tidas como inespecíficas. Elegeu-se como forma de intervir, o grupo, justamente ao entender que estes são importantes estratégias no campo de saúde da família, conforme o próprio Ministério da Saúde coloca, os grupos não são e nem devem ser formas de se dar conta da demanda, mas são recursos de cuidado por propiciarem socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, e construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014). Os grupos são estratégias de cuidado, que promovem saúde e fortalecem os sujeitos prevenindo o adoecimento, ao se fazerem presentes em seus encontros, o vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão (BRASIL, 2014).

Para o levantamento dessas mulheres foi dialogado com os profissionais da referida unidade, principalmente com as enfermeiras que eram as profissionais que costumavam acionar a psicologia nesses casos, para que indicassem usuárias que apresentavam esse perfil de recorrência para participar de intervenções.

Após levantamento com os profissionais das possíveis participantes do grupo, foi realizado o contato com as mesmas via telefone, por meio do qual as usuárias foram informadas que a psicóloga residente objetivava construir um grupo de mulheres que as participantes pudessem ter um espaço de troca e escuta promovendo saúde. Aquelas que se interessassem em participar tiveram agendamento de acolhimento individual presencial na unidade.

Para os acolhimentos, e posteriormente, para as demais intervenções, adotou-se enquanto referencial teórico a Psicologia Histórico-Cultural - PHC, esta constitui-se em

uma abordagem psicológica de base marxista, assumindo o método materialista histórico-dialético compreendendo o homem enquanto produto e produtor de sua realidade. O método, elaborado por Marx e Engels, aponta que o conhecimento teórico não se deve resumir a descrições e hipóteses, mas no conhecimento do próprio objeto em sua estrutura e dinâmica, ou seja, aprender não a aparência do fenômeno, contudo visar alcançar a sua essência, a sua essência, que deve ser o objetivo do pesquisador (NETTO, 2011).

Nesse sentido ao adotar a PHC os acolhimentos objetivaram compreender as condições concretas e as histórias de vida das participantes, presença ou não de rede de apoio e de estratégias realizadas por elas de núcleo de saúde, bem como ser um espaço de escuta, acolhimento e validação das queixas estabelecendo vínculo inicial com as usuárias. Por fim, neste primeiro contato foi explicado o objetivo do grupo enquanto um espaço de fala, escuta e troca, almejando um estabelecimento de rede de apoio entre mulheres e o repasse de informações pertinentes as participantes.

Além das participantes indicadas pelos profissionais da equipe de saúde da família, houve a inserção de uma usuária que havia participado de outro grupo conduzido pela psicóloga residente e que se encontrava em situação de violência.

Após o acolhimento de todas, foi realizado o convite para o primeiro encontro que, devido a necessidades de reorganização de agenda em decorrência de reuniões, o grupo demorou duas semanas para iniciar. Nesse período, uma das participantes que no acolhimento havia mencionado que estava em processo de separação devido à situação de violência, ao ser contatada informou que após o acolhimento havia recebido apoio da família e tinha conseguido um emprego, em decorrência disso não poderia participar dos encontros. Outra participante que havia sido inserida após solicitação de acolhimento pela equipe, verbalizou que estava retomando sua vida, havia conseguido emprego e que por isso não poderia comparecer. Para estas participantes, deu-se a opção de que, ainda que não participassem do grupo, caso precisassem poderiam buscar a profissional da unidade para acolhimento.

Os encontros foram realizados na própria unidade de saúde, facilitando o acesso das usuárias, e tiveram periodicidade semanal, ocorrendo as sextas-feiras em período vespertino, totalizando 8 encontros com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. O formato adotado para o grupo consistiu em grupo fechado para garantir o sigilo, proporcionar o sentimento de pertença e de promoção de confiança entre as

participantes, pressupondo que a temática violência doméstica se faria presente tornando-se essencial um ambiente no qual as participantes se sentissem seguras.

Em alguns encontros, esteve presente outra psicóloga residente que contribuiu juntamente as discussões trazidas, essas intervenções conjuntas foram complementando-se ampliando as reflexões. Porém, mesmo nesses encontros esteve sob minha responsabilidade a criação, estruturação, planejamento e condução do grupo, considerando que o grupo constituía-se enquanto meu objeto de Trabalho de Conclusão da Residência.

