

1007-7-89
60/100

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

| | |
|----------------|-----------------------------|
| UFC | BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA |
| N.º R. 1157596 | |
| 02/100 199 | |

SAÚDE MENTAL E MULHERES : SOBREVIVÊNCIA, SOFRIMENTO
E CONSUMO DE DIAZEPAM

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA

FC-00006293-1

Handwritten notes:
Tela
10/10
10/10
10/10

FORTALEZA - CEARÁ

1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**SAÚDE MENTAL E MULHERES: SOBREVIVÊNCIA, SOFRIMENTO
E CONSUMO DE DIAZEPAM**

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA

Dissertação apresentada à
Coordenação do Curso de Mestrado
em Enfermagem, da Universidade
Federal do Ceará como requisito
parcial para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem em Saúde
Comunitária, Linha de Pesquisa
Enfermagem e Estudos Teóricos e
Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora : Prof.a Dra. Maria de Nazaré Oliveira Fraga

**FORTALEZA – CEARÁ
1999**



O 46s

Oliveira, Eliany Nazaré

Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e consumo de diazepam / Eliany Nazaré Oliveira. – Fortaleza, 1999.

107 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazaré Oliveira Fraga.

↳ Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará: Departamento de Enfermagem.

1. Saúde mental. 2. Mulheres. 3. Diazepam – consumo. I. Título.

CDD 362.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

SAÚDE MENTAL E MULHERES : SOBREVIVÊNCIA,
SOFRIMENTO E CONSUMO DE DIAZEPAM

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Nazaré Oliveira Fraga
Presidente

Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Examinadora

Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho
Examinadora

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga
Examinadora Suplente

AGRADECIMENTOS

À Professora doutora Maria de Nazaré Oliveira Fraga, orientadora, enfermeira e amiga que, com competência e compromisso, conduziu essa pesquisa.

À amiga e companheira de trabalho Givanilda Aquino de Sousa que, com delicadeza e criatividade, durante nossa trajetória na Universidade Estadual Vale do Acaraú, me ensinou a abrir caminhos e a acreditar mais em minhas potencialidades.

À inseparável companheira de lutas Lucilane Maria Sales da Silva, pelo seu espírito combativo que me envolve constantemente.

À grande amiga sobralense Maria do Socorro Carneiro que com sua leveza e tranquilidade, sempre me faz acreditar que a vida é para ser vivida sem atropelos.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) local onde aprendi a acreditar na enfermagem e a valorizar o ser humano.

Aos docentes e funcionários da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), local onde iniciei a vida profissional, onde aprendi a gostar e valorizar o ensino e a pesquisa.

À Banca Examinadora composta pelas doutoras Maria de Nazaré Oliveira Fraga, Emiko Yoshikawa Egry e Helena Lutécia Luna Coelho, pela riqueza de sugestões, contribuindo, assim, para a construção deste estudo.

À Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral, pela colaboração prestada.

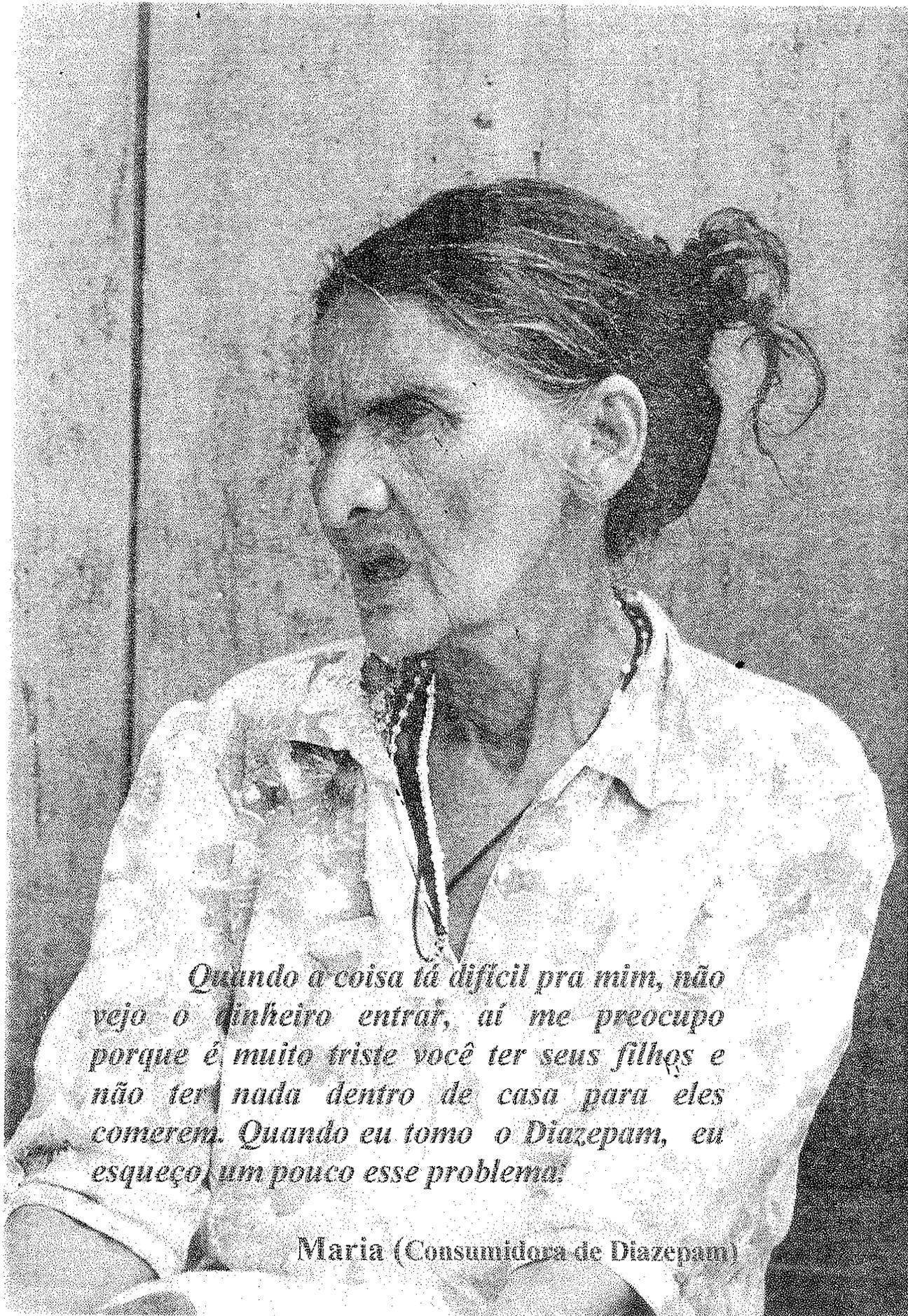
Aos companheiros que fazem parte da equipe do Programa de Saúde Mental de Sobral, pelo apoio e atenção.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha família - pois um trabalho individual nunca é resultado apenas de um esforço pessoal - agradeço pelo acolhimento, carinho, sensatez, perseverança, disciplina e responsabilidade. Todas essas características foram absorvidas por mim e, de alguma maneira, foram postas nesta dissertação.

Trabalho inserido na linha de pesquisa “ A Enfermagem e os Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde “ do Departamento de Enfermagem da Universidade federal do Ceará.

↳ Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) no período de março de 1997 a março de 1999.



Quando a coisa tá difícil pra mim, não vejo o dinheiro entrar, aí me preocupo porque é muito triste você ter seus filhos e não ter nada dentro de casa para eles comerem. Quando eu tomo o Diazepam, eu esqueço um pouco esse problema!

Maria (Consumidora de Diazepam)

*Chega um tempo em que não se diz mais: meu Deus.
Tempo de absoluta depuração.
Tempo em que não se diz mais: Meu amor.
Porque o amor resultou inútil.
E os olhos não choram.
E as mãos tecem apenas o rude trabalho.
E o coração está seco (...)*

*(...) Chegou um tempo em que não adianta morrer.
Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.
A vida apenas, sem mistificação.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa descritiva, com abordagem histórico-estrutural. O plano teórico foi dirigido pelas duas primeiras etapas da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. O consumo de Diazepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde foi o nosso objeto de estudo. Com o objetivo de analisar a utilização do Diazepam entre um grupo de mulheres de um serviço público do Município de Sobral, visamos à apreensão dos fatores relacionados ao consumo desse medicamento e o tipo de assistência que mulheres consumidoras de Diazepam vêm recebendo no setor público de saúde. A pesquisa de campo foi realizada no período de julho a outubro de 1998. Para coleta das informações, utilizamos a entrevista semi-estruturada que foi aplicada a 15 mulheres consumidoras de Diazepam e para 5 médicos prescritores. Este estudo compõe-se quatro partes: A inserção da mulher na sociedade e as conseqüências e determinantes da assistência à saúde; Aspectos históricos, econômicos e culturais do Município de Sobral e a assistência da saúde da mulher; As condições de existência das mulheres e o consumo de Diazepam; A última parte compreende a interdependência das dimensões estrutural, particular e singular, com a identificação das fragilidades referentes ao objeto de estudo. Os resultados deixaram claro o fato de que, historicamente, a assistência à saúde da mulher não atende as suas necessidades. Em Sobral, as atividades de atenção à saúde das mulheres são limitadas ao ciclo gravídico-puerperal. No serviço de saúde, o atendimento às mulheres consumidoras de Diazepam é inadequado, com critérios pouco técnicos de prescrição; não há acompanhamento e controle desta prática. O grupo de mulheres consumidoras de Diazepam são de classe social baixa e estão utilizando este medicamento principalmente para amenizar sofrimentos trazidos por preocupações, com privações do dia-a-dia e com o sustento da família, evidenciando um problema no setor social. Sobral necessita com urgência de equipar-se de políticas públicas que viabilizem a diminuição da pobreza. Concomitantemente, faz-se necessária a implantação de uma política de saúde mental que inclua programas de prevenção de agravos presentes no Município.

ABSTRACT

Research of descriptive qualitative nature with historical-structural approach. The theoretical plan was driven by the first two stages of the Theory of Nursing Praxis Intervention in Collective Health: reception of the objective reality and interpretation of the objective reality. The Diazepam consumption by women of the public health system was the object of our study. With the intent to analyze the use of the Diazepam among a group of women of a public service of the municipal district of Sobral, we sought the apprehension of the factors related to the consumption of this drug and the type of attendance that consuming women of Diazepam have been receiving in the health public sector. The field research was accomplished in the period of July to October, 1998. For collection of the information, a semi-structured interview have been used, applied to 15 Diazepam consuming women and to 05 doctors. This study composes four parts. The woman's insert in the society, the consequences and decisive attendance to the health visualizing the structural dimension. Historical, economic and cultural aspects of the municipal district of Sobral and the attendance of the woman's health embracing the structural and private dimensions. The conditions of the women's existence and the Diazepam consumption delineating the singular dimension. And finally, the understanding of the interdependence of the dimensions with the identification of the referring fragility to the study object. The results show that, historically, the attendance to the woman's health doesn't assist their needs. In Sobral the activities of attention to the women's health are limited to the gravídico-puerperal cycle. In the health service the attendance to the Diazepam consuming women is inadequate, with approaches which are often not very technical. There is no accompaniment or control of this practice. The Diazepam consuming women group belongs to a low social class and they are using this medication mainly for their liven up sufferings, brought day by day by concerns with the privations of the family support, evidencing a problem in the social sector. Sobral needs with urgency to equip itself with public politics that make possible the decrease of poverty. Concomitant to this the implantation of a politics of mental health that includes prevention programs to present problems in the municipal district.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 01 |
| 2 | OBJETIVOS | 09 |
| 3 | METODOLOGIA | 10 |
| 3.1 | Tipo de Estudo | 10 |
| 3.2 | O Local do Estudo | 10 |
| 3.3 | Métodos e Procedimentos | 12 |
| 3.4 | Referencial Teórico | 14 |
| 4 | MULHERES E O CONSUMO DE DIAZEPAM | 26 |
| 4.1 | Inserção Social da Mulher: Conseqüências e Necessidades | 26 |
| 4.2 | Assistência à Saúde da Mulher: Determinantes e Características | 35 |
| 5 | SOBRAL: HISTÓRIA, ECONOMIA E ASSISTENCIA À SAÚDE DA MULHER | 48 |
| 5.1 | Aspectos Históricos, Políticos, Econômicos e Culturais do Município. | 48 |
| 5.2 | Rede de Saúde e Assistência | 57 |
| 5.3 | Assistência à Saúde da Mulher em Sobral | 61 |
| 5.4 | Diazepam : Alguns Fatores Relacionados ao Consumo por Mulheres | 64 |
| 6 | MULHERES: CONDIÇÕES DE EXISTÊNCIA , SOFRIMENTO E CONSUMO DE DIAZEPAM | 76 |
| 6.1 | Mulheres e o Diazepam de Cada Dia... | 76 |
| 6.2 | Mulheres : Condições de Sobrevivência e Saúde | 89 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 97 |
| 8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 103 |
| 9 | ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea ainda não conseguiu produzir, de forma generalizada, um certo bem-estar físico, psíquico e social entre seus indivíduos. A relação entre saúde e sociedade tem sido bastante discutida do ponto de vista das relações de produção, com foco principalmente sobre as condições de saúde das classes pobres e trabalhadoras. Esse debate vem trazendo à tona o fato de que, apesar dos enormes avanços técnicos e científicos ocorridos na sociedade e na medicina, ambas encontram-se hoje diante de vários impasses. Pois paralelamente ao acelerado e cumulativo processo de especialização e tecnificação da prática e do saber médicos, a cada momento surgem novos problemas de saúde – muitos dos quais são decorrentes do nosso próprio modo de vida, enquanto outros permanecem sem solução, ou, ainda, agravam-se (Fleury, 1992)

Após a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, a Residência em Enfermagem Psiquiátrica e o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva possibilitaram-nos visualizar, de forma mais ampliada, o problema do consumo de tranqüilizantes pela população de maneira geral.

Concordamos com Egry (1996) ao apontar os técnicos de saúde - neste caso, os enfermeiros - como capazes de enxergar melhor as possibilidades e necessidades de mudanças efetivas no seu saber-fazer, sendo capazes, portanto, de intervir no processo saúde-doença da população. Isto lhes confere a oportunidade de sair da alienação, quebrando a âncora mecanicista que vem sustentando sua experiência.

Durante nossa prática nesta área, evidenciaram-se a facilidade e a freqüência com que os indivíduos se expõem a esses medicamentos e os riscos

que estão correndo com o consumo prolongado. O pressuposto aqui implícito é de que a organização dos serviços de saúde, o trabalho dos profissionais, a política de medicamentos e a condição socioeconômica das pessoas estão intimamente relacionados com o aumento desta prática em nosso País.

Foi necessário fazer um recorte, já que o problema é complexo e atinge grandes dimensões. Decidimos, então, dissertar sobre o consumo do Diazepam por mulheres acompanhadas pelo sistema público de saúde do Município de Sobral-CE. A escolha do medicamento Diazepam para o estudo não ocorreu por acaso, mas pelo fato de o sistema público de saúde dispor apenas deste tipo de benzodiazepínico para distribuição. O Diazepam tornou-se popular, por ser largamente receitado e esteve sempre disponível aos usuários do sistema público.

É neste cenário que mulheres assistidas pelo sistema público vêm cada vez mais consumindo esse medicamento. Em um levantamento feito no início deste estudo, em Fortaleza-CE, junto a uma farmácia do sistema público de saúde, encontramos dados segundo o qual 72% dos consumidores do medicamento eram constituídos de mulheres. Em seguida, também pudemos comprovar este dados em Sobral -CE, onde 75% dos consumidores da única farmácia do sistema público eram do sexo feminino. Após um levantamento junto à Vigilância Sanitária de Saúde local sobre o consumo de psicotrópicos, constatamos que, no Município, era bastante elevado o consumo de Diazepam, principalmente entre as mulheres. Estes dados foram determinantes para definição do Município de Sobral como local do estudo.

De acordo com Almeida, et al. 1994, Alvarez,1993, Côrtes e Trindade,1997, as mulheres possuem uma posição de destaque em relação ao consumo de tranquilizantes. O uso desse medicamento por mulheres tornou-se uma prática mundial, sendo comum haver na própria bolsa ou na farmácia caseira uma caixa deste medicamento.

De acordo com um estudo de Alvarez (1993), as farmácias vendem 58% de medicamentos psicotrópicos sem receita médica, sendo as mulheres as principais consumidoras: (85%) ansiolíticos, (10%) neurolépticos e (5%) antidepressivos. O mesmo estudo revela que as mulheres na faixa etária entre 18 e 55 anos têm mais facilidade do que os homens de se tornarem dependentes, pois tendem a um maior acúmulo do medicamento mais tempo de ação desta no organismo. Em relação aos benzodiazepínicos, estes ensejam mais rapidamente dependência física.

Côrtes e Trindade (1997) confirmam estes dados com um estudo do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química. Em relação ao uso de tranquilizantes, a situação da mulher é desfavorável. Eles têm um efeito lipotrófico, ou seja, são atraídos pelos tecidos gordurosos. Geralmente, as mulheres possuem mais gordura do que os homens. Absorvendo assim com mais facilidade este medicamento no organismo.

De acordo com Chetley (1994), estudos mostram que as mulheres na Europa, América do Norte e América Latina recebem prescrição de tranquilizantes duas vezes mais que os homens. É comum essas mulheres continuarem usando os tranquilizantes mesmo após o tempo estipulado pelo médico.

Almeida et al (1994) complementam dizendo que parece não haver discordância, na literatura, quanto à predominância do consumo de psicofármacos - sobretudo ansiolíticos - pelas mulheres, bem como quanto a um aumento desse consumo com a idade. Alguns autores referem que as mulheres são mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, pois procuram precocemente ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens, o que poderia conduzir a uma chance maior de consumir medicamentos. Madureira et al (1989) contrapõem outro fator que poderia estar relacionado com essa situação das mulheres - o maior comparecimento destas às

unidades de saúde, sobretudo em idade fértil. São as mulheres que cuidam da saúde de toda a família, sugerindo, portanto, a possibilidade de maior consumo de medicamentos.

A evidência de que havia grupos destacados pelo consumo de medicamentos orientou-nos para escolha deste grupo: mulheres usuárias, do sistema público de saúde, e consumidoras de tranqüilizante, especificamente o Diazepam.

Inquietáva-nos a idéia de as mulheres serem as principais consumidoras deste tipo de medicamento, embora a literatura deixasse claro e a nossa prática confirmasse que as mulheres são as que mais utilizam medicamento. Era desconhecida a maneira como essa realidade se processava e o que estava determinando sua consolidação em nosso meio. O fato de esta medicação representar alguns riscos quando não prescrita e consumidas adequadamente, podendo levar a estados de dependência e trazendo outras conseqüências mais graves, pondo em risco a saúde das mulheres, fortaleceu nossa escolha por esse grupo.

O consumo de Diazepam por mulheres no Brasil vem exigindo uma reflexão mais profunda. Barros (1991) faz o seguinte comentário: A “medicalização” da mulher é conseqüência do modelo médico - assistencial dominante, formas peculiares de consumo de bens e serviços diagnóstico - terapêuticos, muitas vezes em nada ou em muito pouco contribuem para ganhos efetivos na qualidade de vida, no aumento de expectativa ou na prevenção de doenças.

Neste sentido, bastaria citar os exemplos da medicamentação da ansiedade e da angústia, através do uso extensivo dos tranqüilizantes que ocupam os primeiros lugares entre os medicamentos mais consumidos, em países desenvolvidos ou não.