As práticas grupais contavam com algumas temáticas enquanto norteadoras, sendo elas: ser mulher, sofrimento psíquico, violência, expectativas e desejos. Os norteadores objetivavam que as participantes ampliassem a consciência frente às violências das quais eram vítimas, identificassem suas potencialidades, criassem entre si laços que possibilitassem uma rede de apoio e a retomada de si enquanto sujeito ativo de sua história realizando enfrentamento das situações de violência vividas respeitando suas condições e possibilidades.

Não se tratavam de encontros que trouxessem para elas o peso da necessidade de cessar das violências, todavia objetivavam acolhê-las, valorizando seus movimentos entendendo que são difíceis, porém importantes no processo de superação da violência e que, embora todas estejam vivenciando a violência, cada uma tem seu contexto, ou seja, considerando a dialética particular-singular-universal. Atentando-se a esses pontos, os encontros apesar de terem temáticas norteadoras, não consistiam numa estruturação fechada, ocorreram de forma a ouvir o que as participantes queriam compartilhar.

Nesses encontros mais livres, as participantes traziam aspectos sobre questões relacionadas ao casamento, falta de reconhecimento do parceiro, esgotamento devido aos afazeres domésticos e não colaboração dos integrantes da casa, maternidade, relacionamento familiar, sentimento de incapacidade, baixa autoestima e relatos de suas histórias de vida.

Os encontros não eram estruturados de forma cristalizada, fazendo-se presentes em todos eles os fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural, contando com o método avaliativo-interventivo, realizavam-se as mediações para que as usuárias pudessem ampliar a consciência acerca dos fenômenos relatados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para compor o grupo, recebeu-se indicação de 10 possíveis participantes, destas, 6 na faixa etária entre 30 e 42 anos, e 4 tratavam-se de mulheres na faixa etária dos 60 anos, nesse último caso, conseguiu-se contato com duas delas, e apenas uma aceitou a participação em grupo. Apesar do aceite, a usuária na faixa dos 60 anos não compareceu a nenhum dos encontros, conquanto sempre fosse avisada acerca destes e fosse receptiva aos convites. Comportamento estranho a equipe de referência, pois a paciente não faltava aos atendimentos marcados de caráter individual, esse comportamento suscita a possibilidade de esta população ser adulta quando surgiu o SUS e estar mais naturalizada a lógica biomédica de caráter curativo e de atenção individual, tendo maior dificuldade de compreender a importância dos atendimentos grupais tanto quanto dos individuais.

Conforme apontado anteriormente, duas pacientes ao serem contatadas para o convite do primeiro encontro, informaram que agora contavam com apoio de familiares e haviam conseguido emprego, não podendo participar dos encontros. Para estas usuárias, foi ressaltado que caso necessitassem, mesmo não participando do grupo, poderiam buscar a residente para acolhimentos, mas nenhuma realizou a solicitação e uma delas manteve contato pois havia expressado o desejo de saber os dias de encontro caso algum dia estivesse de folga.

Durante os acolhimentos realizados, as pacientes foram questionadas sobre o que motivavam-nas a buscar a unidade de saúde, nesse momento todas elas relataram queixas físicas, as mais citadas foram: dores de cabeça, dores no corpo, insônia, problemas gástricos, e sensação de aperto no peito. Sintomas estes que coincidem com alguns dos elencados pelo Ministério da Saúde, como frequentemente relatados por mulheres em situação de violência (BRASIL, 2001).

Na sequência, solicitou-se que as pacientes falassem sobre elas e suas vidas, num primeiro momento, elas traziam aspectos como idade, com quem moram, e o que fazem, inicialmente necessitando que fossem direcionadas perguntas para a sequência do diálogo. Porém, conforme sentiam-se à vontade, passavam a relatar dificuldades de seus cotidianos e situações vivenciadas em âmbito domiciliar que implicavam no que nomearam como “cansaço”. Nesses relatos dos acontecidos que implicavam no cansaço traziam situações de violência com o companheiro, sobrecarga do trabalho doméstico e do cuidado dos filhos.

Entretanto, somente duas participantes que estavam passando pelo processo de separação referiam a violência, nos demais relatos, a violência aparecia de forma velada sem que as pacientes observassem a presença dessa. Observou-se que uma das usuárias, a M1, nomeava algumas condutas do companheiro enquanto machistas, tendo dificuldades de compreender que configuravam-se violências por pautar-se no discurso de que o companheiro era agressivo em tom de voz e palavras, mas jamais incorria em violência. Aqui nota-se em M1 a reprodução do social em que a violência é entendida apenas quando incide na forma física, não discernindo a violência psicológica, moral, sexual e patrimonial. Quanto às demais usuárias, essas apenas relataram situações que implicavam conflito com o companheiro, não fazendo relação destas com machismo ou violência.

Com os acolhimentos foi possível observar que as queixas físicas poderiam ter relação com o vivenciado, e que as mulheres estavam sofrendo em algum nível e de alguma forma a violência doméstica, esta então foi elencada como uma das temáticas norteadoras para os encontros. As outras temáticas foram: ser mulher, sofrimento psíquico, expectativas e desejos, estas objetivaram que as participantes ampliassem a consciência frente às violências das quais eram vítimas, descobrissem suas potencialidades, criassem entre si laços que possibilitassem uma rede de apoio, e a retomada de si enquanto sujeito ativo de sua história realizando enfrentamentos das situações de violência vividas respeitando suas condições e possibilidades.

O grupo iniciou no final de outubro de 2022, comparecendo apenas a participante M1 ocorrendo em formato de acolhimento psicológico, verificou-se por meio da fala da participante a presença de conflitos com o companheiro e insatisfação com a relação, novamente verbalizando que o parceiro exteriorizava falas e comportamentos machistas. Relatava seu esgotamento em decorrência do cuidado com a filha mais nova que possui doença crônica, e alguns incômodos com o filho mais velho, mas frente às situações do filho não nomeava enquanto machistas justificando seu comportamento pelo seu atarefamento e estresse com as responsabilidades.

Compareceram ao segundo encontro duas participantes, M1, que retornou, e M2, o grupo estava planejado para ser voltado a vinculação entre as próprias participantes e a psicóloga, e estabelecimento de contrato terapêutico. As presentes seriam convidadas a identificarem-se podendo contar, se necessário, com dinâmica quebra-gelo para este fim, passando a compartilhar um pouco de suas identidades, contextos e expectativas frente ao grupo.

No entanto, ao ser convidada a apresentar-se, a participante M2 compartilhou com o grupo que estava em situação de violência e que se separou em decorrência desse motivo recentemente, relatou como foi e estava transcorrendo esse processo para ela, bem como, o que proporcionou aquilo. Como expectativa M2 trouxe que o que a levou a querer estar no grupo, apesar de só poder participar ocasionalmente por conta de seu trabalho, foi ter sido informada no contato telefônico que o objetivo do grupo era criar uma rede de apoio entre as mulheres.

Com o relato da usuária M2, a participante M1 se emocionou e trouxe a sua história de vida, relatando que a relação de seus pais envolvia violência e que apesar de na sua relação com o companheiro não envolver violência física, estava em uma relação abusiva, mas que não conseguia terminar a mesma. Apesar de M2 ter sinalizado a dificuldade de rompimento de seu relacionamento em decorrência do julgamento externo, reproduziu esse comportamento com M1, trazendo a culpabilização pelos filhos estarem vivenciando esse contexto devido a não decisão de M1 em terminar a relação.

Em primeiro momento, a colaboração de M2 foi acolhida para que esta não se sentisse culpada por reproduzir ideias sociais, ressaltou-se que estar em um ambiente de violência realmente impacta os filhos, como exposto no relato de M1 que trouxe como havia sido difícil sua infância, tornando compreensível os apontamentos de M2, mas que era necessário refletir acerca de nossas condições no momento que podem impactar nessa decisão. Utilizei deste momento para refletir junto ao grupo o quanto a assimilação da violência estando em uma sociedade que naturaliza a violência, sobretudo a moral e a psicológica, é um salto qualitativo de ampliação da consciência e um importante passo contrário a permanência na situação de violência.

Questionei M1 sobre quais motivos ela julgava que a faziam permanecer na relação, estes versavam pela dependência financeira e impossibilidade atual de trabalhar por precisar estar prestando os cuidados da filha quanto ao quadro de saúde, visto que somente ela realizava essa tarefa. A partir dos motivos elencados, foi discutido o quanto nossas condições concretas de vida impactam em nossas decisões, ampliando a discussão acerca da meritocracia, individualização de questões que são sociais e a culpabilização do sujeito.

Aqui comprovamos o que Silvia Lane coloca, que as histórias de vidas de cada membro são fundamentais no desenrolar do grupo, e que conseqüentemente as vivências subjetivas e as determinações concretas do social emergem no processo grupal (MARTINS, 2007). O processo grupal traz a reprodução dos papéis e concepções

difundidas no social reproduzindo a estrutura relacional característica do sistema (LANE, 1984), possibilitando, nesse emergir, a produção de intervenções voltadas a desconstrução e rompimento com o instituído.