Podemos sugerir que a mulher é um alvo fácil e muitas vezes é atingida inadequadamente pelas estratégias da indústria farmacêutica, pelo tipo de assistência a que têm acesso e pela sua própria condição de vida. O fato de ser mulher em uma sociedade ainda carrega profundos traços patriarcais, à mulher tendo sido imposto o cuidado com a saúde dos membros da família, aumentando assim seu contato com os serviços de saúde e com o que é oferecido por este. Nesta relação com as pessoas da sociedade e com o Estado, tem-lhe sido negados direitos simples, como por exemplo, assistência a saúde de forma integral.

Para Barros (1991), a ideologia do consumo veiculada à associação do “bem-estar” e da “felicidade” com o ato de consumir, se integra com vigor ímpar na área dos bens e serviços, relacionados direta e indiretamente, com a manutenção e/ou recuperação da saúde, assumindo estes o valor de mercadorias, submetidas às leis do mercado. Isto possui forte ligação com a lógica embutida na mercantilização da medicina, que passa a ocupar espaços crescentes na vida dos indivíduos e da sociedade, gerando o fenômeno que é chamado, impropriamente, de “medicalização”.

Concordamos com Bonfim e Mercucci (1997), quando eles dizem que as políticas de saúde no Brasil, sobretudo nestas últimas décadas, manifesta-se num modelo de assistência médica de alta densidade tecnológica, particularmente nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Vai-se produzindo uma concepção densamente “medicalizada” da atenção à saúde: desconforto, dores e sentimentos reais ou imaginários devem ser resolvidos, recorrendo-se a um médico que, por sua vez, terá avaliada a sua competência por parte da clientela pela receita que prescreverá.

Junta-se a esse contexto a condição de mulher, que aqui deve ser compreendida sobre o enfoque das relações de gênero, pois identifica o tipo de relação social que se estabelece entre mulheres e homens. Segundo Grossi (1996)

as relações de gênero são moldadas por determinantes históricos, ideológicos, étnicos, econômicos, culturais. Elas diferem de um lugar para outro, num mesmo momento e mudam ao longo do tempo, num mesmo lugar. As relações de gênero iram dar lugar às relações de poder. Tratando-se de nosso objeto de estudo, as relações de poder também acontecem entre as mulheres e o complexo médico-industrial, pois o poder deste último sobre as mulheres é evidente pela dependência tecnológica que vem sendo solidificada, quando a técnica é passível de solucionar todos os problemas; e o medicamento é um deles. As mulheres passam a crer que a solução dos seus problemas, merecendo ou não, são enquadrados como doença, e para os quais necessitam do arsenal tecnológico para diagnosticar e tratar.

O sistema de saúde do nosso País vem passando por várias crises ao longo dos anos. Hoje, o que existe é uma assistência fragmentada, que valoriza a especialização, não adota uma abordagem holística, priorizando a integralidade do indivíduo, esquecendo que o seu objeto de trabalho é dinâmico e que se insere em uma realidade que também é dinâmica e cheia de contradições. A atenção à saúde da mulher na história das políticas de saúde no Brasil tem sido limitada, em grande parte, aos parâmetros da atenção materno – infantil. Mesmo assim, freqüentemente é relegada a segundo plano. Falta a efetividade de uma política, que assegure saúde mental, saúde sexual, assistência ao aborto, assistência específica à adolescência e à velhice, e trabalho cidadão, que promovam segurança à saúde da mulher (Campos, 1991).

Para Campos (1991), os sistema de saúde, tais como existem, não atendem às especificidades da saúde da mulher, principalmente em função de atitudes preconizadas, repassadas pela cultura patriarcal. Atualmente, os processos são tecnificados, “medicalizados” e modernos, mas, nem todos os avanços revertem-se em benefícios para as mulheres. Os programas de saúde denominados de integrais, permeiam somente determinadas fases da vida da

mulher, pois a adolescência e a velhice são praticamente ignoradas. Geralmente, existe uma tendência dos profissionais da área da saúde a relacionar a saúde da mulher à simples questão reprodutiva, ofuscando as possibilidades de pensar na mulher como cidadã, que tem assumido não só o papel de mãe, mas que, nos últimos anos, diversificou seus papéis na sociedade. A mulher saiu da esfera doméstica e privada e passou para os espaços públicos, ocupando vários tipos de atividades no mercado de trabalho, portanto, mudando significativamente seu estilo de vida e suas necessidades de assistência à saúde.

Para Minayo (1992) a assistência à saúde dos brasileiros tem sido inadequada e um dos fatores que concorrem para isto é a formação dos profissionais de saúde. Geralmente esses profissionais tendem a considerar os pacientes como seres a-históricos, com corpos mutilados e membros hipertrofiados. Somos coluna quando é aí que dói, somos pulmão quando estamos infectados. A realidade brasileira, no entanto, tem mostrado a esses profissionais que seu objeto de estudo e de trabalho é muito mais complexo, pois, na verdade, a saúde e doença no Brasil são, acima de tudo, questões sociais. De que adianta receitar vitaminas se o grau de desnutrição é tamanho que impede a absorção desses elementos? De que adianta prescrever tranqüilizantes se as pessoas estão necessitando de empregos?

Em nosso sistema público de saúde, um número significativo de pessoas está recebendo prescrição de tranqüilizantes para alívio de suas dores e ansiedades. Por sua vez, esses sintomas geralmente são causados pelo desemprego, pela fome, falta de moradia adequada e possibilidade de dias melhores. Tomando o medicamento, o problema é esquecido temporariamente, advindo, assim, outro problema muito grave, configurado nos riscos da dependência desses consumidores ao medicamento. Para Fleury (1992) não é de se estranhar que a norma legal universalizante tenha se pervertido em uma

sistema concreto de universalização excludente, confirmando e solidificando a segmentação social que atravessa a sociedade brasileira.

A discussão feita até agora irá determinar as condições de saúde mental desse contingente de mulheres que vem fazendo uso inadequado do Diazepam. Birman (1992) afirma que adoecer mentalmente é falhar nos mecanismos interativos da sociedade. Sampaio (1988) nos mostra que saúde mental e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Neste caso não podemos, falar de doença mental sem falar de saúde mental, da sociedade que as constitui e constitui o saber que as define e do Estado que implementa as políticas de assistência e prevenção.

A originalidade deste trabalho encontra-se na tentativa de olhar para o interior de um município de porte médio, eminentemente urbano, e que nos últimos anos vem mudando com muita rapidez seu perfil sócio-sanitário. Assim, são necessárias investigações que nos mostrem caminhos para intervir no processo saúde-doença da população. Para direcionar nossa pesquisa, utilizamos a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, e a abordagem histórico - estrutural serviu de referência para divisarmos com maior clareza, o problema, sob um espectro de interdependência e múltiplas determinações entre os elementos desta realidade.

2 OBJETIVOS

GERAL

Analisar a utilização do Diazepam entre um grupo de mulheres de um serviço público do Município de Sobral .

ESPECÍFICOS

Delinear o perfil das consumidoras de Diazepam de um serviço público de saúde de Sobral-CE -Brasil.

Levantar fatores relacionados com o consumo de Diazepam pelas usuárias do serviço.

Identificar fragilidades na assistência à saúde das mulheres que consomem Diazepam e que são usuárias deste serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O objeto do presente estudo é o consumo de Diazepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde, em Sobral – CE, que vem se consolidando, entre outros fatores, a partir do tipo de organização dos serviços, do processo de trabalho dos profissionais, da política de medicamentos e do estilo de vidas dessas mulheres. Tomando em consideração as características deste objeto, decidimos realizar uma pesquisa do tipo qualitativo, descritiva, com abordagem histórico-estrutural que permite nos aprofundarmos na compreensão do conjunto de fatores relacionados com o modo como se apresenta a realidade estudada. Este referencial nos permite expor o objeto para análise e traçar algumas intervenções. Neste caso é o melhor que se tem hoje para poder iluminar e entender o nosso objeto. Para Minayo (1996), a pesquisa qualitativa na área da saúde possibilita inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar, está sua abrangência multidisciplinar e estratégica.

3.2 O Local do Estudo

Antes de iniciar esta pesquisa, buscamos uma aproximação maior com o nosso objeto de estudo. Surgiu, então, a idéia de realizar um levantamento preliminar em um serviço público de Fortaleza-CE. O resultado desse estudo mostrou o perfil dos consumidores de Diazepam deste serviço, que se

caracterizou da seguinte maneira: em sua maioria são do sexo feminino (72%), analfabetos ou com o primeiro grau incompleto (73%), aposentados e dedicados ao trabalho do lar(75%), com renda familiar de até 2 salários mínimos(68%) e fazendo uso de Diazepam há pelo menos 5 anos (58%) .

Este levantamento foi importante para decisão posterior da escolha do local de desenvolvimento da pesquisa. Constatamos que as mulheres são as principais consumidoras desta medicação no sistema público e esta confirmação é reforçada pelo que foi encontrado na literatura e pela nossa experiência profissional, atuando na área de saúde mental. O Ceará não se distancia da realidade mundial e nacional, considerando que há em nosso meio uma prática que favorece o consumo de Diazepam entre as mulheres.

A investigação tem como espaço um serviço público de saúde - Unidade Especializada de Saúde, conhecida hoje como Posto de Assistência Médica (PAM), localizado no Município de Sobral-CE, distante 224 km da capital do Estado, Fortaleza. A escolha da cidade encontra justificativa na tentativa de olhar para um município de porte médio, eminentemente urbano, que nos 10 últimos anos vem experimentando inusitado crescimento socioeconômico, com isso mudando paulatinamente seu perfil socio-sanitário.

A opção pelo serviço é justificada pelo fato de este ser o único em Sobral que apresenta uma farmácia do sistema único de saúde que ainda distribui medicamentos da Central de Medicamento-CEME. Entre os medicamentos distribuídos encontrava-se o tranqüilizante menor Diazepam, de interesse para este estudo. O serviço também é campo de prática para os alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA- onde Exercemos a docência das disciplinas Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem em Saúde Mental.

A permanência como professora permitiu-me constatar, *in loco*, que ali não existe uma política de saúde mental que volte suas ações para a

resolução dos problemas ligados a este setor, principalmente porque lá ocorrem quadros de deficiência mental, de demências senis e pré-senis, de transtornos mentais e abuso de drogas (legais e ilegais) que têm levado os gestores municipais a grandes impasses, como o de terem de escolher prioridades onde tudo é prioridade (Sobral, 1997).

Por outro lado, em levantamento realizado junto aos mapas do Setor de Vigilância Sanitária do Município, constatamos que em 1996 a farmácia do PAM distribuiu 16.400 comprimidos de Diazepam de 10mg, número que poderia ter sido mais elevado, se o repassê da CEME fosse maior, pois fomos informada de que o estoque acaba sempre antes do tempo previsto e que a demanda é sempre maior do que a oferta quando se trata, mais especificamente, desse tipo de medicamento. No ano de 1996, as mulheres foram as maiores consumidoras de Diazepam deste serviço, conforme descreveremos no capítulo 04.

3.3 Os Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram as mulheres consumidoras de Diazepam que durante a coleta de dados, compareceram para receber o medicamento na farmácia do PAM /Sobral, e os respectivos médicos prescritores desse medicamento na rede pública. Para a escolha dos médicos, fizemos um levantamento junto à farmácia do PAM/Sobral, onde pudemos analisar as prescrições de Diazepam aviadados durante 9 meses. Com isso, identificamos os principais prescritores deste medicamento em Sobral que atuam na rede pública. Os cinco profissionais que mais prescreveram são os que compõem a amostra de prescritores. Estes possuem as seguintes especialidades: um psiquiatra, dois cardiologistas, um cirurgião geral e um clínico geral. Justificamos sua inclusão como sujeitos deste estudo pelo fato de os médicos

serem os que fornecem o receituário azul, documento necessário para a aquisição do medicamento, além de serem responsáveis pelo acompanhamento da clientela que atendem.

A seleção das mulheres ocorreu no momento da aquisição do Diazepam na farmácia do PAM/Sobral, no período de junho a setembro de 1998. Para escolha dessas mulheres, permanecíamos na farmácia, no turno da manhã, e abordávamos todas as que adentravam o local com o intuito de receber o medicamento. Descartávamos as que já haviam sido internadas em hospitais psiquiátricos. Este critério de seleção foi adotado porque as mulheres sem história de internação psiquiátrica, supostamente, ainda não desenvolveram algum tipo de transtorno mental. Em muitos casos as pessoas que iam ao serviço apanhar o medicamento não eram os consumidores, geralmente, parentes próximos ocupavam-se desta função, recebiam o Diazepam mediante a apresentação da carteira de identidade da pessoa que iria consumir o remédio. Essa estratégia adotada pelo serviço, fez com que o contato verbal com as mulheres consumidoras do medicamento ficasse um pouco difícil, pois, nos quatro meses durante os turnos da manhã, diariamente eram atendidas em média dez solicitações, destas apenas dois ou três eram das próprias mulheres consumidoras. Vale ressaltar que o contingente de homens, embora pequeno, também se inclui nesta demanda diária. Outro fator que condicionou o tamanho da amostra diz respeito a falta da medicação no serviço. Quando acabava a oferta do mês, havia um espaço de duas semanas sem o medicamento, com isso a clientela voltava sem ser atendida em sua solicitação. Apenas duas mulheres não concordaram em nos conceder uma entrevista. Diante desses determinantes conseguimos entrevistar vinte clientes, destas entrevistas descartamos as com pouca consistência para o estudo. Adotando este critério a amostra foi composta de quinze mulheres.

3.4 Métodos e Procedimentos

No início da entrada em campo, comunicamos verbalmente à Gerente dos Serviços de Saúde do Município os objetivos do estudo e as estratégias que iríamos praticar para alcançá-los. Já no serviço propriamente dito, dirigimo-nos também verbalmente, à diretora do PAM/Sobral, explicando nossa pretensão e objetivos. Abordamos, também, o farmacêutico responsável pela farmácia fazendo – o ciente de nosso intuito no setor. E por fim, nos reunimos com a equipe do programa de saúde mental, que havia sido implantada recentemente no serviço, composta por duas enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social e um psiquiatra, para informá-los sobre o estudo e suas diretrizes, além, é claro, de solicitar ajuda e adesão do grupo. A informalidade nas solicitações justifica-se pelo relacionamento amistoso com os profissionais dos setores, onde participamos de atividades, efetivando a parceria universidade e serviço.

A coleta das informações deu-se através de um conjunto de procedimentos agrupados em dois momentos. No primeiro, visitamos algumas unidades de saúde, buscando identificar serviços direcionados à saúde da mulher. Procuramos conversar informalmente com funcionários e diretores das unidades para ampliar mais ainda a compreensão sobre o processo de organização e de trabalho, que, de uma certa forma, já era de nosso conhecimento, em virtude da nossa inserção no Município como profissional de saúde. Neste momento, incluímos também a realização de consulta ao Plano Municipal de Saúde, a prontuários e receituários o que auxiliou na apreensão da realidade estudada.

Um levantamento junto à Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral foi imprescindível, pois o Município passa por uma transição no modelo assistencial que teve início com a gestão que assumiu em 1997. Como isso,

muitas informações não haviam sido registradas, tendo apenas a própria Secretaria e seu quadro de funcionários como fonte.

No segundo momento, a coleta de informações aconteceu através de dois instrumentos (Anexo I, II), um destinado às mulheres consumidoras de Diazepam e outro aos respectivos médicos prescritores.

O instrumento direcionado às mulheres, foi uma entrevista semi-estruturada. Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para coletar dados, devendo-se partir de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

A entrevista direcionada às mulheres foi composta, em sua primeira parte, dos seguintes aspectos: dados de identificação, como estado civil, data de nascimento, grau de instrução, número de filhos, ocupação, renda individual e familiar; informações sobre a utilização do medicamento, como tempo de consumo, dose consumida atualmente, dose prescrita no início do consumo, motivo do início do consumo, por que continua consumindo o medicamento, e onde o adquire. A segunda parte aprofunda alguns aspectos com interesse voltado para utilização do medicamento, como: se deixa ou não de tomá-lo em algum período, melhoras que obteve com o consumo, o que precisaria ter para conseguir deixar de tomá-lo, o que significa consumir o Diazepam, como percebe a sua saúde e, por fim, como é sua dinâmica familiar e se o consumo do medicamento interfere nessa dinâmica.

A realização das entrevistas com as mulheres ocorreu no período de junho a setembro em uma sala no próprio Serviço, cedida pela diretora, espaço adequado que possibilitou privacidade durante as entrevistas. Ao abordar as mulheres, ainda na farmácia do serviço, explicávamos o intuito da entrevista,

deixando claro que sua participação não era obrigatória e que caso não quisessem participar poderiam ficar à vontade para optar entre a realização ou não da entrevista. Entretanto, a maioria das mulheres sempre mostravam-se disponíveis e atenciosas e apenas duas delas se opuseram. Antes de iniciar cada entrevista, garantíamos para as entrevistadas o devido sigilo sobre as informações e anonimato de suas identidades.

A coleta de informações com os médicos prescritores foi realizada também através da entrevista semi-estruturada, contemplando dados de identificação, como ano de formatura, especialidade, locais de trabalho, renda no setor público e privado e atualização nos dois últimos anos. As questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo delinearão-se da seguinte forma: situações mais usuais que determinam a prescrição de Diazepam em suas práticas, onde e como são feitos os registros das prescrições. Os médicos também foram solicitados a informar o que, além da prescrição, mais compõe seu acompanhamento a essas pessoas, que critérios adotam para prescrever ou não o Diazepam e para qual sexo prescrevem mais esse remédio.

As entrevistas com os médicos aconteceram no mês de setembro de 1998. Foi feito um contato antes para agendar o encontro e, neste contato, o médico era informado do objetivo da entrevista. Os locais e horários variaram, dependendo da disponibilidade de cada médico. Antes do início de cada entrevista, era garantido o anonimato de suas identidades, mas esclarecíamos que estava previsto que no relatório da pesquisa haveria referência às especialidades dos prescritores.

Durante o percurso da coleta, encontramos algumas dificuldades. A primeira envolveu as fontes de consulta: prontuários, arquivos de registro de medicamentos e receituários médicos. Todos foram consultados manualmente, pois, em Sobral, não existe até o momento da coleta das informações, um sistema de armazenamento desses dados em computador. A outra dificuldade

ocorreu em virtude de a distribuição de medicamentos da farmácia não acontecer de forma regular, em razão do repasse insuficiente, principalmente do Diazepam. Chegou a ser necessário interromper as entrevistas com as consumidoras algumas vezes por falta do medicamento. A terceira dificuldade foi sentida no momento da entrevista com as mulheres, pois percebemos que elas não ficavam à vontade. O fato de estarem ali para receber o Diazepam constituía uma situação que as deixava como foco de investigação, o que não era bem compreendido por elas. Mesmo depois de nossa explicação sobre o intuito da entrevista, percebemos que existia uma determinada preocupação com as respostas, evitando algum desgaste perante o Serviço. Outra dificuldade ocorreu no momento das entrevistas com os médicos, pois sentimos que, mesmo concordando em conceder a entrevista, mostravam-se cautelosos ao responder as perguntas e policiavam-se para não falar muito.

Para analisar o material empírico, utilizamos a técnica de análise do discurso que, segundo Minayo (1996), tem como objetivo realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos. A sintonia com a abordagem histórico-estrutural foi um dos motivos da escolha desta técnica.

3.5 Referencial Teórico

Para uma aproximação maior com o objeto de estudo, que é o consumo de Diazepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde, fizemos opção por usar uma abordagem que desse conta dos aspectos históricos e estruturais inerentes à pesquisa, motivo por que utilizamos a abordagem histórico-estrutural como base.

Para Triviños(1990), o caráter histórico que marca os fenômenos sociais e que se transformam pela ação do homem na sociedade são os caminhos

utilizados pela abordagem histórico-estrutural. Durante esse processo, sujeitos participam com diferentes experiências de vida, cultura, situação socio-econômica, familiares e visões de mundo. A estrutura organizacional e política irá influenciar significativamente no resultado final, ou seja, nos acontecimentos que dinamizam uma determinada população.

Quando resolvemos investigar o consumo de Diazepam por mulheres atendidas no sistema público, buscamos um caminho metodológico capaz de focalizar aspectos estruturais que extrapolassem o campo individual, trazendo respostas e justificativas para o problema a partir do contexto no qual está inserida a mulher e os determinantes que norteiam sua trajetória social, e o tipo de assistência à saúde que recebe.

Assim, buscamos uma congruência entre pressupostos teóricos e filosóficos que explicitem o nosso objeto de estudo. A Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - TIRESA - foi escolhida, pois atende a este requisito.

Segundo Egry (1996:103):

É a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpôr instrumentos de intervenção.

A referida teoria apresenta as seguintes etapas:¹ a) captação da realidade objetiva; b) interpretação da realidade objetiva; c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; d) intervenção na realidade objetiva; e) reinterpretação da realidade objetiva.

Para Egry (1996), a intervenção sobre a realidade objetiva pressupõe mediações entre o sujeito (o ator social) que intervém e o objeto de intervenção e é sempre “praxicamente” processual. O começo, o meio e o fim, desta forma, são elos interligados de uma mesma cadeia em espiral, onde, geralmente, o início da espiral é impulsionado por aquele que, em determinado momento, é capaz de formular o horizonte processual de transformação. Ressalta que os técnicos de saúde, neste caso, os enfermeiros, por seu tipo de trabalho, devem visualizar as possibilidades e necessidades de mudanças efetivas no seu saber-fazer, com isso, intervindo no processo saúde-doença da população, precisamente porque essa é a sua forma de desvencilhar-se da alienação, quebrando, assim, a âncora mecanicista que vem sustentando sua prática.

A Autora afirma que, para operacionalização da TIPESC, é preciso recorrer aos conceitos de categorias conceituais, categoria dimensional, categoria analítica e categoria interpretativa, que irão formar uma teia. As categorias conceituais são o conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do objeto de estudo. No nosso caso, utilizamos os conceitos de sociedade, enfermagem, homem, classe social, processo saúde-doença, gênero e poder, entendendo que estes demarcam o objeto escolhido.

A categoria dimensional é o conjunto de noções que lidam com o desenvolvimento da Teoria, no seu prisma operacional. Enquanto as categorias conceituais podem ser consideradas a trama do tecido que abarca o fenômeno, as categorias dimensionais são o *design* deste tecido. Por serem dimensionais, elas não têm bordas rigorosamente definidas e, sendo assim, permeiam todo o conjunto. São consideradas três categorias dimensionais: a da interdependência do estrutural, do particular e do singular.

A categoria analítica é uma abstração realizada com base no exame de uma realidade, embora parcial, que pode incluir imprecisões e ambigüidade, mas

que está fundamentada em experiências concretas; é importante para a investigação porque determina sua orientação geral e permite sua interpretação correta. Neste estudo, temos as seguintes categorias analíticas: o processo da assistência à saúde das mulheres consumidoras de Diazepam no serviço público de saúde, modo de viver das mulheres consumidoras de Diazepam e perfil de consumo de Diazepam por mulheres no serviços públicos de saúde.

Por sua vez, a categoria interpretativa significa a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional no sentido de operacionalização metodológica da teoria, possibilitando laminar o objeto fenomênico considerado dentro da perspectiva da finalidade de uma dada intervenção no processo de trabalho em tela, ou de um dado elemento constituinte dele. Esta categoria interpretativa irá definir eixos ou lâminas de recorte operacional do processo total de intervenção.

O consumo de Diazepam por mulheres é constituído de elementos articulados às dimensões estrutural, particular e singular, que interagem para explicar a realidade objetiva, dialeticamente. Segundo Egry (1996), a dimensão estrutural é representada pela macroestrutura que cerca a assistência à saúde, abrangendo as políticas de saúde, as políticas sociais e a produção e consumo de serviços de saúde. A dimensão particular é constituída pela microestrutura, ou seja, pelos sistemas e instituições de saúde que compõem a rede local de serviços, e a dimensão singular refere-se aos microgrupos e aos indivíduos.

Para o desenvolvimento da TIPESC, cada etapa revela um momento hegemônico de abordagem, ou seja, encontra-se mais destacada uma fase em relação às demais, no sentido de seu aprofundamento, entretanto, não se deve perder de vista o caráter de totalidade e de interpenetrabilidade. As dimensões estrutural, particular e singular são iluminadas pela categoria dimensional da totalidade. Estando fortemente articuladas entre si, são capazes de visualizar o fenômeno de uma maneira totalizante.

Quanto às etapas, temos a captação da realidade objetiva, que compreende a aproximação com uma determinada realidade a ser investigada. Já a etapa de interpretação da realidade busca identificar as vulnerabilidades dessa realidade. Por outro lado, a construção do projeto de intervenção toma por base as vulnerabilidades identificadas na etapa anterior e que apresentam elementos teórico-práticos de superação. A intervenção na realidade é a aplicação do projeto de intervenção, e, por último, a etapa de reinterpretação da realidade em que são avaliados os processos e produtos da intervenção.

Utilizamos como suporte metodológico neste estudo as duas primeiras etapas - captação e interpretação da realidade objetiva - pois estas mostram-se adequadas, em virtude da dimensão e metas que queremos alcançar no momento. Isto não invalida a possibilidade de, no futuro, continuarmos aprofundando o estudo com a construção de uma tese de doutorado, onde há a possibilidade de utilizarmos as outras etapas subsequentes da teoria.

Entendemos que o objeto de estudo, consumo de Diázepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde, está diretamente relacionado com a determinação do processo saúde-doença no Município de Sobral. Nas diferentes classes sociais é mediado, assim, pelo processo de produção e consumo em geral, que pode facilitar ou dificultar o surgimento de doenças e a manutenção da saúde.

Descreveremos a seguir os conceitos adotados como mediadores para compreensão do objeto de estudo.

Sociedade

Falar sobre sociedade é o mesmo que descrever como vivemos, que tipo de relação e que coisas são necessárias para nossa participação num determinado espaço social.

O conceito construído por Egry (1996: 52), foi o escolhido para este estudo.

Complexo integrado por homens diferenciados ocupando determinado espaço geopolítico. Os homens interagem entre si a partir da inserção no trabalho onde eles se relacionam entre si e com a natureza, na produção da vida material. Este trabalho está estruturado pela base econômico-social. Toda esta estruturação está assentada no modo de produção, síntese concreta, histórica e dinâmica das relações sociais e das forças produtivas. Tal modo de produção conforma e é conformado pela superestrutura jurídico-política-ideológica. Esta sociedade encontra-se em permanente transformação, criando-se e recriando-se pela ação humana em um processo de criação onde o homem é também transformado(...).

Homem

Adotamos a definição descrita por Egry (1996: 57), que partiu da síntese do entendimento de um grupo de docente da USP, onde o homem é visto como um ser social que carrega uma historicidade determinante do seu processo de trabalho e de sobrevivência.

É um ser biológico e social, com integridade, inserido em uma sociedade historicamente determinada. É um ser de vida social que, ao pertencer a diferentes classes sociais, (detêm) condiciona diferentes condições de vida, de saúde e de assistência à saúde. Cada qual tem uma visão de mundo que lhe é própria, conseqüente também à sua forma de inserção social e, de acordo com ela reage aos acontecimento da vida social. A inserção social do homem lhe conferê poderes que lhe são dados pelo saber e pelo "status" que ocupa. O homem é sujeito e objeto destas relações de poder. O homem é um ser histórico por que ao se transformar também transforma a sociedade: é produto e produtor da vida social. O homem é social e historicamente determinado e este é unido pela sociedade, pelo trabalho, entendido como sendo a maneira de os homens se relacionarem para garantir a existência e preservar a espécie(...)

Processo Saúde - Doença

Uma visão materialista histórica e dialética do processo saúde-doença foi sintetizada por Egry (1996: 60)

Processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade da vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar, de responsabilidade humana. O processo saúde-doença aproxima o "polo" doença não apenas dos sofrimentos físicos mas também dos psíquicos, morais e éticos. Além disso, tem relação com a capacidade vital, perfil de morbidade e de mortalidade, articulando-se ao processo de desenvolvimento e crescimento do indivíduo. Ele não se expressa numa progressão linear, mecânica, que vai de um pólo (saúde) a outro (doença) , mas sim através de um constante vaivém em espiral o que evidencia o caráter dinâmico de permanente alteração dos fatos/fenômenos vinculados à saúde- doença(...).

Enfermagem

O conceito encontrado que mais se aproxima da compreensão de enfermagem foi descrito por Silva, Gonzaga e Verdi (1992:56).

A enfermagem pode ser interpretada como uma unidade de práticas produtivas, social e científica. Produtiva por ser um processo de trabalho inserido nas relações de produção que mantém em seu seio uma visão social e técnica e que possui objeto e finalidade definidos, bem como instrumentos de transformação e autotransformação. Social por estar inserida numa organização social, participando das lutas de classe, ideológicas e de poder. E como prática científica porque em seu desenvolvimento

reforça ou reforma a teoria que sustenta suas concepções norteadoras das práticas.

Processo Saúde - Doença Mental

Necessitávamos de um conceito que abrangesse a saúde mental e este foi descrito por Sampaio et al (1998: 31)

Processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida dos indivíduos e das coletividades humanas, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças. Inclui os estados vitais e suas representações mentais. No caso do processo saúde-doença mental, tanto os estados como as representações são conteúdos da consciência, daí obrigando distinções: normal/não normal, sintoma/doença, doença mental/alienação, personalidade/sofrimento psíquico/doença.

Gênero

Devemos reconhecer que o termo gênero, nos últimos anos, vem causando uma certa polêmica por ampliar a discussão das relações sociais entre homens e mulheres. As relações de gênero são moldadas por determinantes históricos, ideológicos, étnicos, econômicos, culturais. O conceito parece acenar imediatamente para a idéia de relação; os sujeitos se produzem em relação e na relação. Portanto, gênero é fundamentalmente uma construção social e histórica.

Scott (1993: 41) define gênero como:

Um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexo, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

Classe Social

Em nossa sociedade, os sujeitos sociais ocupam um espaço na produção da vida material, sendo capazes de expressar as diferenciações existentes, portanto, determinando suas classes sociais. As maiores diferenças em termos de necessidade e possibilidade estão reportadas às classes sociais (Egry, 1996).

Para Poulantzas (1991: 13),

As classes sociais são conjunto de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente por seu lugar no processo de produção, isto é na esfera da econômica. Define-se pelo seu lugar no conjunto das práticas sociais, isto é, pelo seu lugar no conjunto da divisão social do trabalho, que compreende as relações políticas e as relações ideológicas.

Poder

Egry (1996), traduzindo Eibenschutz informa que para o autor a base material da relação de poder está na materialidade dos corpos humanos. O poder se enraíza nos indivíduos, em seus corpos, em todos os indivíduos vivos, como uma relação bipolar. Esta conceituação inverte totalmente o que até agora se entende como poder, por exemplo, e, para aclarar a idéia, este posicionamento significa que o estado não é o dono do poder da sociedade, mas todos e cada um dos cidadãos são donos de seu próprio poder, que é a raiz da materialidade de seus corpos; e o que o Estado faz é encontrar a maneira de se apropriar destes corpos e obrigá-los (coesão) ou convencê-los (consenso e legitimidade) a obedecer ao Estado em função do Direito.

Para esta Egry, este conceito de poder é aplicável não somente ao Estado, mas, também, às relações entre indivíduos ou grupos sociais. As relações de cooperação, assim como as de exploração, são relações de poder. A diferença é que as primeiras são baseadas na necessidade, enquanto as de exploração baseiam-se no conflito e na desigualdade, o que torna mais visível seu caráter de dominação e, portanto, de poder.

4 MULHERES E CONSUMO DE DIAZEPAM

4.1 Inserção Social da Mulher: Conseqüências e Necessidades de Assistência

Com este tópico pretendemos discutir a inserção social da mulher e seus reflexos sobre a assistência à saúde que a ela vem sendo ofertada.

Os próximos parágrafos apresentam, de modo resumido, alguns aspectos da inserção social da mulher ao longo do tempo, segundo Nader (1997).

As fontes encontradas sobre a vida humana, principalmente até o século XIX, quando as esferas públicas e privadas foram claramente delineadas, dizem respeito mais aos discursos do que propriamente à prática, mais à etnologia do que à sociologia, mais à história oral do que à escrita. Os arquivos onde se registravam acontecimentos criminais, fontes que carregam uma significação complexa do conhecimento da vida privada, mas que só dizem respeito à vida masculina, fazem pouca alusão às práticas femininas no campo criminal. Isso não quer dizer que as mulheres não cometeram crimes no decorrer da história e que seu temperamento fosse avesso a essa prática. O que se lê nestas fontes é a força da presença masculina no confronto e na vingança, lugar que exclui a mulher, considerada passiva e subserviente.

A socialidade feminina era reduzida e, de um modo geral, restrita ao ambiente doméstico. E essas mulheres não eram vistas nas ruas ou em centros públicos, com exceção da Igreja. Neste ambiente doméstico, Nader (1997) chamam atenção para o trabalho invisível. A mulher, expulsa do universo econômico criador de sobreproduto, cumpriu, apesar disso, uma função

econômica fundamental. A divisão do trabalho designou-lhe a tarefa de repor a maior parte da força de trabalho que move a economia, transformando matéria-prima em valores de uso para seu consumo direto, concorrendo, deste modo, para a alimentação, o vestuário, a manutenção da casa, assim como a educação dos filhos.

No século XIX, poucas mulheres tinham o privilégio da escrita e da leitura, e, destas, algumas que mantinham correspondência e escreviam com frequência seus diários preferiram destruir esses documentos com receio de vê-los cair nas mãos incompreensivas e irônicas de seus familiares e mesmo de seus herdeiros. A própria educação feminina levava a mulher a apagar suas memórias, uma vez que a escrita era a revelação de sua vida íntima e a mulher educada não se revelava a ninguém. O íntimo e pessoal eram considerados indecentes. A sua memória é a memória do privado, sua vida íntima à qual foi atrelada e trabalhada por uma educação que a leva à aceitação de sua vida no interior do domicílio, sem reclamar e, de modo geral, sem perceber que também fazia parte da história.

A sociedade, por meio da família e da escola, foi criando mecanismos de controle, evidenciando a permanência de fortes traços discriminatórios e desiguais entre o homem e a mulher, mantendo a situação da mulher, apesar da aparente democratização das relações sociais.

A mulher, por sua vez, teve um aumento de responsabilidade, que se operou em dois momentos: o primeiro retirou a mulher dos limites domésticos, liberando-a para a convivência social, e, no outro, re-introduziu-a no lar para que assumisse a educação dos filhos, dos quais deveria surgir uma nova nação. A mulher passou, então, a ser a responsável pela geração e criação de “novos” homens com “novos” valores. De um modo geral, a instituição familiar continua a ser organizada numa divisão social de trabalho que atribui ao homem o papel de provedor de renda e à mulher o papel de prestadora de serviços dentro de casa, local onde ela, além de ser a “dona”, cumpre tarefas de menor esforço físico.

Para Nader (1997), a mulher foi relegada para a esfera doméstica pela divisão do trabalho entre os sexos, ao mesmo tempo que se ia desenvolvendo, através de milênios, uma poderosíssima ideologia que ainda hoje determina a imagem da mulher e do seu papel na vida social.

Mas, só a maternidade e a vida em família não preencheram os projetos de vida femininos. A sociedade ocidental, a partir do século XIX, evoluiu num amplo contexto político, econômico e ideológico. No campo político, os direitos de cidadania se ampliaram e as lutas operárias realizaram conquistas ao nível das relações de produção e de representação partidária. O campo econômico fez explodir no lar a necessidade de expansão profissional da mulher, permitindo-lhe romper com aqueles limites impostos pela atitude psicológica e cultural, que atribuíam a supremacia física, moral e intelectual e conferiam o poder político, social e econômico somente aos homens.

Neste contexto, procuramos situar o papel da mulher na sociedade contemporânea, de forma a considerar não a evolução do seu destino biológico, mas a sua evolução social, assim como aqueles fatores que provocaram a evolução dos padrões sociais, que agiram de forma a transformar as relações internas da família e abriram espaços para a mulher se inserir de modo peculiar, não só dentro da instituição familiar mas na sociedade como um todo.

Conforme indicado no começo da página 30, em paráfrase livre, descrevemos, uma parte da síntese histórica feita por Nader (1997), onde ela delineia a caminhada da mulher em nossa sociedade, apontando os aspectos sociais que se refletem e refletiram decisivamente nos aspectos culturais, políticos e econômicos ora vigentes.

Hoje as mulheres têm mostrado sua força, conseguindo penetrar em vários locais. No mercado de trabalho, por exemplo, a taxa de atividade feminina foi de 52,7%, em 1990. Já na década de 80, a presença de homens com nível superior no mercado de trabalho era de 4,7%, enquanto que as mulheres com

nível superior superavam com 8,7% (Saffioti e Vargas, 1994). As mesmas autoras indicam que tem havido destaque no ingresso nas universidades, onde elas têm conquistando os primeiros lugares em vários cursos antes predominantemente masculinos. A participação na política deve ser destacada, também, onde grandes vitórias nas urnas vêm ocorrendo repetidamente.

Mas, é necessário perceber que, contraditoriamente, as mulheres estejam liderando outros setores que lhes têm trazido muitos prejuízos. Dupla ou tripla jornada de trabalho, chefia do lar sem a presença do companheiro e consumo crescente de tranqüilizantes são apenas alguns dos exemplos. Parece ser bastante elevado o preço que as mulheres têm pago para a superação desses obstáculos e para obter a conquista de direitos fundamentais como cidadãs. Seu corpo, que concretiza sua presença no mundo, tem recebido toda a carga, muitas vezes não suporta, e adocece. Assim, a determinação do processo saúde-doença está intimamente relacionada com as condições de vidas enfrentadas por essas mulheres.

Segundo D'Oliveira e Senna (1996), desde o século XIX, o corpo feminino vem sendo esquadrihado e normatizado pela prática médica, gerando diversas propostas de intervenção dirigidas à população feminina. Até a década de 60, essas propostas tinham como último fim a adequação das mulheres ao seu papel de "mães saudáveis, de filhos igualmente saudáveis". A sexualidade, a educação e o comportamento das mulheres foram normalizados, tendo como fim esse objetivo, e o pré-natal, o parto, a amamentação e o cuidado com os filhos eram os principais objetos dos manuais de higiene e dos serviços públicos de saúde.

Valéry (1996) afirma que, para as mulheres, ainda são escassas as medidas políticas, administrativas e financeiras destinadas a garantir-lhes o exercício pleno da cidadania; ainda são precárias e desiguais as condições de emprego, as remunerações, as condições de trabalho e o acesso ao sistema

previdenciário. A cobertura dos serviços de saúde é insuficiente e inadequada às necessidades das mulheres em todas as fases de sua vida reprodutiva e não ligada à reprodução.

A atenção à saúde da mulher caracterizou-se, até 1983, por encontrar-se fundida com a atenção à sua prole, em programas denominados de atenção materno-infantil. A partir de então, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como objetivo ampliar e personificar o atendimento às mulheres (Silva, 1988). Este programa pode ser reconhecido como marco na assistência à saúde da mulher. Em muitos estados brasileiros, sua implantação fracassou, mas, ainda assim, serve de modelo quando se fala de atenção adequada à saúde da mulher.