Outro ponto importante que o encontro evidencia, é justamente o de respeitar o que o grupo demanda, dando vazão ao que necessita ser dito, pois, comumente, ao se ter uma atividade ou intervenção planejada os profissionais se atém ao roteiro, tendo uma prática pouco efetiva ao estar enrijecida ao desfecho esperado, que, neste caso, pretendia apenas a aproximação.

O terceiro encontro precisou ser desmarcado, o quarto encontro por sua vez, ocorreu com a participante M3, na oportunidade a mesma compareceu com seu filho devido a nesta data não ter aula, e as demais informaram que não participariam por conta do trabalho e outros imprevistos. Ressalta-se a importância da compreensão do profissional frente às dificuldades das mulheres em estarem presentes nas ações, tendo em vista que essas, em sua maioria, não contam com rede de apoio, necessitando-se pensar estratégias para estes momentos, que aqui se deu fornecendo um espaço separado para que o infante pudesse brincar sem que ouvisse o conteúdo do conversado em atendimento, visando preservá-lo.

Foi realizada a intervenção em formato de acolhimento psicológico, a usuária, apesar de serem feitas perguntas direcionadas sobre ela e sua história de vida, M3 utilizou do atendimento para relatar as preocupações com o filho quanto a sua mudança de comportamento, apesar de a criança realizar acompanhamento semanal. É possível identificar na fala de M3 a dificuldade para falar de si, seus gostos e sua história, bem como, esse papel social da mulher de cuidadora, deixando a si própria em segundo plano.

Com o descoberto nos encontros e acolhimentos, foi preparado o quinto encontro, com o objetivo de proporcionar a análise dos diversos atravessamentos que as participantes sofriam e que são socialmente naturalizados e não compreendidos enquanto decorrentes de recorte de gênero, perpassando então a desnaturalização dos papéis de gênero e a discussão da origem social da violência. Para essa finalidade, utilizou-se de instrumental confeccionado intencionalmente, o qual versava a respeito da violência simbólica e entrevistou-se conforme a descrição abaixo.

O encontro contou com a participação ativa de M1, M3 e M4, que se juntou ao grupo neste encontro, para esta atividade solicitou-se que as participantes elencassem palavras ou situações que elas se recordassem ao falar “Homem e Mulher” que seriam anotadas em um cartaz, conforme iam falando, relatavam situações pessoais que a

palavra dita por elas ou pelas colegas as recordavam. A partir disso, foram realizadas discussões, após a conclusão do cartaz, foi revelado a elas uma placa previamente confeccionada da “Violência Simbólica” questionando se o cartaz e a plaquinha não se aproximavam, chamou-se a atenção para os símbolos (figuras) presentes na plaquinha coincidirem com as palavras e frases que elas trouxeram para cada um dos gêneros.

Foi exposto para as participantes o termo violência simbólica e como esta se caracteriza por estar localizada e manifestar-se simbolicamente via linguagem, arte, religião entre outros sistemas simbólicos, reforçando relações assimétricas e hegemônicas, desqualificações, preconceitos e violências de todo o tipo (COSTA, 2015). Dessa forma, diz respeito a como símbolos são criados socialmente, manifestos nos mais diversos espaços e naturalizados. Nesse contexto, se trata de marcadores, preconceitos e violências que carregam as características do que é ser homem ou mulher, e do que pode ou não a estes, promovendo a manutenção dessa estrutura social desigual.

Por meio da identificação dessa violência, a atividade permitiu discutir que a violência, a desigualdade e as relações que estabelecemos têm origem social, contudo, o sujeito não só vivencia a violência, como é culpabilizado por ela. Movimento de culpabilização intencional, pois, na medida em que é entendido como algo individual, não há a necessidade da luta social e nem como se transformar, não há críticas à estrutura e esta pode se manter sem que seja questionada. Nesse sentido, o sujeito vivencia um triplo sofrimento ao deixar de falar, ao ser julgado e culpabilizado e ao acessar constantemente esses símbolos se apropriando de um processo de naturalização.

Isto posto, é compreensível o motivo de no grupo se manifestar a culpabilização, a reprodução de discursos que nos atingem, nos fazem sofrer e com os quais queremos romper. Essa reflexão vem não apenas para proporcionar ampliação da consciência pela série de situações que as próprias participantes passaram a identificar, mas para compreender o motivo de não ser justo que elas sentissem vergonha ao incorrer em alguma reprodução, o que mesmo com o acolhimento era observado.