Santos et al (1990), acreditam que a saúde da mulher está atrelada às condições de vida da população, ao que acrescentamos que os fatores sociais, econômicos e políticos são determinantes significativos do processo saúde-doença de uma sociedade. Deve-se considerar dentro deste contexto o conjunto de práticas, modos de organização e saberes ligados à área da saúde.

A literatura vem apontando (Barros, 1991, Côrtes e Trindade, 1997, Almeida et al, 1994) e nossa experiência permite afirmar que as mulheres são as que mais buscam os serviços de saúde, de maneira geral. Uma das justificativas para este fato é a responsabilidade que a elas a sociedade tem atribuído como provedoras da saúde de todos os membros da família. Com isso, passam a consumir mais o que é ofertado pelo sistema de saúde, que, muitas vezes, pouco tem resultado em melhor qualidade de vida e de saúde.

A mulher tornou-se o alvo mais fácil do poderoso complexo médico-hospitalar. É ela quem utiliza com maior frequência o arsenal tecnológico disponível no sistema de saúde, em que se destacam os medicamentos. Almeida et al (1994) encontram justificativas, sugerindo que as mulheres são mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, procuram precocemente

ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens, o que poderia conduzir a uma chance maior de consumir medicamentos. Não se pode esquecer o papel da poderosa indústria farmacêutica, que, com grandes investimentos promocionais, transforma seus produtos em essenciais para manutenção e recuperação da saúde.

Para Saffioti e Vargas (1994), o sistema de saúde, tal como existe, não atende às especificidades da saúde da mulher, principalmente em função de atitudes preconizadas e repassadas pela cultura patriarcal.

Como mães, são responsáveis pela saúde dos filhos e dos membros da família, administrando a alimentação, cuidando da higiene. Como as mulheres enfrentam a concepção, a gravidez, o parto e os problemas da contracepção, são as maiores consumidoras da indústria farmacêutica e da indústria química.

Nossa sociedade carrega fortes traços patriarcais, os serviços de saúde geralmente organizam-se para atender a mulher apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, como no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Os serviços da rede pública, com poucas exceções, limitam sua atenção como, escrevemos páginas atrás, ao período gravídico-puerperal.

São escassos os serviços onde os programas de assistência à mulher a enfocam-na de maneira mais integral, isto é, a mulher é vista em sua globalidade, focalizando a menarca, menopausa, o climatério, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças malignas, os problemas relacionados com a sexualidade, a fase de pré-adolescência e adolescência. Além desses aspectos biológicos, para o alcance da integralidade, a mulher deve ser compreendida como indivíduo na sua totalidade e na coletividade em sua singularidade. Na realidade, são poucas as instituições que dispõem de técnicos sensibilizados e dispostos a atender as mulheres em uma abordagem global.

Ocorre predominância dos aspectos físicos e biológicos relacionados à assistência da mulher, o que não é substancialmente diferente da atenção que

está sendo ofertada à população de maneira geral, ou seja, uma assistência que privilegia a tecnologia e equipamentos e com resultados de baixa qualidade e pouca resolutividade.

No passado, as mulheres tinham necessidades diferentes. Hoje, estão competindo no mercado de trabalho, assumindo o papel de chefes-de-família.

Com isso, suas necessidades de atenção diversificaram-se. Só que a assistência dirigida a elas não avançou, não acompanhou a complexidade de sua inserção na sociedade e, com isso, não atendendo as suas necessidades.

Um exemplo é o descaso em relação à **saúde mental**, que deveria ter se destacado para acompanhar as necessidades que emergiram com a inserção desta mulher na sociedade. Sampaio (1988) afirma que a noção de bem-estar coletivo, devem emergir dos conceitos de Saúde Mental e Doença Mental. Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de construção do Normal, carecendo portanto de instrumental médico, psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido. Para esse Autor, não podemos, por isso, falar de doença mental sem falar de saúde mental, da sociedade que as constitui o saber que as define e do Estado que implementa as políticas de assistência e prevenção. Como o avanço dos conhecimentos sobre saneamento, nutrição e profilaxia; com o avanço da oferta de serviços de saúde e de subsídios financeiros compensatórios; com a urbanização acelerada e o processo de especialização dos saberes, obrigando a cooperação em equipe conflitando com a identidade individualística competitiva; teremos novas formas contingentes de adoecer e morrer, deslocando-as na direção dos problemas crônico-degenerativos, e novas formas de sofrer a condição humana, na direção dos sofrimentos psíquico.

A inclusão de novos papéis no cotidiano das mulheres implica outras possibilidades de adoecer e morrer. Essa exposição cotidiana das mulheres tem relação com sobrecarga por dupla e até tripla jornada de trabalho, discriminação

no mercado de trabalho, entre outros. Sampaio (1998) afirma que um dos modos de reapropriação da ruptura aparental do sujeito-objeto, acontece principalmente, por meio da linguagem, a ideologia opera emprestando universalidade abstrata ao que é particular concreta; assim, se as mulheres em um determinado momento histórico, pela história mesma da divisão de trabalho entre os sexos, não estão preparadas para este ou aquele trabalho, o nível ideológico engendra algo como “isso não é trabalho de mulher”, afirmação conservadora e preceituosa. Ficando explícito a contradição: muitas mulheres estão realizando o que não deveriam. Mas, se elas estão realizando determinadas atividades que antes foram negadas, foi o próprio sistema que as levou a isto. O processo de produção das mulheres é permeado de contradições, afetando assim, sua qualidade de vida. Neste contexto de alienação/ideologia, contradição e antagonismo entre sujeito – objeto e de sofrimento psíquico, é construído o processo saúde/doença mental.

Na inserção social da mulher, temos a “globalização” da economia, que aconteceu de maneira desigual no espaço compreendido pelas diversas formações sociais. Segundo Chauí (1994), a consequência disto no Terceiro Mundo foi o colapso da modernização, que se traduz em desemprego, privatização, pobreza e injustiça social. Este colapso interfere no processo saúde-doença da coletividade. Certamente, essa interferência não se tem revestido de indicadores positivos de saúde para as mulheres.

Sampaio (1998) faz a seguinte pergunta: Onde buscar a compreensão do homem senão na forma como o homem produz sua própria vida? Este questionamento nos força lembrar que as relações de trabalho são contraditórias; salários injustos; maciço desemprego e subemprego levando muitas vezes as mulheres para o patamar de sobrevivência: possibilidades de sofrimento psíquico que aparecem ao clínico, psicólogos ou psiquiatra, sempre

travestidas. Esse Autor segue afirmando que outra dor ocupa o espaço da dor real. Os clínicos tomam este sofrimento como doença e legitimam a inversão.

Campos (1991) chama a atenção para a subjetividade e a individualidade da pessoa em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor, o que, de alguma forma, também se expressa no movimento de busca de atenção. A atenção à saúde voltada apenas para o corpo físico dos pacientes não resulta em uma assistência integral. E é desse tipo de atenção, considerando subjetividade e individualidade, que todos estamos precisando, principalmente as mulheres que, ao longo da história, sempre se preocuparam em cuidar dos outros, esquecendo de si, ou deixando para segundo plano o cuidado com a própria saúde.

A assistência que privilegia o físico, o corpo, portanto, biológica, deixa grandes lacunas no processo de atenção à saúde, principalmente à saúde mental, que se ocupa da subjetividade, da individualidade, do sofrimento e de angústias. Os problemas sociais tem se agravado nestas últimas décadas, resultando em desigualdades e injustiças, levando ao surgimento da dor, do medo e ansiedade, sintomas sociais que, por sua vez, estão conduzindo um grande número de pessoas aos serviços de saúde, não equipado adequadamente para solucionar os graves problemas de seus demandantes.

O tipo de assistência que hoje é oferecido às mulheres necessita ser revisto e reorganizado. Prova dessa necessidade são dados mostrados que as mulheres freqüentam mais os serviços de saúde, mas, nem por isso, têm baixos indicadores de morbidade a seu favor, nem por isso consomem menos tranqüilizantes, nem por isso são as que menos adoecem.

Acabamos de descrever parte da dimensão estrutural caracterizada pela estruturação de nossa sociedade, onde as mulheres assumem papéis que irão influenciar na determinação do seu processo saúde – doença. Entre esses papéis temos: esposa confinada ao espaço doméstico, mãe responsável pela

saúde dos filhos e de toda família. Mas, em um determinado momento da história, esta mulher é obrigada a lançar-se também no mercado de trabalho, ocupando-o e competindo com os homens no espaço público. Desigualdades instalam-se e a luta por seus direitos é neste momento imprescindível para sua inserção nesta sociedade. Os papéis assumidos por elas juntamente com as relações sociais existentes determinaram o tipo de assistência à saúde que é oferecido, limitando-se sua atenção ao período do ciclo gravídico – puerperal.

4.2 Assistência à Saúde da Mulher: Determinantes e Características

Este capítulo tem o objetivo de levantar alguns questionamentos, encontrar lacunas na assistência à saúde da mulher, especificamente aquelas que vêm fazendo parte do grupo de consumidoras de Diazepam e que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, apontando, assim, para alguns perfis epidemiológicos assumidos por essas mulheres.

Para Fonseca(1990), a assistência à saúde da mulher não mantém aderência com as reais necessidades de saúde da coletividade. Baseada nos princípios da universalidade e da generalização, não estabelece nenhuma relação entre o geral e o individual na determinação do processo saúde-doença e dos determinantes e condicionantes. Uma morte materna é, no mundo de hoje, tão anacrônica e ilógica como as mortes por frio. Ambas pertencem ao conjunto de mortes determinadas pela extrema privação de bens e serviços básicos necessários para uma vida humana satisfatória.

Como profissional da área de saúde, percebemos que existe uma necessidade urgente de restauração da dimensão integral do acolhimento, da atenção e do cuidado. Temos observado um distanciamento desta prática comprometida, de afetividade e confiabilidade. As respostas para o desaparecimento deste tipo de prática podem ser ensaiadas a partir de alguns

determinantes e condicionantes levantados por Miranda (1998): a dependência tecnológica com relação ao chamado complexo médico-industrial; as condições de competição no mercado de trabalho; os modelamentos normativos e “taylorizados” de assistência à saúde; a preponderância de uma racionalidade mecanicista como elemento de dessensibilização profissional; o crescimento demográfico e a crescente urbanização nos países com novas relações de trabalho assalariado e produtividade seriada; aspectos dialeticamente concorrentes e consoantes com a formação e ideologia médica hegemônica.

Esses determinantes contribuem de alguma forma para uma inadequada atenção à saúde, não só das mulheres, mas de toda a população. Nestas últimas décadas parece que a saúde vem sendo interdita. Menor poder aquisitivo, menor número de empregos, serviços públicos de saúde com baixa resolutividade são fatores que contribuem para que a saúde seja negada.

Barros(1991) informa que um desses determinantes teve sua base na revolução científico-tecnológica, advinda do conjunto de mudanças de natureza sócio-política-econômica ocorridas a partir do Renascimento, e que implicaram alterações profundas na forma de ver e lidar com as questões da saúde e da doença. De uma visão mais abrangente, holística, que contemplava o caráter indissociável da mente e das emoções com o corpo, passa-se, progressivamente, para uma visão mais fragmentada e limitada ao campo biológico. Vão se consolidando o complexo médico-industrial e seus interesses lucrativos, viabilizando os insumos requeridos pela nova prática requintada e hiperespecializada ao diagnosticar e tratar.

O complexo médico-industrial tem na indústria farmacêutica um dos seus maiores parceiros. Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento da síntese farmacêutica possibilitou a chegada, ao mercado, de grande quantidade de produtos, caracterizando o período como idade de ouro da indústria farmacêutica. Atualmente, ela fatura, em média R\$ 10 bilhões por ano. É mais do que

movimenta a construção civil, o dobro do que obtém a indústria de eletrodomésticos(Barros, 1995).

Ainda para este Autor, na sociedade capitalista, aos medicamentos foram atribuídas funções que ultrapassam sua ação farmacológica propriamente dita. Para os dois principais agentes envolvidos na cadeia terapêutica - o médico e o paciente - o medicamento passou a ter uma função igualmente simbólica, ainda que a representação que um e outro fazem da enfermidade e de seu processo de cura ou alívio seja diferente. Para o médico, o medicamento adequadamente prescrito lhe outorga prestígio e reforça seu poder sobre o paciente, para quem, de outro lado, o sinal mais ilustrativo de uma boa consulta médica é a prescrição.

O medicamento aparece verdadeiramente como um objeto mágico. A magia consiste na realidade, em agir sobre alguma coisa, exercer um domínio sobre ela, atuando sobre um signo dela. É justamente isto o que podemos observar no caso do medicamento: o indivíduo que ingere um produto farmacêutico com a intenção de que aja sobre seus sintomas(signo de sua fragilidade e de sua condição de mortal)tem a ilusão de atuar sobre eles e dominá-los. Desta forma, pode usufruir de uma certa sensação de segurança sempre que se veja ameaçado.

Fonseca (1997:11) faz a seguinte afirmação:

Não basta dizer e reconhecer a subalternidade feminina no mundo contemporâneo. Há que se conhecer as formas assumidas por esta subalternidade e como ela se expressa no que toca à determinação do processo saúde-doença.

Na relação das mulheres com o complexo médico - industrial , existem alguns medicamentos que se vêm destacando, como os tranqüilizantes. A impossibilidade de estudar a utilização de todos os que se encontram no mercado nos levaram a escolher o Diazepam, que é o mais popular e o único que foi e vem sendo distribuído pelo sistema público de saúde, em Sobral.

A CEME – Central de Medicamentos, até sua extinção em 1997, fornecia o Diazepam para todas unidades de saúde da Federação. Com isso, houve uma popularização deste medicamento, já que era o único disponível e de distribuição gratuita. Mesmo após sua extinção, os serviços tem optado pelo Diazepam para distribuição gratuita, já que é conhecido, tanto pelos consumidores como pelos prescritores.

Quais seriam as propriedades e indicações desse medicamento tão popular que os usuários do sistema público de saúde têm direito de receber ? Para Cimini e Lima (1997), os representantes clássicos dos ansiolíticos são os benzodiazepínicos (BZDP), usados como ansiolíticos, sedativos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. Em doses elevadas, todos possuem um efeito hipnótico. Os ansiolíticos constituem um grupo heterogêneo de medicamentos que apresentam estrutura química diferente, mas que possuem um efeito farmacológico e uma atuação sobre o comportamento humano bastante similar. O Diazepam é um benzodiazepínico de longa duração, meia-vida plasmática com mais de 12 horas de ação no organismo. Sua absorção é rápida e a metabolização depende de fatores genéticos, idade, sexo, meio ambiente e das doenças dos que se servem do medicamento.

Guz (1986) recomenda tanto os benzodiazepínicos de curta quanto os de longa ação que são eficazes, a curto prazo, nos sintomas das ansiedades generalizadas, atípicas, antecipatória e pós-traumáticas; nas reações de ajustamento com ansiedade; nas crises de pânico, como tratamento de urgência, nas insônias, nos estados de mal epilético, nas distrofias musculares, em diferentes doenças espásticas, na síndrome de abstinência alcoólica, nas endoscopias e no tratamento de cardioversão.

Oggeero (1986), e Cimini e Lima (1997) advertem: há dois problemas com o uso deste medicamento por tempo prolongado: um é a tolerância e outro é a dependência. A tolerância é um estado de adaptação, que se desenvolve com o

uso repetido do fármaco e se manifesta por distúrbios físicos ou psicológicos na retirada do medicamento. Mais precisamente, a tolerância é definida pelo aumento progressivo da dose para obter a mesma intensidade do efeito, o que significa que doses sempre maiores são necessárias para se conseguir os efeitos apresentados nas primeiras doses. Já a dependência fisiológica é a adaptação do organismo à presença continuada de uma determinada droga, de forma que sua retirada desencadeia distúrbios fisiológicos, muitas vezes acentuados, cujo sentido é em geral oposto ao dos efeitos farmacológicos da droga. A dependência física descreve um estado no qual, após a administração repetida de uma droga, o organismo passa a necessitar a presença dessa droga para seu funcionamento normal.

A OMS conceitua a substância psicotrópica produtora de dependência, como aquela que em virtude de sua capacidade de produzir a estimulação, a depressão, a alucinação ou distúrbios da percepção ou do pensamento, tem efeito de ordem psíquica e /ou física, estabelecidos clinicamente, e suscetíveis de provocar uma incidência de abusos, constituindo um problema social e de saúde pública.

O Diazepam pode causar dependência mesmo em doses terapêuticas, principalmente se usados diariamente por períodos superiores a seis meses e for subitamente interrompido o seu uso. Já para Vidal et al (1993), o ideal é não utilizar os BZDP por período superior a quatro meses, em razão do aumento da possibilidade de dependência e desenvolvimento de sintomas de descontinuação, principalmente quando doses elevadas são utilizadas. Apesar de o risco de dependência ser maior nestas condições, pode ocorrer também com doses consideradas terapêuticas, sendo, nesse caso, a duração do tratamento o mais importante fator para o desenvolvimento da dependência.

Guz (1986) aponta algumas indicações e contra-indicações importantes dos BZDP. Nem os de curta, nem os de longa ação têm efeito antidepressivo ou

propriedades analgésicas e são, pois, desaconselhados para tratamentos de depressão, das cefaléias de tensão e da dismenorréia não acompanhadas de ansiedade. Não se recomenda o uso prolongado de BZDP para tratamento da insônia e da ansiedade generalizada, porque a maioria desses ansiolíticos, segundo alguns autores, perde o poder de atuação depois de 14 dias de uso continuado, quando se trata de insônia, e depois de quatro meses, quando o caso é ansiedade. Esta afirmação não tem aceitação unânime entre os diferentes autores.

Segundo Guz (1986), os BZDP não atuam sobre as causas da ansiedade ou da insônia, mas podem melhorar os sintomas que eles produzem, como medicação sintomática auxiliar, quando ministradas por tempo limitado. Há, todavia, exceções à regra e, em algumas ocasiões, a prescrição desses medicamentos deve ser para toda a vida. Há que se ponderar entre um mal maior e um menor. Quando se inicia um tratamento, as doses devem ser pequenas, para minimizar o impacto de seus efeitos indesejáveis e facilitar o manejo na determinação da dose ótima – a quantidade mínima do medicamento que produz o efeito máximo. Devemos observar também que esse medicamento pode mascarar diferentes distúrbios psíquicos e protelar o diagnóstico correto da doença subjacente.

Oggero (1986) aconselha: não se deve prescrever Diazepam para os casos de ansiedade comum ou trivial ou para os portadores de insônia de pouca intensidade e/ou esporádica. Apoiar-se excessivamente na atuação desses psicotrópicos, desprezando outras medidas terapêuticas, como as tentativas para a modificação dos comportamentos que originaram ou mantêm a ansiedade e/ou insônia, pode ser mais um mal que um benefício. Quando se inicia um tratamento com Diazepam, as doses devem ser pequenas, para minimizar o impacto de seus efeitos indesejáveis e facilitar o manejo da determinação da dose ótima – a quantidade mínima do medicamento que produz o efeito máximo.

Sobre as prescrições, Tancredi (1997) diz que é o clínico geral quem está prescrevendo com maior frequência os psicofármacos e entre esses principalmente o Diazepam. E expõem sua preocupação com a formação oferecida pela maioria dos cursos médicos, onde os conhecimentos de psicofarmacologia ministrados no período da graduação mostram-se insuficientes para tarefa de diagnosticar e tratar estes distúrbios.

Em nossa sociedade, onde a técnica é considerada como passível de solucionar todos os problemas, os instrumentos de dominação mágica do mundo encontrados nas sociedades tidas como primitivas, foram substituídos por objetos técnicos. O medicamento é um deles. Em suma, em razão das funções conferidas aos fármacos, espera-se que assegurem algum grau de conforto moral, diminuam a sensação de insegurança, acalmem a angústia, preencham vazios, em uma palavra, que ajudem a viver (Melo, 1997).

O predomínio da lógica de mercado, com as estratégias promocionais a ela inerentes, desencadeou a presença, de numerosas especialidades farmacêuticas idênticas, assim como de uma pletora de “novidades” que não representam nenhum avanço terapêutico efetivo. As medicações psicotrópicas ocupavam em 1985 o nono lugar entre as mais vendidas mundialmente, representando 6,9% das vendas. Só no Brasil, em 1986, foram consumidas 500 milhões de doses diárias de tranquilizantes, o que, segundo a Organização Mundial de Saúde (1990), é três vezes superior às necessidades.

Cabe à Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED - a vigilância quanto às atividades relacionadas a extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, possuir, exportar, re-exportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar e trocar medicamentos psicotrópicos (Brasil, 1989). É o que diz o Regimento daquele órgão em seu Capítulo II, Art. 4. Na realidade este órgão não tem dado conta dessas atividades, pois vem passando por uma grande crise. A falsificação de

medicamentos é um fato retrando este cenário que trouxe à tona, recentemente, uma série de ilegalidades: medicamentos sendo produzidos em fundo-de-quintal, sem nenhum controle de qualidade e eficácia. Este fato demonstra a fragilidade com que esse órgão vem atuando no sistema de saúde brasileiro. Em caso mais específico da produção e distribuição de medicamentos pelo sistema único de saúde, a situação fica mais complicada, pois a falta de vários medicamentos básicos é constante.

Bonfím e Mercucci (1997) afirmam ser fundamental a redefinição de uma instância de coordenação setorial da política de medicamentos que detenha uma capacidade de articulação intersetorial, dando primazia à inserção de ações políticas no âmbito da política nacional de saúde. Vale ressaltar que, em alguns municípios onde já ocorreu a municipalização, gestores da área de saúde organizaram o setor farmacêutico, extinguindo problemas graves neste seguimento.

Precisamos discutir mais profundamente o conceito de dependência, nos parágrafos anteriores nos limitamos aos aspectos biológicos, neste caso a dependência tem sentido estreito, mas quando ampliamos esse olhar para a dimensão social, o sentido torna-se ambíguo. A dependência deve ser vista dentro da perspectiva cultural e socialmente determinada, que envolve uma variedade de significados e funções, independentes das seqüelas fisiológicas que muitas definições apresentam. Podemos pensar que esse grupo de mulheres tem necessidade de algo ou de alguém. Estão necessitando de algo, é de fato um grupo que precisa de muitas coisas: emprego, educação, moradia, salário justo, respeito, acolhimento, reconhecimento e solidariedade. Neste país essas mulheres são dependentes, estão subordinadas ao sistema, vivem em um estado de dependência, que é bem mais agrave do que o estado de dependência aos benzodiazepínicos.

A assistência à saúde foi construída com base num processo que nega seu compromisso em primeiro plano com o indivíduo, com o acolhimento, com a afetividade e com a integralidade humana. Com isso, a assistência à saúde passa a ser uma mercadoria rara, poucos a ela têm acesso, pois a manutenção e recuperação da saúde passam a assumir o valor de mercado, quem pode paga, quem não pode permanece sem essa assistência.

É importante levar em conta, como uma das conseqüências desse modelo médico excludente, a dependência das pessoas que passam a crer que a solução dos seus problemas de saúde está diretamente vinculada ao consumo do arsenal médico-industrial (quanto maior mais eficaz) disponível no mercado para diagnosticar e tratar.

Vale ressaltar que os interesses do complexo médico-industrial ajudam a viabilizar a manutenção da pouca ou nenhuma consciência dos consumidores quanto à determinação social do processo saúde-doença. É neste cenário que estão inseridas as mulheres consumidoras de bens e serviços diagnósticos e terapêuticos, que, muitas vezes, em nada ou em muito pouco contribuem para melhoria da qualidade de vida. Mulheres com problemas que seriam resolvidos em outras instâncias ou intersetorialmente estão buscando soluções no sistema de atenção à saúde e, obviamente, não estão conseguindo resolvê-los porque muitos deles extrapolam o poder de resolução deste setor.

Problemas sociais e econômicos têm se agravado nesses últimos anos, aumentando assim a demanda e as filas de atendimentos nos serviços de saúde são pessoas buscando alívio para suas preocupações, dores e ansiedades, que são, acima de tudo, sintomas causados pelas injustiças sociais.

Comungo com Fonseca (1997), quando ela afirma que o processo saúde-doença da mulher deve ser reconhecido pela inserção desta, que é portadora de um sexo socialmente determinado, em uma dada classe social. Lembra também que os princípios capitalistas atualmente visam à redução

numérica das classes sociais subalternas para manter o exército de reserva dentro de limites que não atentem contra a ordem social estabelecida. Esta comprovação se faz, principalmente através do controle da sexualidade e da fecundidade feminina, por ser este corpo secundariamente valorizado na sociedade ocidental, historicamente androcêntrica e patriarcal. A Autora descreve um bom exemplo de injustiça que tem marcado a inserção das mulheres em nossa sociedade

Já para D'Oliveira e Senna (1996), nos serviços de saúde, as ações dirigidas à dimensão reprodutiva, reduzidas ao aspecto biológico do corpo feminino, são preponderantes. Se continuam sendo cruciais para evitar mortes e adoecimentos para uma racionalidade epidemiológica, possuem também um conteúdo violento importante. Violento porque essas ações não questionam a reprodução da desigualdade nas relações de gênero.

Concordo com Saffioti e Vargas (1994), quando afirmam que as mulheres ainda se relacionam com a saúde de forma estreita, ou seja, como consumidoras, produtoras, constituindo-se também em seu objeto central na planificação das políticas de saúde. Como mães são, responsáveis pela saúde dos filhos e dos membros da família, administrando alimentação, cuidando da higiene. Como as mulheres enfrentam a concepção, a gravidez, o parto e os problemas da contracepção, as mulheres são as maiores consumidoras da indústria farmacêutica e da indústria química. O sistema de saúde, tal como existe, não atende às especificidades da saúde da mulher, principalmente em função de atitudes preconizadas e repassadas pela cultura patriarcal e pela influência do complexo médico-hospitalar.

Segundo Costa (1992), a integralidade é considerada o princípio mais importante, pois é o que assegura aos indivíduos, e no caso, às mulheres, o direito de assistência à saúde dos níveis mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade e das coletividades em sua singularidade.

A proposta do Ministério da Saúde, de promover a integralidade do atendimento à mulher, marca um significativo redimensionamento das políticas sociais no Brasil, tradicionalmente omissas e restritivas ao período gravídico-puerperal. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM foi recebido como positivo pelo movimento feminista e de profissionais de saúde nele engajados, tendo à frente o Conselho Nacional da Mulher - CNDM. Foi considerado o primeiro programa de assistência à saúde da mulher no Brasil, por trazer o conceito de integralidade por contemplar a mulher em todo o ciclo vital e explicitar em seu compromisso o direito das mulheres à opção de exercer ou não a maternidade. Infelizmente, o programa não conseguiu se firmar em todas as regiões brasileiras.

Segundo Saffioti e Vargas (1994), as ações do PAISM relativas à saúde da mulher deveriam ser tratadas independentemente das questões relativas à saúde da criança, pois, só assim, as mulheres teriam direito à saúde integral e à cidadania. As diretrizes do programa dirigem-se a todos os ciclos biológicos da mulher, como infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice, concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, fertilidade, doenças, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas à sua inserção concreta no sistema produtivo, seja a mulher trabalhadora ou dona de casa.

Qual o papel das políticas de saúde como determinantes do tipo de assistência que se presta à saúde da mulher?

Para D'Oliveira e Senna (1996), as políticas de saúde neste País, na medida em que restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida dos usuários e as carências maiores em que sobrevivem - nutricional, habitacional e educacional - limitando-se a prover

recursos de assistência médica. A saúde para o brasileiro, como manifestação da qualidade de vida e tradução das necessidades concretas de atenção médica, acaba assim por circunscrever-se no momento da necessidade, da doença e da possibilidade de sobrevivência. Isso se faz presente nas falas das mulheres que consomem Diazepam, entre outros fatores, em virtude da necessidade imperiosa de sobreviver em condições de vida e lidando com problemas daí resultantes sem perspectivas concretas de solução que não seja a temporária alienação que o medicamento proporciona.

Campos (1991) lembra que a assistência que o serviço de saúde presta à comunidade é do tipo pronto-atendimento à demanda espontânea e apoia-se na visão “biologizante”, o que nem sempre tem favorecido a clientela, estimulando a constantes retornos à unidade, aumentando a demanda e produtividade. Para esse autor, muitas vezes os clientes precisam apenas conversar e não de remédios. Porém, as consultas-relâmpago, a falta de medicamento, a baixa condição de vida da clientela, a discriminação nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos levam à maior demanda aos serviços públicos de saúde.

É possível afirmar que a assistência à saúde das mulheres é grandemente determinada pelos interesses do complexo médico-industrial, pois o que se observa é a imposição da dependência das mulheres a esse sistema que cada vez mais se torna desumano, com o arsenal de instrumentos de consumo de que dispõe, tidos como solução para a saúde e doença das pessoas.

O modelo vigente tem características que realmente não atendem às necessidades da mulher. O desafio que se impõe é participarmos do processo de construção de um modelo capaz de realizar mudanças na prestação do cuidado à saúde da população, imprimindo uma nova lógica de saúde. Não basta trocar os nomes dos serviços de ginecologia e obstetrícia para serviços de saúde da mulher, por exemplo. É preciso que haja coerência entre o discurso político e a prática

administrativa, de modo que a estrutura e a organização para o desenvolvimento das ações contemplem as necessidades da clientela em sua integralidade.

Esta descrição mostra a formação de nossa sociedade, apontando para construção da atenção à saúde da mulher. Desvenda-se parte da dimensão estrutural que evidencia a insuficiência de serviços básicos de saúde, condições inadequadas de sobrevivência de algumas classes sociais, a hegemonia do complexo médico – industrial no direcionamento da atenção à saúde da mulher. O resultado disto é uma assistência pautada principalmente na área curativa, fragmentada e restrita ao ciclo gravídico-puerperal, que não atende a mulher em suas especificidades, negando-lhe desta forma o direito a saúde e a cidadania.

Como o tema saúde da mulher é complexo e abrangente, decidimos por uma investigação que nos trouxesse respostas e nos possibilitasse fazer intervenções após seu término. Voltamo-nos, então, para a realidade de um município de médio porte, com o intuito de compreender como aí se opera a atenção à saúde das mulheres, mais especificamente de usuárias de um serviço público de saúde que estão consumindo o Diazepam.

Tendo em vista a captação da realidade objetiva do Município de Sobral, o próximo capítulo tem como propósito descrever e interpretar o contexto socioeconômico e sanitário onde ocorre a assistência à saúde da mulher, e os fatores mais diretamente relacionados ao consumo de Diazepam pelas que se dispuseram a participar desta pesquisa.

5 SOBRAL: HISTÓRIA, ECONOMIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

5.1 Aspectos Históricos, Políticos, Econômicos e Culturais do Município

O ponto central desta contextualização é a compreensão da saúde como prática histórica e socialmente determinada, quer pelas condições materiais de existência, quer pela realidade subjetiva, e principalmente, pelas formas e oportunidades de atenção à saúde. Não se pode pensar a saúde de uma determinada população sem buscar, no processo histórico pelo qual vem sendo construída, respostas e justificativas para as práticas atuais. Neste capítulo, nossa intenção é mostrar um pouco da história do Município, delineando aspectos políticos, econômicos e culturais.

O que existe hoje é fruto do passado e o que está sendo construído atualmente terá impacto no futuro. Por esses motivos não se pode deixar de trazer para essa discussão a realidade objetiva do Município.

Sobral é um dos mais importantes municípios cearenses, tendo-se destacado desde sua fundação, há 225 anos, pelos seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. De acordo com Frota(1995), os primeiros habitantes da região instalaram-se em meados do século XVIII: Eram famílias que fugiram às vexações da guerra holandesa ou corriam diante dos invasores; estabeleceram-se nos sertões da Bahia e de Pernambuco e dali disseminaram-se pelo Ceará. No Ceará, o vale do Acaraú recebeu dos sertões de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte os seus povoadores. O capitão Antônio Rodrigues Magalhães, natural do Rio Grande do Norte, foi o primeiro habitante

da fazenda Caiçara, nome dado ao primeiro povoado de Sobral. Ele casou-se com D. Quitéria Marques de Jesus, filha do sargento-mor Francisco Marques da Costa e D. Apolônia da Costa, natural da vila de Fortaleza. Segundo o Autor, a raça negra pouca influência teve na formação étnica do povo sobralense, ao passo que a cabocla ou indígena, apesar de já muito cruzada, forma a maior parte da população, sendo raro ver-se um tipo negro.

Segundo Frota (1995), no início, a pecuária foi a principal atividade econômica de Sobral, o que a situou como uma das principais áreas pastoris do Ceará. Em decorrência, as charqueadas e coureamas fizeram da povoação de Caiçara o segundo pólo produtor, chegando a possuir mais de cem fazendas de gado, nos meados do século XVIII. Isto se justifica pelo caráter salino do solo, a abundância de pastos suculentos, os campos favoráveis ao gado *vacum* e a partir daí criou-se nos sertões cearenses a civilização específica do pastoreio, a única adequada e, sem dúvida, possível. De couro era a porta das cabanas, o rude leito no chão duro, e mais tarde a cama para os partos. A fazenda Caiçara, pelo seu desenvolvimento, logo se transformou em vila de Sobral e, logo depois em cidade.

Girão e Soares(1997) descrevem que, no fim do século XIX e início do século XX, o progresso econômico e cultural pelo qual passou a Cidade decorria de sua posição geográfica, pois era passagem obrigatória das mercadorias que desembarcavam no porto de Camocim que, na época, era o principal da região, além da atividade pecuária e da implantação da Estrada de Ferro Camocim-Sobral, provocando significativas mudanças, a partir das relações comerciais com o porto de Camocim e, dali, com a Europa. Esse desenvolvimento precoce e acelerado da cidade de Sobral alimentou uma certa competição, nesse tempo, com a capital do Ceará, Fortaleza.

A presença da Igreja católica foi marcante e, a exemplo disso o Município teve a presença de Dom José Tupinambá da Frota, Bispo que ali

atuou por mais de cinquenta anos. Este religioso, a par de uma grande atuação sócio-religiosa e política, dotou a Cidade dos instrumentos básicos necessários ao exercício da função social e cultural: colégios, hospitais, estabelecimentos de assistência social, jornal, emissora de rádio, museu, banco de crédito e outros empreendimentos.

Frota(1995), resgatando a história da vida no lar sobralense, lembra que a base de tudo era a religião. Pela madrugada toda a família se reunia ao redor do oratório das imagens e rezava-se o Ofício de Nossa Senhora. Ainda hoje, a Cidade guarda traços de religiosidade e isto é visível na quantidade de igrejas espalhadas pela zona urbana, na participação efetiva dos fiéis nas missas domingueiras, na grande audiência da Rádio Diocesana e pela forte participação do Bispo atual, que transita estrategicamente no meio político e social, influenciando de maneira marcante na tomada de decisões importantes para a comunidade do Município.

A notável localização geográfica de Sobral deu-lhe condições favoráveis para o seu desenvolvimento socioeconômico e cultural. Os seus primeiros povoadores brancos, em sua maioria homens de condição social bem elevada, tornaram-se personalidades criadoras. De acordo com Frota (1995), esta história relaciona-se com a existência do Teatro São João, que começou a funcionar em 1875, quando Fortaleza nem podia ainda pensar em teatro. Sua história está presente ainda na Catedral, um dos mais importantes monumentos do século XVIII do interior cearense, na Cadeia Pública, palco da grande obra da literatura brasileira "Luzia-homem," escrita por Domingos Olímpio, nas residências azulejadas e encimadas com parapeitos que sustentavam estátuas de louças, entre outros(Frota, 1995).

Mas nem só de nobreza viveu e vive Sobral. Para que houvesse desenvolvimento era necessária, mão de obra, indispensável para seu crescimento econômico e social. Essa força produtiva era assalariada e vivia em

péssimas condições. Para que houvesse lucro, era imprescindível mão-de-obra barata. Nesse momento, surge a classe proletária, que se sujeita às condições de trabalho impostas pelos patrões. A pobreza e a divisão inadequada de renda se instalaram em Sobral. Hoje, urbanizada, a cidade tem grandes áreas de favelas, onde pessoas vivem em condições econômicas e sanitárias insatisfatórias.

Hoje, o Município encontra-se em transição. Nele convivem o rural e o urbano, o tradicional e o moderno. Isto fica evidente, quando nos deparamos, no centro da cidade, com casarões antigos do século XVIII ao lado de casas modernas. O lado moderno evidencia-se na existência de indústrias que se instalaram no perímetro urbano, na última década, destacando-se a produção de calçados, cimento e de beneficiamento do leite e seus derivados. Assim, Sobral vem progressivamente se tornando importante pólo industrial da Zona Norte do Ceará.

Do lado da tradição, destaca-se, ainda, a persistência dos grandes clãs familiares. Para Soares (1997), a idéia do *pater familias* é ainda bastante presente no tecido social sobralense. O poder político ainda circula entre as famílias clânicas.

Nossa convivência com o povo sobralense, há quatro anos, tem sido marcada por algumas descobertas, uma das quais o reconhecimento do poder das famílias tradicionais que ainda influenciam na política e na economia local. Entretanto, temos notado que vem acontecendo um fenômeno que podemos considerar como a diluição deste poder,

em razão da chegada e instalação de jovens empresários e novos investidores no Município.

Quanto à política partidária, durante as duas últimas décadas, duas famílias se revezaram na administração da cidade, os Barretos e os Prados. Para alguns sobralenses, esse período foi marcado por um atraso inigualável, pois essas famílias não trouxeram desenvolvimento significativo para a cidade. Suas

administrações foram infecundas e inadequadas, gerando apenas uma rivalidade política que prejudicou principalmente a comunidade. Cada gestão que iniciava desfazia tudo o que a passada havia começado, ou seja, não havia continuidade nos programas e políticas públicas. O nepotismo e o empreguismo eram constantes, fazendo dessas gestões uma afronta à sociedade.

Em 1997, os sobralenses perceberam que era hora de situar no poder outra administração, e assim foi feito. Ávidos por mudanças e desenvolvimento, estão depositando nesta gestão muitos créditos, pois ainda trazem na lembrança o descontentamento com os últimos administradores.