Esse instrumental concretizou a discussão de que o que somos e como somos provém do social, mas que nós não somos passivos a ele, somos seres atuantes, produto e produtores. Nesse sentido, ressaltai que o fato de nós enquanto mulheres estarmos ali reunidas dialogando, pensando nossas vidas, nos reconhecendo umas nas outras e discutindo nossas pautas, por si só é um rompimento com esse simbólico do patriarcado, que nos ensina a competirmos e a vivenciarmos a rivalidade feminina. Sem estas pontuações, o encontro não seria tão potente e chave para o desenrolar deste grupo, pois

iria recair em práticas que dizem da aparência, até falando do social, mas sem destacar o nosso papel ativo e a reflexão da possibilidade de transformação.

Para o sexto encontro, realizou-se a retomada do encontro anterior, estando presentes as participantes M1, M3 e M4. Neste encontro, diferente dos demais, M3 teve iniciativa, conduzindo o grupo logo após o seu início, ao compartilhar suas percepções, esta trouxe observações que havia realizado em seu relacionamento a partir do discutido. Demonstrando um salto qualitativo na usuária que passou a relatar e a refletir criticamente sobre as situações que vivenciava.

M1 neste encontro relatou que teve atitude distinta da que geralmente adotaria frente ao comportamento do marido de deturpar suas falas para amigos, para que ele não seja visto enquanto irresponsável assumindo uma narrativa que a coloca como controladora. Na ocasião M1, afirmou que mesmo se tratando dos amigos do marido, se impôs frente a situação, e explicou a estes seus reais motivos, retomando a narrativa, não se silenciando. Ao fazer tal relato as demais esboçaram contentamento por M1, percebe-se aqui um movimento de enfrentamento, de disputa de discursos não aceitando mais a violência mesmo ela ocorrendo de uma forma velada.

Quanto a M4, esta trouxe seu contexto e a vontade de sair da relação, mas que não aceita precisar dividir seus bens, especialmente sua casa, devido às questões jurídicas, por afirmar que o companheiro nunca ajudou a pagá-la e que seria injusto que após ele a ter feito passar por violência, levasse com ele a casa que ela conquistou, deixando ela e seus filhos mais desamparados. Nessa fala, tal como na fala da usuária M1, que refere dependência financeira do marido, atestamos o apontado por Saffioti (1987), que as mulheres proletárias tendem a permanecer na relação mesmo ao reconhecer a violência, pois em caso de separação por essa classe não possuir muitos bens e, ao estarem sem a remuneração do marido, a mulher e os filhos ficariam em provável situação de pobreza e fome. Logo, a violência patrimonial e a dependência financeira não são elementos da violência contra a mulher, e sim determinantes desse fenômeno com raízes sociais.

As participantes trouxeram ainda estarem afastadas de familiares e amigos que eram próximos por pedidos ou implicâncias do parceiro, discutiu-se o quanto isso é um fator que dificulta a noção e o rompimento com as violências, pois, ao não ter uma rede de apoio, nosso suporte emocional passa a ser apenas o companheiro. M3 verbalizou que o companheiro faz reclamações sobre ela estar presente em algumas das ações na comunidade, mesmo que estas geralmente tenham relação com atividades para os filhos.

Observa-se portanto a limitação de espaços para elas mesmas, e uma fragilidade, ou, até podemos dizer, inexistência, da rede de apoio das participantes.

Elas expressaram a sobrecarga e a exaustão que sentem com o serviço doméstico e cuidado dos filhos e o incômodo ao perceberem que este trabalho é invisível e desvalorizado, como se não demandassem delas tempo ou desgaste, uma vez que ao solicitarem que os companheiros as auxiliem, elas obtêm como resposta a devolutiva que estes trabalharam fora o dia todo, estando cansados. Ou seja, em decorrência da divisão sexual do trabalho, conforme coloca Kergout (2003), ocorre a separação e hierarquização do trabalho, colocando o serviço do homem como mais valoroso por ocupar-se da produção da riqueza, enquanto a mulher é responsável pela reprodução, ocupando-se do âmbito doméstico prestando os cuidados da casa e do marido.