Sobral é um dos municípios mais urbanizados do Ceará. Conta com uma população de 138.274 habitantes, sendo a quinta maior população do Estado. Os Municípios de Fortaleza, Maracanaú, Caucaia e Juazeiro do Norte têm população maior que Sobral porque apresentam algumas especificidades. O primeiro é a capital do Estado, por esse motivo dispensa esclarecimentos. Já Maracanaú e Caucaia são cidades que estão na Região Metropolitana de Fortaleza, ficam muito próximos da capital e funcionam como cidades-dormitório, pois a maioria da população trabalha e depende da Capital. Quanto a Juazeiro do Norte, localiza-se na região do Cariri, onde é forte o desenvolvimento da pecuária, além de ser uma cidade santuário que recebe milhares de fiéis do Padre Cícero durante o ano todo, sendo que muitos acabam ficando e instalado-se no Município (Sobral, 1997)

Em Sobral, o solo apresenta boas condições químicas, mas o relevo, a pedregosidade, a pequena profundidade da cobertura sedimentar sobre rochas cristalinas, a susceptibilidade à erosão e evidências de desertificação decorrência do manejo inadequado da terra, prejudicam a exploração econômica e o acesso dos que pretendem sobreviver da agricultura. O clima é semi-árido, com chuvas escassas e irregulares, concentrando-se principalmente nos meses de março, abril

e maio. Este clima fica evidente pelo grande calor que faz durante o dia e pela temperatura amena e ventilação durante a noite.

A população de Sobral compõe-se de 52% de pessoas do sexo feminino e 48% do sexo masculino, sendo 14% do total menor de 5 anos de idade. Conforme estimativa do Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE) para o ano de 1997, 86% da população sobralense vive em zona urbana e 14% na zona rural (Sobral, 1997).

Quanto às possibilidades de trabalho e emprego, 2,7 pessoas no Município dependem/vivem do trabalho de uma pessoa economicamente ativa. Em termos absolutos, neste mesmo ano, o Município contava com 20.693 homens e 13.026 mulheres trabalhando. Comparando as taxas de ocupação e desemprego entre a população feminina e masculina, verifica-se que os homens encontram-se, ainda, melhor situados no mercado de trabalho do que as mulheres (Sobral, 1997).

Em 1992, existia um total de 164 empresas industriais ativas em Sobral. Destas, 94,5% eram indústrias de transformação (vestuário, calçados, produtos alimentícios, minerais não metálicos e madeira). Segundo o SINE/CE, em outubro de 1995, 20,41% da população ocupada na zona urbana de Sobral encontrava-se empregada em indústrias de transformação. Já em outubro de 1996, passou para 24,22%, sinalizando um aquecimento deste subsetor. Reforçando tal afirmação, a taxa de desemprego na indústria de transformação, ainda segundo o SINE/CE, em outubro de 1995 era de 13,01% e em outubro de 1996 foi de 11,40%. Portanto, o desemprego ainda é alto no Município.

O desemprego é ainda um dos grandes problemas brasileiros. Durante as campanhas eleitorais do ano de 1997, as promessas dos candidatos eram quase essencialmente, de combate ao desemprego e criação de oportunidades para os jovens. Mas, pelo que se vê no mundo e no Brasil, não é bem assim, na realidade, existe uma revolução tecnológica e gerencial que restringe a oferta de empregos.

Em 1995, com incentivo do governo do Ceará, instalou-se em Sobral a Grendene, indústria de grande porte, que ofereceu 7.000 novos empregos, dos quais 3.000 são ocupados por mulheres.

Percebemos a existência de um processo que se reproduz ao longo da história, quando os trabalhadores foram explorados, pela falta de consciência disso, ou por motivos outros, e ainda continuam sendo explorados. O incremento recente do número relativo de empregos não trouxe como consequência mudanças significativas. Como resultado, hoje em Sobral existe uma injusta distribuição de renda e a maioria da população sobrevive com salários insuficientes para manutenção de suas necessidades básicas.

Quanto ao trabalho feminino, houve crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho, principalmente dada a crise que tem assolado o Brasil há algum tempo. Com a vigência de baixos salários e uma renda familiar incipiente, as mulheres de Sobral vêm sendo obrigadas a lançar-se no mercado de trabalho para ajudar nas despesas do lar. Elas, entretanto, vêm sendo absorvidas grandemente em empregos de baixa remuneração, nas fábricas recém-instaladas.

Em Sobral, a renda familiar tem a seguinte característica: 79% das famílias ganham até 2 salários mínimos e apenas 8% ganham de 5 a 20 salários mínimos, sendo que, destas, 5% ganham de 5 a 10 salários mínimos, 2% de 10 a 20 salários mínimos e apenas 1% mais de 20 salários mínimos. Isto demonstra que a renda das famílias é muito baixa, havendo um grande desequilíbrio na sua distribuição, ou seja, há uma perversa concentração de renda para um número muito pequeno de pessoas (Sobral, 1997).

Vale ressaltar que o Governo do Ceará tem oferecido vantagens e oportunidades para grandes indústrias se instalarem no Ceará, mas isto não implica necessariamente melhores oportunidades para ampliar a renda. Essas empresas, quando instaladas, oferecem baixos salários, pois existe grande

demanda de pessoas sem qualquer tipo de qualificação ou renda que se sujeitam a qualquer tipo de trabalho.

A situação econômica da maioria das famílias nordestinas não é diferente da que encontramos em Sobral. São pessoas sobrevivendo com baixos salários, sendo que as necessidades básicas como moradia, alimentação, educação e lazer ficam a cada dia mais difíceis de satisfazer, pois o que ganham geralmente não cobre nem as despesas com a alimentação.

Ainda quanto à economia e à agricultura, em Sobral, o feijão, o milho e o algodão são as principais culturas desenvolvidas. A pecuária e avicultura também têm grande peso na região, destacando-se a presença da Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias (EMBRAPA), que muito tem contribuído com o desenvolvimento destas atividades. Os recursos naturais e as possibilidades de transformação contribuirão de forma importante, para o crescimento do Município e o sustento das famílias.

Como descrito anteriormente, na Cidade o clima e o solo são, até determinado ponto, limitadores de uma elevada produção. Na verdade, o setor de maior emprego e renda é a indústria de transformação. É interessante lembrar que a fabricação de chapéus teve e tem um espaço importante na região. É comum encontrar mulheres que trançam palhas, como falam elas. É a atividade desenvolvida muitas vezes no próprio domicílio, pois as mulheres podem conciliar seus afazeres domésticos com a produção de chapéus.

Na educação, o Município dispõe de 98 escolas. Destas, 18% correspondem à rede estadual, 82% à municipal e a rede particular é composta de 58 escolas. Segundo dados do IPLANCE em 1996, das 17.620 crianças na faixa etária de 6 a 14 anos, 15% estavam fora da escola. A taxa de analfabetismo entre a população de 11 a 17 anos, em 1995, foi de 23.35%, enquanto no Ceará foi de 26.48%. Vale ressaltar que Sobral não se mostra muito diferente da realidade vivida pela maioria dos municípios nordestinos, onde o acesso à

educação ainda não se deu de maneira efetiva e o analfabetismo presente é resultado de uma política que ainda não considera a educação como prioridade. Dentre os indicadores sociais que determinam a qualidade de vida de uma comunidade, a educação está na linha de frente (Sobral, 1997)

No ensino superior, o Município tem a presença da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), criada a partir da Faculdade de Filosofia da Diocese de Sobral, e iniciou suas atividades em 1971. Atualmente, é uma das universidades mantidas pelo Governo do Ceará e oferece 17 cursos de graduação: Enfermagem, Biologia, Educação Física, História, Geografia, Pedagogia, Letras, Ciências e Habilitação em Matemática, Química, Física, Tecnologia da Construção Civil, Ciências Contábeis, Administração de Empresas, Zootecnia, Direito e Ciências da Computação. Na área da saúde, o Curso de Enfermagem anualmente, forma em média, 50 enfermeiros, sendo responsável pela escolarização da maioria dos enfermeiros que atuam na região norte do Ceará.

Em poucas páginas, descrevemos a base da estruturação de Sobral, relacionando seus aspectos históricos, políticos, econômicos e culturais, trazendo à tona parte da dimensão estrutural que permeia nosso objeto de estudo. A história da cidade mostra que com o desenvolvimento econômico e social, fomentou-se o processo de divisão de trabalho, surgindo nitidamente a divisão por classes sociais, na qual os donos da produção detinham o poder sobre seus subalternos, os trabalhadores, a riqueza e a pobreza lado a lado. Só que o número de pessoas ricas era bem menor em relação às pessoas pobres. A relação explorador e explorado consolida-se em Sobral, gerando grande número de pobres, o que atualmente pode ser comprovado pela grande periferia e favelas da cidade. O desemprego, baixos salários e baixa escolaridade compõem o perfil da classe social baixa que forma grande parte da população sobralense.

Destacamos, aqui, mulheres que se lançaram no mercado de trabalho em troca de baixos salários.

5.2 Rede de Saúde e Assistência

Em Sobral, a gestão de saúde atual teve início em março de 1997. No final deste ano, houve a municipalização da assistência à saúde. No presente momento, o modelo de assistência à saúde passa por uma transição. Com a recente administração, estão sendo implantados outros serviços e modificados alguns que já funcionavam.

A rede de assistência de Sobral é composta dos seguintes equipamentos de saúde: 6 hospitais, sendo 3 filantrópicos, 2 privados e 1 público, todos conveniados com o SUS; 04 policlínicas particulares, 22 unidades básicas de saúde e 1 unidade de especialidade médica (conhecida como PAM), ambas da rede pública municipal. Ainda conta com 2 clínicas odontológicas, 9 consultórios odontológicos, 2 clínicas de fisioterapia e reabilitação, 4 clínicas especializadas, 7 outros serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, 1 laboratório de análises clínicas privado e conveniado com o SUS, 1 ambulatório de entidade sindical. Recentemente, somam-se à rede 27 equipes do Programa Saúde da Família e a Central de Marcação de Consultas (Sobral, 1997).

Antes da municipalização, a atenção à saúde tinha no setor secundário sua maior base e investimentos, e havia uma lotação constante do maior hospital filantrópico da cidade (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia Sobral) com 550 leitos, correspondente a 68% do total de vagas do Município, com atendimento de internação e ambulatórios conveniados com o SUS.

A Taxa de Internação Hospitalar Total, por população residente no Município de Sobral no ano de 1996, foi de 21 internações por 100 habitantes residentes, enquanto no Ceará este indicador foi de 7,7, e no Brasil de 7,4.

Devemos ressaltar que o Município é referência na área hospitalar, com muitas internações oriundas de outras cidades. Das Autorizações de Internação Hospitalar(AIH's) pagas ao Sistema Municipal de Saúde de Sobral, de 1993 a novembro de 1996, em média, 72% ficaram com os hospitais filantrópicos(em sua maioria com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral), 27% com os hospitais privados contratados e 1% com o Município (Sobral , 1997).

Em 1996, a Santa Casa arrecadou 73% dos recursos ambulatoriais, enquanto a rede pública ambulatorial, toda municipalizada e representando 56,7% do total da rede do Município, arrecadou apenas 14,9% dos recursos totais relativos ao período em análise. Isto evidencia claramente a concentração dos serviços ambulatoriais e dos recursos financeiros na rede filantrópica, indicando uma certa desorganização e ineficiência da rede pública. Vale ressaltar que isso acontecia antes da municipalização. Atualmente, com a implantação do Programa Saúde da Família, a atenção primária, e ambulatorial é desenvolvida essencialmente pelo Município (Sobral, 1997).

Quanto à qualidade da atenção no setor ambulatorial, existe clara evidência de que esse atendimento era norteado pela lógica da produtividade, ou seja, os profissionais eram incentivados a produzir muito em pouco tempo. Esta afirmação, em parte, emergiu de conversas informais com funcionários do PAM/Sobral, quando faziam um paralelo entre o antigo modelo e o atual.

Após a municipalização, foi implantado um sistema de informação integrado de saúde que vem priorizando a vigilância à saúde, embora ainda funcionando com algumas limitações. De acordo com Mendes (1996), vigilância à saúde como prática sanitária é a resposta organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organizando os processos de trabalho em saúde mediante operações inter-setoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção. O direcionamento das ações para este setor irá conseqüentemente reorientar a atenção, principalmente para a promoção e prevenção da saúde,

áreas que semostravam descobertas, já que os gastos iam em grande proporção para os atendimentos hospitalares.

Sobre as condições de morbidade, mortalidade e alguns indicadores de saúde no ano de 1996, podemos destacar o seguinte: dos agravos imunopreveníveis, as meningites somaram 43 casos e a hepatite B 7 casos. Já nos casos transmitidos por vetores, ocorreram 27 casos de dengue e 26 de leishmaniose tegumentar. Quanto aos agravos por transmissão hídrica, ocorreram 10 casos de febre tifóide e 2 de leptospirose. Sobre agravos infecciosos e doenças sexualmente transmissíveis (DST), ocorreram 148 registros de tuberculose, 13 de hanseníase, 13 de AIDS, 25 de sífilis e 97 outras DSTs. Ressalta-se que estes números não representam para aquele ano uma realidade total dos casos dos agravos, porque, como escrito anteriormente, o sistema de informação não era integrado e havia subnotificação.

Como podemos observar doenças que poderiam ser evitadas ainda afetam pessoas desta região, e moléstias que já foram erradicadas em outros países tomam um lugar significativo em Sobral.

As principais causas de óbitos em 1996 foram as doenças do aparelho circulatório, com 102 casos; em seguida, vêm causas mal definidas, com 99 casos, doenças infecciosas e parasitárias, com 74 óbitos, lesões e envenenamento por causas externas com 64 ocorrências. Portanto, as doenças do aparelho circulatório destacam-se, aparecendo como a principal causa de óbitos, o que não é diferente de outras realidades. Já as doenças infecciosas e parasitárias destacam-se neste cenário. Acreditamos que as especificidades da região, somadas com os indicadores sociais e tipo de atenção à saúde, podem sugerir as causas desses óbitos. Algo que deve ser levado em conta é a mudança dos perfis produtivos e demográficos, o que, inevitavelmente, resultará em modificação do perfil epidemiológico, para o que devemos ficar atentos, principalmente para o novo perfil socio-sanitário da população (Sobral, 1996).

No que se refere às principais internações hospitalares, de janeiro de 1994 a fevereiro de 1997, segundo o Plano Municipal de Saúde, 22% aconteceram motivadas por complicações da gravidez, parto e puerpério, 13% por problemas no aparelho respiratório, 10,7% por doenças infecciosas e parasitárias e 8,5% por moléstias do aparelho genitourinário (Sobral, 1996).

Em Sobral, as ações de saúde estiveram inseridas principalmente na área curativa, o que fica evidente pela leitura dos dados demonstrados. Mendes (1996) diz que essa prática está relacionada com a concepção de saúde-doença negativa, com o paradigma sanitário flexneriano e com a prática sanitária de atenção médica, mas isso pode ser corrigido, se a concepção de saúde-doença for positiva, se o paradigma sanitário se transformar em produção social da saúde e se a prática sanitária for pautada na vigilância à saúde.

Ao descrever a rede de saúde de Sobral e o direcionamento das ações de saúde, estamos desvendando parte da dimensão particular desta realidade objetiva que, em seguida, deve ser articulada com a dimensão singular para que possamos descortinar a totalidade do fenômeno estudado.

Analisando os dados levantados, percebemos que a assistência à saúde no Município esteve fortemente pautada na área curativa. Podemos sugerir que a população foi impregnada de uma cultura que valoriza a área curativa, dificultando o processo de construção de um outro modelo de atenção a saúde. Mesmo com as mudanças da última gestão, que implantou 27 equipes do Programa Saúde da Família, resgatando, assim, a atenção primária, acreditamos que a rede necessita ser acrescida de serviços de atenção à saúde mental, pois ali existe um hospital psiquiátrico e recentemente foi implantado um Programa de Saúde Mental. A morbidade é alta, e na região as pessoas ainda adoecem e morrem de doenças evitáveis.

5.3 Assistência à Saúde da Mulher em Sobral

Como referimos, a população sobralense é composta de 52% de mulheres e 48% de homens. A frequência de mulheres aos serviços de saúde é maior que a de homens. Alguns autores brasileiros afirmam que mulheres apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, bem como maior demanda e utilização dos serviços de saúde, o que é coincidente com a literatura internacional.

Podemos afirmar que a assistência à saúde da mulher em Sobral vem sendo desenvolvida com base no Programa Materno-Infantil, no qual as ações e estratégias estão interligadas com a saúde da criança. Portanto, é uma entre tantas cidades que comportam uma sociedade carregando fortes traços patriarcais e, por isso, organizam seus serviços de saúde geralmente para atender a mulher apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, como no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério.

Vale ressaltar que, neste mesmo Município, é possível encontrar alguns serviços onde existe alguma tentativa de mudança, onde os programas de assistência à mulher extrapolam um pouco o ciclo gravídico-puerperal. Há uma tentativa de abordar a mulher em sua globalidade, enfocando o climatério, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças malignas, os problemas relacionados com a sexualidade, a fase de pré-adolescência e adolescência. Mas, são poucas as instituições que dispõem de técnicos que sensibilizados e dispostos a atender as mulheres dentro desta perspectiva mais global.

Neste Município, nos serviços de maneira geral, a assistência à mulher se dilui e não se concretiza com uma abordagem integral. No Posto de Assistência Médica – PAM, unidade de atenção especializada, encontramos alguns atendimentos que se aproximam de uma atenção mais integral: assistência pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico e

de mama. Mas, não atende as especificidades da mulher, principalmente no acompanhamento do seu ciclo vital.

Recentemente, foi instalado o Programa de Saúde Mental, funcionando com uma equipe mínima: um psiquiatra, duas enfermeiras, uma assistente social e uma psicóloga. A maior demanda é de mulheres com problemas de ansiedade, depressão e dependência de benzodiazepínicos. Encontram-se funcionando dois grupos terapêuticos, que se organizaram após o início das atividades do Programa. Segundo depoimento dos médicos do PAM, existia uma demanda muito elevada de mulheres com queixa de nervosismo e ansiedade, e a solução mais viável e imediata era a prescrição do Diazepam, único benzodiazepínico disponível na rede pública.

Dados referentes à saúde mental das mulheres não são disponíveis no Município por falta, até então, de um sistema de informação específico para esta área. Através de levantamento junto à Vigilância Sanitária local e farmácia do PAM, constatamos que, nos três últimos semestres, 75% do Diazepam prescrito foi para as mulheres. Na atenção de internação, a Cidade dispõe de um hospital, Casa de Repouso Guararapes, particular, com 80 leitos conveniados com o SUS. Anexo a este hospital, funciona um hospital-dia, com o total de vagas também conveniados com o SUS. A assistência desenvolvida em ambos os serviços distancia-se do modelo defendido pelo ideário da reforma psiquiátrica.

Segundo Oliveira (1996), no hospital psiquiátrico de Sobral a assistência é do tipo asilar, com grande tempo de permanência e alta taxa de reinternações. O quadro de profissionais, em sua maioria, não possui qualificação adequada e a atenção aos pacientes não acontece de forma humanizada. Portanto, faz-se necessária e urgente a construção de uma política de saúde mental no Município.

Sobral vem tendo um crescimento acelerado nestes últimos anos e os perfis epidemiológico e sócio-sanitário tendem a mudar. As mulheres

sobralenses estão incluídas neste cenário e a atenção a sua saúde deve ser proporcional às necessidades. Houve uma diversificação nos papéis dessas mulheres, entretanto, o que se nota é que o acompanhamento a esse grupo não aconteceu de forma proporcional às suas necessidades.

Quanto à prevenção de doenças sexualmente transmitidas, em Sobral, existe o Programa DST's/AIDS, que não é específico para o grupo de mulheres, pois a assistência é voltada para a demanda espontânea. Como descrevemos no início, as ações são massificadas, não atendendo às especificidades femininas. O que pudemos perceber foi o esforço isolado de determinados profissionais de saúde, que se destacam por suas ações criativas, buscando aproximação da atenção integral, e durante as consultas, tentam diversificar o atendimento, extrapolando a abordagem materno-infantil e o ciclo gravídico-puerperal.

No hospital da rede pública, identificamos ações voltadas para adolescentes grávidas e mulheres na menopausa. Mas, este é o único local que desenvolve esse tipo de atenção. Pudemos constatar que a atenção à saúde da mulher em Sobral faz-se baseada no ciclo biológico e que a falta de um programa que integre ações com esse objetivo descaracteriza a assistência à saúde da mulher conforme, vimos defendendo.

É importante lembrar que as equipes do Programa Saúde da Família, implantadas em 1997, fazem atendimento das famílias em suas áreas de abrangência, e que a maioria das metas do PAISM também coincide com a filosofia do Programa Saúde da Família. Como essas equipes foram implantadas recentemente, seria necessário um estudo mais aprofundado sobre as ações que estão sendo desenvolvidas em relação à saúde da mulher. Vale lembrar que, antes da instalação das equipes do Programa Saúde da Família, os atendimentos aconteciam em algumas unidades de saúde e hospitais dentro da lógica da demanda espontânea.

As equipes do Programa de Saúde da Família procuram atender numa lógica de demanda organizada, com o compromisso de promover e manter a saúde de uma população adstrita a elas. Em agosto de 1998, como referimos, foi implantada uma central de marcação de consulta, mais um instrumento para a organização da demanda no Município. Através desta central, são marcadas as consultas referenciadas da rede de atenção primária para serviços especializados, inclusive dos municípios da Zona Norte do Estado.

Fazendo um paralelo entre o que havia antes da municipalização da assistência à saúde e o que há, não podemos negar que avanços aconteceram e que as modificações que estão acontecendo deverão refletir no processo de trabalho dos profissionais de saúde, no tipo de atenção e no processo saúde-doença, não só das mulheres, como de toda a população sobralense.

A assistência à saúde da mulher em Sobral, descrita acima, insere-se na dimensão particular. Esta, por sua vez, está vinculada à dimensão estrutural. Em Sobral, assim como em outras regiões do Brasil, os serviços de saúde apresentam demanda maior de mulheres em relação à de homens. Ainda como consequência da organização estrutural, a assistência à saúde da mulher é vinculada ao Programa Materno-infantil, assistindo a mulher apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, não atendendo-a em suas especificidades. Programas que permeiem todo o ciclo vital da mulher devem ser implantados. Ações de atenção à saúde mental da mulher são fundamentais e devem ser inseridas em tais programas para o acompanhamento, prevenção e recuperação de agravos presentes no Município.

5.4 Diazepam : Alguns Fatores Relacionados ao Consumo por Mulheres

Em Sobral, realizamos um levantamento junto à farmácia do PAM. Em 9 meses, compreendidos entre março e novembro de 1996, foram dispensados

21.495 comprimidos de Diazepam, sendo que, destes, apenas 7.580 comprimidos foram prescritos por um psiquiatra, enquanto o restante, 13.915 comprimidos, ficaram a cargo da prescrição dos outros especialistas do setor público, destacando-se os cardiologistas e os clínicos gerais. As mulheres destacaram-se com 75% das prescrições recebidas.

Cabe aqui alguns questionamentos: que atenção está sendo oferecida a esse grupo de mulheres que estão se destacando pelo consumo de um medicamento que pode levar à dependência? Que serviços estão fazendo o acolhimento dessas mulheres?

Resolvemos conhecer como acontecia esta prática, verificando o manejo dos profissionais médicos com o grupo de mulheres consumidoras de Diazepam. Os médicos foram escolhidos, pois, sendo os prescritores do medicamento, são eles que possibilitam às mulheres o acesso a ele.

Antes de apresentar e discutir os discursos dos prescritores, é importante referir, mesmo que brevemente, alguns aspectos relacionados à lógica do atendimento que ocorre no PAM, onde os médicos trabalham.

O atendimento acontece a partir de uma demanda espontânea, ou seja, pela manhã, longas filas preenchem as dependências do Serviço e cada pessoa marca sua consulta. Com isso, os médicos atendem todos tipos de problemas, muitas vezes fugindo de suas especialidades. O serviço é regido pela lógica da produtividade, pela qual cada profissional médico deve atender um determinado número de pacientes e cada consulta dura cerca de cinco minutos. No caso específico, das prescrições do Diazepam, observamos que existe uma prática de renovação da receita antiga, implicando a redução da consulta ao tempo de entrar no consultório, dizer ao médico por que motivo veio e sair com a receita na mão.

Quando questionados sobre as situações mais usuais que determinam a prescrição de Diazepam, os médicos apontaram:

Palpitações e queixas de arritmias e estado de estresse ou pré-depressivos(M IV)

Ansiedade da convivência familiar(M III)

Neurose de ansiedade, depressão leve e menopausa(M II)

No problema de alcoolismo e neurose em que exista um componente ansioso(M I)

Ansiedade, o estresse e problemas emocionais(M V).

Embora algumas das situações apontadas pelos médicos possam ter o Diazepam como indicação farmacológica, certamente outras necessitariam ser revistas, principalmente as referidas como ansiedades de convivência familiar e menopausa, porque envolvem vivências próprias da existência humana, associadas ou não a uma conjunção de problemas sociais, freqüentemente não abordável apenas pela via farmacológica.

Os discursos indicam que existe uma tendência nos serviços públicos de se prescreverem ansiolíticos para sintomas apresentados no momento da consulta, sem, com isso, haver uma investigação da causa e acompanhamento das conseqüências da prescrição.

Barros (1995) entende que uma prescrição racional é aquela que traz resultados positivos com respeito ao alívio dos sintomas e à cura das doenças. A prescrição é racional sempre que o tratamento farmacológico seja: a) adequado para os sintomas e, ou enfermidade apresentados pelo paciente e para os quais não se dispõe de uma melhor alternativa terapêutica; b) eficaz para o tratamento dos sintomas e enfermidades; c) seguro, isto é, apresentando o mínimo potencial de efeitos indesejáveis; d) se utilizado na dose e durante o tempo convenientes para uma indicação específica.

Portanto, uma prescrição que atenda à denominação de racional, freqüentemente, choca-se com o processo de trabalho dos profissionais médicos e com o tipo de atendimento prestado. Demanda espontânea, tempo exíguo para

cada consulta, médicos que não atendem por especialidade são algumas das falhas que distanciam essas prescrições de uma utilização adequada.

Os autores dizem que seria contra-indicado o uso do Diazepam para tratamento de depressão não acompanhada de ansiedade (Cimini e Lima, 1997 Guz, 1986 e Oggero, 1986) . Em relação à menopausa, não é seguro que o acompanhamento de mulheres nesta fase ocorra necessariamente com esse tipo de medicamento ou apenas com intervenção psicofarmacológica. O que pode ocorrer são sintomas específicos que necessitem de uma intervenção imediata e a curto prazo. Mas as características do serviço e do processo de trabalho dos profissionais médicos não são construtores de uma atenção adequada.

Voltando aos discursos dos médicos, vemos concretizado nesta pesquisa o que foi mostrado por Vidal et al (1993) indicando que os ansiolíticos são prescrito muitas vezes para alívio de sintomas ou queixas mal definidas e não propriamente médicas, para as quais outras modalidades de intervenção poderiam ser apropriadas. Tancredi (1997) vai mais além, afirmando que o médico, por não ter tempo suficiente para cada paciente, por não perceber as causas dessas queixas que se expressam por sintomas físicos ou psíquicos, decorrentes de desajustes familiares e no trabalho, de problemas econômicos ou sociais, ou por não disporem de opções para lidar com tais problemas, lançam mão da medicação como único recurso acessível.

Os discursos a seguir compõem a maneira como o registro é feito pelos médicos sobre as prescrições do Diazepam.

Tudo fica registrado na farmácia aqui do PAM, é lá que fazem o controle(M II).

Nunca houve registro anterior ao ano de 1997 com relação ao uso das prescrições médicas. Timidamente, em alguma época, existia o sistema de prontuário aonde o médico registrava alguns exames solicitados(M V).

Não é feito de nenhuma forma, a maioria das prescrições de Diazepam não são anotadas em prontuários, são pacientes fantasmas(M I).

Embora só estejam retratados aqui três discursos dos médicos, os cinco foram unânimes em dizer que não fazem registro das prescrições do Diazepam no serviço.

O discurso M I mostra a maneira como são tratados os clientes que fazem uso de Diazepam, ou seja, informalmente, pois nada se registra. Portanto, não há um acompanhamento sistemático. Como não existe um sistema formal de acompanhamento dos usuários de Diazepam no Serviço, o profissional fica sem parâmetros para desenvolver um tratamento efetivo e resolutivo. Na realidade, com esse tipo de manejo, não se pode pensar em tratamento, haja vista que a prescrição desse medicamento deve seguir algumas diretrizes essenciais para recuperação do cliente.

Sem um sistemático acompanhamento, o médico prescritor não tem condições de verificar o tempo de consumo e a dose utilizada, a não ser pelas informações do próprio cliente. Esses dados são os principais indicadores para monitoramento de uma possível dependência ou tolerância. Vale salientar que o prontuário é um documento importante, pois nele devem constar todas as informações que dizem respeito ao paciente, além de ser uma fonte imensurável para pesquisa.

Esse tipo de atendimento sem registros vigorou até setembro de 1998, pois, em outubro do mesmo ano, foi instalada a Central de Marcação de Consultas, na qual um dos seus objetivos é fazer triagem da demanda e aprazar os atendimentos, o que não implica necessariamente em nova forma do manejo terapêutico e de atenção a clientela, mesmo por que os profissionais médicos parecem manterem a mesma postura frente ao problema. Vale ressaltar que

durante este estudo a Central de Marcação de Consultas não estava funcionando.

É possível confirmar, através de uma consulta aos prontuários, as informações dadas pelos médicos, ou seja, não havia anotações de prescrições na maioria deles. Prevalendo a lógica do pronto atendimento, impregnada de uma prática mecanicista, que reproduz o modelo de assistencial fragmentado e desintegrador.

O tópico a seguir trata do que compõe o atendimento médico aos consumidores do Diazepam, além do receituário. Como não há anotação em prontuário, não há acompanhamento, e foi por esta razão que todos tiveram dificuldades de responder. Ficou transparente a dificuldade de falar sobre o que não se pratica e também resultou clara a tentativa de sugerir que realizam um acompanhamento recorrendo a algumas justificativas inconsistentes.

Apenas alguns minutos, diria até fartos minutos, pequenos minutos, eu procuro dar um pouco de esperança a elas, dar um pouco, assim, de que ela realmente não pode estar se acabando, se desesperando por um problema (M I).

Eu sou cirurgião, mas eu tento conversar um pouco, mas eu considero que é muito pouco, pois preciso atender os outros pacientes, aí eu encaminho para o especialista(M II.)

Eu tento sempre mostrar pra ela que aquilo é uma situação emergencial, ela vai tomar aquilo, aquilo vai dar uma melhora localizada pra ela, mas se ela não tratar a causa básica, ela vai viver a vida tomando aquilo(M III).

O profissional que fez o discurso M II sugere que a forma de organização do serviço é responsável pelo que vem acontecendo. Ter uma especialidade e necessitar atender casos de outras áreas, sem dispor do tempo necessário para tal, pois existe uma demanda grande que deve ser atendida, realmente constitui um problema. Entretanto, vale salientar, existe uma prática na

maioria dos serviços públicos onde os profissionais cumprem apenas cerca de um terço da carga horária prevista em seu contrato de trabalho, e que esse serviço não se distancia dessa regra. Portanto, os médicos entrevistados não são exatamente vítimas do sistema, conforme sugerem nas entrelinhas que a falta de um acompanhamento para os usuários escapa às suas possibilidades.

A já citada falta de acompanhamento sistemático, associada à receita como único recurso oferecido aos pacientes com os tipos de problemas referidos, mostra a fragilidade do Serviço, que está organizado apenas para fazer atendimentos paliativos e emergenciais. Sampaio (1998) resgatando o conceito do processo saúde – doença mental, lembra que não podemos falar de doença mental sem falar de saúde mental, da sociedade que as constitui e implementa as políticas de assistência e prevenção. No serviço estudado a assistência sugere um distanciamento da saúde mental.

Os próximos discursos expõem os critérios adotados pelos médicos para prescrever ou não o Diazepam no Serviço.

Meus antecessores bombardearam os indivíduos de Diazepam. Além dessa herança, a clientela é pobre demais, muito carente e eu não tenho outra alternativa. Em determinados momentos tenho que passar o Diazepam, por isso sou forçado a passar o Diazepam(...) Apesar de não ser a indicação correta, mas tem que ver que a gente vive no mundo capitalista, numa situação muito difícil, e eu sei que o Diazepam é um amortecedor social pra se resolver algumas situações que eu não posso resolver sozinho (M1).

Elas já chegam no consultório dizendo qual o remédio que vai acabar com o seu mal, elas colocam o Diazepam lá em cima, igualam o Diazepam com Deus ... às vezes tá passando fome, aí toma o Diazepam pra ir dormir e se esquece da comida, então é um verdadeiro amortecedor social(MII).

É uma coisa que a gente fica muito assim...porque eu pessoalmente gosto de usar um ansiolíticos bem leves, para meus pacientes. O Diazepam eu acho que é uma droga que deixa o paciente muito parado, mas no sistema público só dispomos do Diazepam(M IV).

Vale salientar que todos os discursos mostraram que a escolha de critérios para prescrição de Diazepam é muito limitada, principalmente pela não disponibilidade de outro medicamento no sistema público para prescrição a clientela, pela não capacitação dos especialistas de outras áreas para lidar com demandas de saúde mental, ou pela necessidade de responder de alguma forma à ansiedade difusa apresentada por pessoas com problemas relativos a carências sociais, e que já estão habituadas ao uso de Diazepam.

O médico que fez o último discurso deixa claro que utiliza o Diazepam por falta de opções. O sistema público não lhe dá alternativa. Já os dos discursos M I e M II revelam que em Sobral há pessoas que já vêm fazendo uso do medicamento há algum tempo, geralmente por prescrição pouco criteriosa de outros profissionais médicos. Estes discursos comprovam que para as pessoas de classes baixas e vitimadas por injustiças sociais utiliza-se o Diazepam como um amortecedor social, já que não há políticas efetivas e que para essas classes sociais é restrito o acesso aos bens sociais, entre os quais se inclui uma assistência de qualidade à saúde.

Para Landmann (1982) o médico, desejando fazer o melhor possível para seu doente, dentro dos recursos mais modernos, enfatizados pela propaganda da indústria farmacêutica, independente de um diagnóstico efetivo, acaba por usar e abusar dos agentes mais poderosos e mais caros. São justamente os “medicamentos do medo”, isto é, que ajudam a combater seu próprio medo de não dar ao paciente o que ele acredita ser prioritário.

Os critérios para prescrição do Diazepam mostram-se perversos, pelas razões referidas e, principalmente, porque um medicamento que tem o poder de

sedar e tranquilizar não deveria estar sendo indicado para pessoas a fim de mascarar uma sintomatologia social, o que leva à alienação em relação ao problema vivido.

Freire (1971) explica que o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para a transformação. Ninguém luta contra forças que não entende, cuja importância não meça, cujas formas e contornos não discirna. Neste cenário, os consumidores de Diazepam estão com suas consciências sob o efeito de tranquilizantes, impedidos de ver o que de fato está acontecendo com suas vidas.

Os critérios adotados pelos profissionais médicos são frágeis, construídos ao longo de um perverso sistema de saúde que sempre priorizou o lucro, deixando para segundo plano o indivíduo em sua totalidade. O pulmão infectado, o pé diabético, a gastrite, entre outros, ofuscam a possibilidade de visualizar subjetividade e o sofrimento psíquico.

Quando perguntamos aos médicos para que grupos de indivíduos fazem a maioria das prescrições de Diazepam, as respostas foram unânimes. Na prática desses profissionais, as mulheres são a clientela de maior proporção.

Eu acho que o Diazepam tem tudo a ver com a mulher, porque a maioria da clientela é feminina, assim como a bebida é pro homem. A mulher toma o Diazepam e o homem toma cachaça(M I).

Acho que as mulheres procuram mais o uso de medicamentos. Isso é comprovado quando se observa as filas das consultas em hospitais e postos. Apenas 10% são homens (M IV).

A mulher me parece ser um pouco mais transparente, mais aberta, um pouco mais usuária dos serviços de saúde. Mesmo porque é o homem que é o cabeça da família e é ele que vai buscar o sustento da família e a mulher é quem vai

buscar o sustento da saúde da família. Então, todo processo de saúde inicia, passa e termina pela mão da mulher, pela mão da dona de casa(M V).

Nos discursos dos cinco médicos entrevistados, emergiu a concepção de que a mulher é mais fraca, mais frágil, conseqüentemente necessita de maiores cuidados de saúde e vai mais em busca deles. Emergiu, também, conforme comprovam esses três discursos, uma visão generalizada pela qual as mulheres são vistas como mais fracas, pois ficam em casa cuidando dos filhos enquanto o homem é vislumbrado como mais forte, pois é quem vai atrás do sustento da família. Esta comparação desvenda as relações de gênero que fazem parte de nossa sociedade. Dentro da mesma lógica, segundo os médicos, assim como a cachaça está para o homem, o Diazepam está para a mulher. Cachaça e Diazepam, enganosamente, são tidos como uma saída para muitos problemas. Na verdade, vão provocar sérios problemas para a saúde pública e para a saúde mental, em particular, pois a cada dia mais indivíduos tornam-se dependentes desses medicamentos. Esta afirmação do médico (M I) nos estimula apensar da seguinte forma: Será que os médicos em seus consultórios estão prescrevendo cachaça para os homens?

De fato, a literatura já referida mostra que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e que estão consumindo mais Diazepam. Essa questão carece de uma discussão ampliada.

Visualizamos vários aspectos que, de certa forma, forjam essa maior procura das mulheres pelos serviços de saúde e o maior consumo de Diazepam em relação aos homens. A atual inserção social das mulheres têm diversificado seus papéis, expondo-as, mais hoje do que antes, a determinadas ansiedades decorrentes do desempenho desses papéis. Inseridas no mercado de trabalho e em outros contextos sociais, elas estão mais expostas a riscos e agravos que podem resultar em um conjunto mais expressivo de problemas de saúde. Por

outro lado, todas as relações sociais estão permeadas por questões de gênero e de poder e seus desdobramentos fazem-se presentes no tipo de assistência de saúde prestada à mulher.

O complexo médico-industrial, inserida a indústria farmacêutica, tem atuado através de campanhas de *marketing* e de favorecimento de certos segmentos profissionais, desempenhando um poder quase incontrolável sobre a vida das pessoas, homens e mulheres, fazendo-as consumir medicamentos e submeter-se a procedimentos nem sempre indicados para as suas necessidades, embora elas cheguem a acreditar que é o que mais lhes convém. Obviamente, no contexto dos serviços de saúde, as mulheres estão mais sujeitas a práticas mais agressivas e menos éticas do que os homens. O controle que se exerce sobre o corpo feminino está explícito nos tipos de programas oficiais destinados à assistência à saúde dessa clientela, já descritos. No caso específico desta pesquisa, vimos que o poder da indústria farmacêutica atinge também as mentes das mulheres, o que se expressa através da ação dos prescritores, indicando por longo tempo e sem controle um medicamento que implica riscos.

Portanto, fazem parte do conjunto de fatores relacionados ao consumo de Diazepam por mulheres residentes em Sobral: indicação de uso da medicação para algumas situações de ordem econômica e social que não justificam a indicação; falta de registro e de sistematização do acompanhamento médico às mulheres; acompanhamento de saúde se restringe à prescrição da medicação; não disponibilidade de outros medicamentos para prescrição e escassez de especialistas em saúde mental, o que determina a adoção de critérios de prescrição restritos e pouco técnicos. Todos estes fatores estão diretamente relacionados com a dimensão particular, que se refere ao tipo de assistência que essa mulheres recebem.