Não se tem a compreensão da implicação do processo saúde-doença em que a depender das atividades desempenhadas pelos sujeitos esses manifestarão desgastes específicos, apesar disso, os desgastes e a implicação do processo saúde-doença da mulher é invisibilizado, em virtude de seu próprio trabalho não é entendido como trabalho, não podendo acarretar em desgaste.

Para o sétimo encontro, estando presente apenas a usuária M1 realizou-se a intervenção por meio de acolhimento, no qual M1 relatou haver solicitado a separação, estar resgatando práticas que eram para ela prazerosas, ter visitado lugares da cidade com a filha, estar participando de um grupo voltado a artesanato em uma instituição religiosa, e que havia iniciado a confecção e vendas de peças artesanais. Na oportunidade, a participante diferente do primeiro encontro, relatou as situações incômodas com o filho mais velho afirmando serem estas decorrentes do machismo e que algumas eram reproduções de violência.

M1 realizou movimentos, retomando sua autonomia, divergindo dos encontros iniciais passou a transmitir em sua fala segurança no tocante a sua capacidade de seguir e retomar sua vida, que implicou em seu pedido de separação e da iniciativa de negócio para geração de renda em um formato que permiti-se o cuidado da filha. Destaca-se que estes movimentos vieram com a estipulação da rede de apoio pelo grupo e com esse ampliar promovido por encontros da usuária com amigas que confiava e pelo frequentar de grupo religioso voltado à confecção de artesanatos. Em conformidade com o apontado por Fonseca et al (2008) a respeito da importância do sujeito contar com vínculos e espaços de convivência como formas de promoção e prevenção de saúde.

Assim como M1, M3 retomou coisas que lhe eram prazerosas, passando a frequentar os encontros maquiada e com penteados no cabelo, o que segundo ela era algo que sempre gostou, mas que havia deixado de fazer por ocasionar conflitos por ciúmes e pelas críticas tecidas pelo marido.

O encerramento do grupo se deu no oitavo encontro contando com a presença das usuárias M1 e M3, o mesmo decorreu-se com devolutivas as participantes frente ao processo terapêutico e reflexivo de cada uma, seguido de confraternização requerida pelas próprias participantes.

Apesar da dificuldade de frequentarem o grupo, todas as participantes (M1, M2, M3, e M4) que por ele passaram se preocupavam com sua continuidade, justificando suas faltas que se deram por motivos de trabalho, como no caso de M2 que conseguia participar no início, mas com o aumento de sua jornada teve sua participação inviabilizada, ou no caso das demais participantes que, em sua maioria, as faltas se deram pela dispensa dos filhos da escola e do marido devido aos jogos da copa, dificultando estarem presentes.

Observou-se que todas elas mantinham as mensagens como meio de justificar as faltas, e como uma comunicação de como estavam, expressando empolgação quando realizavam algo que entendiam como difícil em seus cotidianos, como verbalizar descontentamentos e pontuações aos maridos, realizar atividades que desejavam mas se privavam, entre outros indicativos de avanços. Deste modo, foi possível notar em todas, movimentos que partiram do grupo, mas, conforme sua finalidade, extravasaram-se para além dele se efetivando no dia a dia.

Já a usuária M4, que se encontrava em situação de violência mais agravada por meio dos acolhimentos e intervenções grupais, e pelo acionamento com sua autorização da rede, acessou serviço especializado tendo em vista sua exposição a risco. Não conseguiu estar presente em outros encontros, entretanto, manteve acompanhamento por mensagens e acolhimentos individuais, o grupo para essa usuária foi um propulsor para movimentos.

É preciso apontar que as duas participantes mais ativas, M1 e M3, são as participantes com quais havia um vínculo estabelecido anterior ao grupo, o que reforça a necessidade de se atuar na atenção primária seguindo o preconizado pelo SUS, no tocante a Clínica Ampliada, o vínculo é atestado enquanto estratégia para o cuidado do usuário (BRASIL, 2009).

Com as intervenções verificou-se que a paciente M3, que de todas era a mais estigmatizada por sua frequência na unidade, diminuiu a busca por atendimento junto a equipe, desse modo, pode-se dizer que ao ter sua real demanda visualizada, validada e ouvida, suas queixas que implicavam em constantes buscas de atendimento diminuíram, o que aponta a efetividade das intervenções, e a potência de cuidado possível por meio do atendimento em grupo.

No último encontro, as participantes presentes, M1 e M3, por atitude própria, combinaram de seguirem se encontrando e trocaram os telefones para essa finalidade mantendo a comunicação entre elas, ou seja, a rede de apoio que se objetivava estabelecer por meio do grupo não só foi possível, como teve continuidade por elas. Ademais, é de suma importância pontuar que às participantes com o término do grupo foi reforçada a informação de que poderiam recorrer aos acolhimentos caso precisassem.

Quadro 1 – Avanços e apropriações das participantes com as intervenções

| M | INICIALMENTE | DURANTE E APÓS AS INTERVENÇÕES |
|----------|--|---|
| M1 | Entendia a relação como abusiva e machista, não violenta. Infância marcada pela violência favorecendo a naturalização. Culpabilização, insegurança e baixa autoestima. Dependência financeira pelo cuidado com a filha. Sem rede de apoio. | Identificação da violência e pedido de separação. Enfrentamento na situação dos amigos. Retomada de vínculos e atividades prazerosas e comunitária (religiosa). Renda de artesanato. Identificação da reprodução de violência do filho. Rede de apoio, incluindo a M3. Autonomia e autoconfiança. |
| M2 | Separada. Nomeava situações vividas. Retomada de sua vida. Interesse em participar do grupo pela proposta de rede de apoio apresentada no contato telefônico | Identificação com M1 apesar de reproduzir culpabilização. Autoconhecimento ao se perceber como figura de referência no grupo. Independência financeira |
| M3 | Dificuldade de falar de si. Focada no papel de cuidadora. Não identificava situações no relacionamento. Privação de atividades e gostos. Mais estigmatizada no serviço pela recorrência. | Verbalização e identificação de situações. Retomada de coisas que gostava apesar do incômodo do marido. Diminuição da busca por atendimento. Manteve a rede de apoio com M1 pós-grupo. |
| M4 | Situação de risco. Naturalização da violência. Desconhecimento de seus direitos. Dificuldade em se separar pela não divisão de bens. | Identificação da violência e conhecimento dos direitos. Sensibilização e busca do encaminhamento a serviço especializado. Início de processo de separação e denúncia. Percepção das potencialidades. |
| M5 e M6 | Compareceram no acolhimento com fragilidade de vínculos e rede de apoio. Não puderam participar do grupo. | Encontraram um espaço para falarem de suas angústias, retomaram vínculos e conseguiram empregos. |

Fonte: Autora, 2023.

Cada participante apresentou saltos qualitativos e aproveitamento do grupo, evidenciados por meio da tabela acima que traz de forma sistematizada a maneira que as usuárias encontravam-se inicialmente e as mudanças que ocorreram conforme o avançar dos encontros e reflexões. Destaca-se que os rompimentos e enfrentamentos das situações vividas só foram possíveis devido às participantes engajarem-se na proposta, compreendendo a premissa marxista, em que elas enquanto sujeitos são produzidas por esse social da mesma forma que suas histórias, mas também são elas produtoras, assumindo seu papel ativo nessa transformação considerando suas condições e potencialidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas discussões e dados aqui elencados, o processo grupal obteve sucesso nos objetivos propostos, pois os encontros proporcionaram espaço de fala, escuta e troca entre as participantes, que incorreram na rede de apoio entre elas, inclusive fora da unidade no caso do vínculo entre M1 e M3, e cooperou com a ampliação da consciência das usuárias frente às violências que vivenciavam.

As mulheres, tidas antes como “poliqueixosas” ao serem acolhidas, escreveram sua condição de sujeito retomando a narrativa de suas vidas, se compreendendo enquanto sujeitos ativos de suas histórias reconhecendo suas condições e potencialidades. Assim, não precisavam de exames, de investigações (clínicas tradicionais) ou da prescrição de medicamentos, tão pouco de um termo diagnóstico que substituíssem o estigma da poliqueixa, mas sim de um espaço de escuta que permitisse a elas emergirem enquanto sujeito. Um espaço no qual fossem vistas enquanto mulheres, tivessem suas dores reconhecidas e a escuta para além de suas queixas.

Ademais, acentua-se por meio da experiência e da fundamentação teórica indicada a necessidade de rompimento com o modelo biomédico, centrado na doença e de caráter naturalizante, que perpetra na não sensibilidade do profissional ao fenômeno da violência contra a mulher incorrendo na invisibilidade desta sobre o estigma da “mulher poliqueixosa”. E com o estigma perde-se de vista o sujeito, naturalizando sua busca pelo serviço, a invalidando e não lançando mão de outras condutas que não a busca por diagnóstico e a devolutiva da falta deste.

Perante o relato de experiência espera-se ter contribuído para sensibilização do olhar dos profissionais frente a esse fenômeno e explicitado uma forma de cuidado

possível e potente no contexto de atenção primária no desafio que é o compreender e atender essa demanda.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de. **A dialética do singular-particular-universal**. 25 slides. SlidePlayer, 2016. Disponível em <<https://slideplayer.com.br/slide/5639918/>>. Acesso 10 Dez 2022.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de. **A formação social dos transtornos do humor**. Tese [doutorado] - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho: Botucatu, 2018. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153333/almeida_mr_dr_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso 10 Dez 2022.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues; BELLENZANI, Renata; SCHÜHLI, Vitor Marcel. **A dialética singular-particular-universal do sofrimento psíquico: articulações entre Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença**. IN: TULESKI, Silvana Calvo; FRANCO, Adriana de Fátima; CALVE, Thiago Morales (org). **Materialismo Histórico-Dialético e Psicologia Histórico-Cultural: Expressões da luta de classes no interior do capitalismo**. Paranaíba: EduFatecie, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Distrito Federal, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 1990a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Casa Civil. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 1990b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://naobataeduque.org.br/site2017/wp-content/uploads/2017/03/020-Violencia_intrafamiliar.pdf>. Acesso 12 Jan 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da

República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 2006a. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.134, de 07 de Agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 2006b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso 02 Fev 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 2008. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso 15 Jan 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Distrito Federal, 2011. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 10 Dez 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020 - DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Distrito Federal, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/materiais-de-apoio/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/@@download/file/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf>. Acesso 10 Dez 2022.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**

Out/Dez. 2017 v. 37 n°4, 883-896. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>>. Acesso 12 Jan 2023.

COSTA, Neila Santos. **O poder simbólico e a violência doméstica**. Blog Não me Kahlo, 27 de Maio de 2015. Disponível em <<https://naomekahlo.com/o-poder-simbolico-e-a-violencia-simbolica/>>. Acesso 15 Jan 2023.

DELZIOVO, Carmen Regina, et al. **Guia para o manejo de situações contra a mulher na APS**. Florianópolis: UFSC, 2022. Disponível em <https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA_ViolenciaMulheres_V4-1.pdf>. Acesso 15 Jan 2023.

FONSECA, Maria Liana Gesteira, et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma Revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em <<https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/14269/7719>>. Acesso 15 Jan 2023.

FRANCO, Adriana de Fátima; MENDONÇA, Fernando Wolff; TULESKI, Silvana Calvo. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 31, n. esp. 1, p. 38-59, 2020. Disponível em <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/8289/pdf>>. Acesso 12 Jan 2022.

GOMES, Rogério Miranda. **Determinação social do processo saúde-doença: alguns elementos conceituais**. IN: FRANCO, Adriana de Fátima; TULESKI, Silvana Calvo; MENDONÇA, Fernando Wolff. **Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença**. Goiânia: Editora Philos, 2020.

GUARRIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ep/a/mJ9399tTm597mJXRgPhVNkf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 12 Jan 2023.

HENRIQUE, Eduarda, et al. **Os processos saúde-doença na sociedade capitalista: Uma questão de gênero?**. IN: FRANCO, Adriana de Fátima; TULESKI, Silvana Calvo; MENDONÇA, Fernando Wolff. **Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença**. Goiânia: Editora Philos, 2020.

KERGOAT, Daniele. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. IN: **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas**. Coleção Caderno da Coordenadoria Especial da Mulher n° 3, São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, Dezembro/2003. Disponível em <<https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05634.pdf>>. Acesso em 12 Jan 2023.

LANE, Sílvia. A **psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia**. IN: LANE, Sílvia; CODÓ, Wanderley (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar sentir em Sílvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 76-80, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/X4kwBmQbJFBvLjMYnm4JvLg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 14 Jan 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>. Acesso 14 Jan 2023.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista Temporalis** nº 3. Rio de Janeiro: Grafimile, Junho/2001 – ABEPSS. Disponível em <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf>. Acesso 12 Jan 2023.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do macho**. Coleção polêmica. São Paulo: Editora Moderna, 9ª edição, 1987.

SENADO FEDERAL. Instituto de Pesquisa DataSenado. **Pesquisa DataSenado: violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/violencia-domestic-a-e-familiar-contra-a-mulher-2021>>. Acesso 15 Jan 2023.