Existe de fato um processo iatrogênico, que o manejo terapêutico não tem potencial para resolver os problemas apresentados pela clientela feminina.

Retomando o conceito de processo saúde-doença, onde foi visto que a síntese da totalidade das determinações operam sobre a qualidade de vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar e responsabilidade humana, portanto, resgatando assim a integralidade. Neste cenário o processo saúde-doença aproxima-se do polo doença, pois a população estuda apresenta sofrimento físicos e psíquicos que o sistema de saúde sozinho não consegue resolver. Sampaio (1988) demonstra isso ao afirmar que o bem-estar coletivo dentro da perspectiva da saúde mental, só é alcançado a partir da operacionalização de instrumentos, antropológico, psicológico, filosófico, sociológico, econômico e político, além é claro da abordagem médica.

A relação médico – paciente, paciente – serviço de saúde está pautada nas relações de poder. Para Egry (1996) a relação de poder nesta situação é camuflada na cooperação, existindo a necessidade e o atendimento da clientela, mas em muitos casos os atendimentos são inadequados, não resolutivos o que pode até levar ao agravamento dos problemas. O que vem acontecendo a esse grupo de mulheres é um desacolhimento, uma iatrogenia provocada por pressa, por extrema padronização da conduta médica, por critérios poucos técnicos e frágeis de prescrição de benzodiazepínicos (Diazepam) e por ignorância das determinações do sofrimento da mulher.

6 MULHERES: CONDIÇÕES DE EXISTÊNCIA, SOFRIMENTO E CONSUMO DE DIAZEPAM

6.1 Mulheres e o Diazepam de Cada Dia ...

Neste tópico, traçamos o perfil das mulheres que participaram do estudo e discorremos sobre a utilização do Diazepam por parte delas.

O grupo mostrou-se da seguinte maneira: em relação à idade, a faixa etária de 45 a 60 anos destacou-se em relação às demais, ficando com 60%, enquanto a faixa de 33 a 44 anos apresentou frequência de 26,6% e a faixa de mais de 60 somou 13,3%. Estes dados estão coincidindo com os encontrados na literatura, segundo os quais as mulheres fazem maior uso de medicamentos a partir dos 40 anos de idade, tendo, inclusive, um aumento progressivo e proporcional relacionado com o aumento da idade. Alguns autores também relacionam este fato com a menopausa, com a saída dos filhos de casa e com o surgimento de sinais e sintomas relacionados ao envelhecimento.

Quanto ao estado civil, 29,3% das mulheres são separadas, 29,3% são casadas, 20% são viúvas, 13,3% convivem maritalmente e 13,3% são solteiras. A predominância de mulheres sem vínculos afetivos estáveis, como as separadas, viúvas e solteiras, aponta para uma condição de solidão, o que certamente tem peso na determinação do consumo de Diazepam, principalmente se considerarmos as características da atenção à saúde que é oferecida no Município estudado.

Por outro lado, as casadas e separadas tendem a ter maior responsabilidade com a vida cotidiana dos familiares, implicando preocupação com o bem-estar deles, o que pode resultar em maior necessidade de atenção nos

serviços de saúde. Assim, eventualmente, qualquer pessoa pode se ver submetida a níveis de ansiedade que extrapolam sua condição de suportá-los sem ajuda especializada, sendo que o tipo de ajuda oferecida é que vai marcar a diferença entre adotar uma atitude mais madura ou alienada perante o problema.

O grau de instrução foi delineado da seguinte maneira: 20% das mulheres são analfabetas, 66,6% têm o primeiro grau incompleto, e apenas 13,6% concluíram o primeiro ou têm o segundo grau completo. Portanto, 86,6% das mulheres são analfabetas ou têm o primeiro grau incompleto, colocando em evidência uma realidade já conhecida na região Nordeste: a clientela dos serviços públicos de saúde geralmente tem baixo grau de escolaridade. Sem dúvida, esta situação contribui para definir as condições de vida dessas mulheres, bem como suas oportunidades de inserção social e o modo de manifestação do processo saúde-doença.

Para autores como Campos (1991), o pouco ou nenhum tempo de estudo é determinante da ausência do conhecimento sobre a forma correta de assistência que deveria ser oferecida, facilitando, assim, a aceitação de uma assistência que muitas vezes não é efetiva ou resolutiva.

Quanto à prole, as mulheres têm a seguinte situação: 53,3% têm de 4 a 8 filhos, 33,3% têm de 1 a 3, e uma minoria, ou seja, 13,3% não têm filhos. Este dado retrata a realidade das mulheres nordestina e interioranas que ainda estão tendo um número de filhos superior aos das mulheres que residem nas grandes cidades. No campo, ainda é muito forte a submissão da mulher à vontade do homem e a lógica de que ter muitos filhos representa alguma segurança em relação à sobrevivência que depende de muitos braços para o cultivo da terra. Por outro lado, sabe-se que existe uma estreita relação entre grau de instrução e tamanho da prole, quanto menor o grau de instrução, maior a prole.

Sobre a ocupação desenvolvida: 60% das mulheres entrevistadas dedicam-se ao trabalho do lar e 40% desenvolvem as seguintes ocupações: lavadeira, agente de saúde, auxiliar administrativa, vendedora de fruta e merendeira. Como podemos observar, mulheres em maioria são donas de casa, ou seja, cuidam da casa e dos filhos, e as que trabalham fora de casa estão atuando principalmente na economia informal.

Fonseca (1996) lembra que existe uma exclusão que apenas as mulheres do que os homens, pela inserção diferenciada de ambos no processo de reprodução social. As estatísticas comprovam a situação de penúria da mulher no mundo do trabalho. Uma delas é o não reconhecimento das tarefas do lar no conjunto do chamado trabalho produtivo. Estima-se que, se fosse considerada a riqueza gerada por elas, esta seria da ordem de 35 a 50% do Produto Interno Bruto. Geralmente, as mulheres que trabalham fora do lar ocupam menos cargos de alto prestígio social. Enquanto 87% das gerências são ocupadas por homens, apenas 13% são ocupadas por mulheres. A exclusão feminina aumenta mais ainda quando as mulheres são de classe social baixa e negras.

Quanto à renda individual das mulheres: 60% recebem em torno de 1 a um e meio salário mínimos, 40% não têm renda. Já a renda familiar mostrou-se assim: 53,3% das famílias somam até 2 salários mínimos, 40% somam de dois e meio a 3 salários mínimos e, 6,6%, apenas uma família, somam 4 salários mínimos. Tanto a renda individual como a familiar são baixas, demonstrando que as mulheres usuárias do sistema público de saúde sobrevivem com uma renda muito baixa, pelo que muitas de suas necessidades básicas deixam de ser atendidas, principalmente a relacionada com a alimentação, o que aparece fortemente nos discursos delas.

O fato de a maioria das mulheres receberem, em média de um a um e meio salário mínimo, confirma a afirmação de Fonseca (1996) de que a média salarial feminina é um grave problema, pois cerca de 10,5% das trabalhadoras

não têm rendimento e metade recebe menos de um salário mínimo. Além de mal pago, o trabalho feminino é discriminado pelas possibilidades de a mulher colocar-se nele, de acordo com sua condição marital, número de filhos, idade e escolaridade. Para a autora, isto provoca a formação de verdadeiros “guetos ocupacionais femininos” constituídos por ocupações altamente desvalorizadas.

Podemos dizer que a maioria das mulheres do estudo estão na faixa etária entre 45 e 60 anos, a maioria são donas de casa, ou trabalham fora do lar em atividades da economia informal. A maioria delas têm uma prole grande, renda individual e familiar muito baixa, além de incipiente escolaridade. Essas características compreendem a dimensão singular que se expressa no modo de vida e comportamentos, maneira de produzir e de enfrentar a vida, elementos que têm forte influência no modo como se expressa o processo saúde-doença.

Resgatando o conceito de classe social escolhido para direcionar este trabalho, onde os agentes sociais são determinados principalmente, mas não exclusivamente por seu lugar no processo de produção, isto é na esfera da produção econômica. Define-se pelo seu lugar no conjunto da divisão social de trabalho, que compreende as relações políticas e as relações ideológicas. As características que emergiram desse grupo de mulheres, nos dizem que elas fazem parte de um grupo homogêneo, vivem em condições de pobreza, inseridas na classe social baixa, portanto, com necessidades e vulnerabilidades comuns.

Quanto ao início da utilização do Diazepam, as mulheres apontaram os seguintes motivos: 66,6% destacaram o nervosismo, 26,6% referiram a insônia e apenas 6,6% referiram a hipertensão. Portanto, o nervosismo foi a principal justificativa para o início do consumo de Diazepam entre as mulheres.

Para alguns autores como Guz (1986), Oggero (1986) e Cimini e Lima (1997), a prescrição do Diazepam para casos de nervosismo que não passaram por uma avaliação cautelosa e um acompanhamento sistemático, não constitui uma boa conduta médica, já que esse medicamento possui propriedades que

podem levar ao desenvolvimento de dependência. Portanto sua prescrição deve ser criteriosa e a utilização em alguns casos não deve se estender por mais de seis meses.

Anteriormente, demonstramos como é feito o atendimento a essas mulheres que consomem Diazepam no serviço. Critérios pouco técnicos para prescrição ficaram evidentes nos discursos dos médicos prescritores, o que confirma os dados colhidos das entrevistadas.

Em relação ao tempo de consumo do Diazepam: 20% das mulheres tomaram o medicamento há menos de um ano, 60% vêm utilizando há um período entre 2 a 5 anos, 13,3% ingerem o medicamento há um período de 6 a 14 anos e 6,6% usam o fármaco há mais de 26 anos. Esses dados demonstram a maneira como são conduzidos estes casos no serviço de saúde. Não há acompanhamento sistemático nem registro da prescrição no prontuário. Com isso, o tempo de consumo não pode ser monitorado pelos médicos prescritores. Entendemos que este fato constitui um risco para a saúde das usuárias.

A FALTA DO DIAZEPAM ...

Os discursos a seguir demonstram o comportamento das mulheres na falta do Diazepam. Todas as mulheres demonstram comportamentos que são sintetizados nos discursos abaixo.

Parei um período de tomar o Diazepam porque tava faltando aqui no posto. Eu só consigo esse remédio aqui, então fico sem tomar quando falta, pois não tenho dinheiro pra comprar(VII).

Sem tomar o Diazepam, eu sinto um abalo por qualquer coisa, sinto minhas pernas tremendo. Isso acontece quando eu tô uns três dias sem tomar, aí quando eu tomo passa tudo, aí eu consigo levar minha vida(VIII).

Eu não paro nem três dias de tomar meu remédio. Às vezes quando falta no posto eu compro fiado na farmácia(XIV).

Quando eu paro de tomar, sinto um tremor que melhora quando eu volto a tomar, por isso faço de tudo para conseguir meu medicamento, porque sem ele eu nem sei como seria minha vida (XVI).

As falas estão sugerindo que há uma necessidade muito grande da ingestão do medicamento e na falta do remédio tudo é feito para consegui-lo, inclusive a compra fiada na farmácia. Nos discursos VIII e XVI, percebemos sintomas que indicam uma possível dependência do Diazepam. Isso nos remete novamente às características do atendimento a essas mulheres.

Como já descrevemos, não há acompanhamento e a distribuição dos medicamentos na rede pública de saúde acontece de forma irregular, principalmente quando se trata do Diazepam, pois a demanda é sempre maior que a oferta, ocasionando irregularidade na distribuição, muitos consumidores ficando sem o medicamento mesmo possuindo a receita. Alguns, dependendo das condições financeiras no momento, o compram nas farmácias e os que não possuem recursos para adquirir o medicamento ficam sem tomá-lo.

A irregularidade na distribuição do Diazepam ocasiona um consumo também, irregular. Já que o Diazepam é um medicamento que pode causar dependência quando consumido por um longo período, especialmente quando com critérios pouco técnicos e sem acompanhamento, a falta do medicamento até que poderia ser algo positivo se concomitante com a falta, o Serviço oferecesse outras opções de atenção mais apropriadas à cultura dessas mulheres ou recorresse a uma intervenção de cunho mais conscientizador e menos alienante do que tem sido a prescrição do Diazepam.

MELHORAS QUE TRAZ O DIAZEPAM ...

Os relatos a seguir demonstram que tipo de melhora as mulheres apresentam após o consumo do Diazepam, mas também fica claro como reagem ao consumir o medicamento.

Sinto melhora quando começo a tomar o Diazepam, agora essa melhora é de momento, depois volta tudo de novo. A gente toma o remédio mas parece que não fica curada porque as coisas que a gente sente volta tudo de novo(III).

Melhorei, fiquei com menos nervosismo, fiquei mais controlada, aquele vexame que eu sentia melhorou, não é mais como antes, as preocupações ficam mais leves(V).

Hoje eu tô mais segura. Antes, se eu tivesse um susto, eu não me segurava, hoje eu não me avexo muito, não me tremo muito, depois que tomo o Diazepam(XIV)

Eu sinto uma melhora pouca, é como se não ficasse curada pro resto da vida. tem remédio que a gente toma e se cura, mas esse não, a gente melhora mas não é uma cura(XVII).

Quando tomo o Diazepam eu posso ver cobras e lagartos, eu não me agito com nada .. então acredito que melhorei depois que eu passei a tomar o Diazepam (XIX).

Nos discursos XVII e III, as mulheres sugerem que há sempre a necessidade de tomar o Diazepam, pois este não traz uma melhora definitiva para seus problemas, funciona apenas como um paliativo que terá que ser consumido sempre para garantir um temporário bem-estar, porque atinge apenas superficialmente os sintomas que desaparecem por pouco tempo, pois falta algo para atuar na base dos problemas, ou seja, nas causas. Portanto, os relatos dessas mulheres mostram uma necessidade diária de consumo, bem similar à necessidade que têm de se alimentarem diariamente.

Ainda no conjunto de discursos anteriores, vemos que as entrevistadas XIX, V e XIV confirmam o que foi descrito por um dos médicos prescritores (M I), ou seja, o Diazepam serve como um amortecedor social. Isto sugere que o consumo de Diazepam está sendo indicado para agir não sobre um sintoma psíquico, mas sobre uma conjunção de problemas sociais. Isto indica que as mulheres de classe social baixa estão consumindo Diazepam por indicação dos médicos prescritores para amenizar as preocupações do cotidiano.

Para essas mulheres, o complexo médico-industrial funciona viabilizando a alienação quanto à determinação social do processo saúde-doença. Existe uma imposição que não é vista com muita clareza, pois esconde-se por trás do modelo médico vigente. Uma relação de poder emerge entre o modelo médico vigente e as mulheres consumidoras de Diazepam. Os profissionais médicos que, geralmente, são os principais representantes deste modelo, impõem como solução o consumo de medicamentos, ressaltando-se que nem sempre a dimensão estrutural lhes permite adotar uma postura muito diferenciada.

Para Foucault (1989), um sujeito submetido a outro através do controle e da dependência é preso à sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si mesmo. A relação de poder acontece quando todas as respostas e efeitos incidem sobre os sujeitos.

Fonseca (1997) acredita que, quanto maior a subalternidade dos grupos, maior será seu padrão de desgastes (riscos de adoecer ou morrer).

Neste estudo, as mulheres estão sujeitas ao poder do complexo médico-industrial. Como a relação de poder é diretamente proporcional às características dos sujeitos, quanto mais inferiores as classes, maior é o poder sobre elas. As mulheres injustamente são vistas como inferiores em nossa sociedade e no caso deste estudo são de classe social baixa e de baixa escolaridade, o que faz com que se submetam, no serviço de saúde, a uma

relação de poder, muito desigual. É ofertado às mulheres algo que elas freqüentemente não necessitariam por muito tempo, o medicamento, e este é aceito sem questionamento, passando a ser visto como imprescindível.

Portanto, temos um grupo de mulheres consumindo Diazepam para aliviar em primeiro lugar suas angústias relacionadas com problemas sociais e econômicos, sugerindo que os serviços de saúde não estão equipados adequadamente para intervir em problemas onde a causa básica é social.

Sampaio (1998), propõe uma estrutura para reapropriação da ruptura aparential sujeito-objeto, segundo este Autor a sociedade humana sempre precisou se apropriar de algo para continuar vivendo. Muitos buscam na religião uma saída, neste caso as mulheres encontram no consumo do Diazepam uma paliativo, é o seu modo de reapropriação.

O DIAZEPAM QUE SUPRE AS CARÊNCIAS ...

Ao responderem à pergunta - o que você precisaria ter para deixar de tomar o Diazepam? todas as mulheres referiram carências que são amenizadas com o consumo do medicamento.

Depois do meu marido eu sofri muito, ele judiava muito de mim, não sei... mas pode ser que ainda apareça um homem bom na minha vida e me faça viver mais tranqüila(III).

Meu filho trabalha de servente, ganha muito pouco, eu é quem ajudo ele e a família dele, e quando falta as coisas eu fico agoniada(V).

Se eu arranjasse um bom emprego, pois trabalhando a gente não fica pensando besteira e ainda tem o que comer todo dia(X).

Às vezes no consultório as mulheres ficam falando que os seus maridos voltaram ... aí eu penso, faz 14 anos que meu

marido morreu, se ele tivesse ido embora, ele teria chance de voltar, eu queria que ele fosse vivo(XIV).

Os relatos V e X demonstram que as carências dessas mulheres estão diretamente ligadas à classe social que ocupam. Carecem de coisas como foi descrito por elas. Dessas coisas também sentem falta todas as pessoas que possuem uma situação socioeconômica precária. Faltam emprego, comida, e por extensão, roupa, moradia adequada e educação.

Nos discursos dos médicos prescritores eles confirmam este fato. Um deles, M III, revela que prescreve o Diazepam para os casos de ansiedade da convivência familiar, o que a literatura especializada não refere como diagnóstico. O que o médico aponta como ansiedade de convivência familiar aparece, com outras palavras, nos discursos de outros médicos prescritores, exemplificado em:

a clientela é pobre demais, muito carente, e eu não tenho outra alternativa. Às vezes tá passando fome, aí toma o Diazepam pra dormir e se esquece da comida(MI).

O serviço de saúde está tentando tratar de problemas sociais com medicamentos. Concordamos com Barros(1995), quando ele afirma que o medicamento aparece como um objeto mágico. A magia consiste na realidade, em agir sobre alguma coisa, exercer um domínio sobre ela, atuando sobre um signo dela. É justamente isto o que podemos observar no caso do medicamento: o indivíduo que ingere um produto farmacêutico com a intenção de que aja sobre seus sintomas (signos de sua frugalidade e de sua condição de mortal) tem a ilusão de atuar sobre eles e dominá-los. Desta forma, pode usufruir de uma certa sensação de segurança sempre que se veja ameaçado.

Neste caso específico, o problema é mais grave, o medicamento consumido pode causar dependência quando utilizado por um determinado período. No cenário construído até o momento, conseguimos perceber um

círculo vicioso que tem a seguinte desenho: a classe social baixa tem muitas carências (de alimento, moradia, trabalho...), com elas surgem as preocupações e ansiedades, estas são amenizadas pelo consumo de Diazepam, com o passar do tempo, surge a dependência ao Diazepam. O círculo continua, só que agora foi acrescido a ele mais um componente, o Diazepam, pois as pessoas agora dependem dele para continuar levando suas vidas.

Existe uma contradição: os serviços de saúde e seus profissionais têm o objetivo de manter e recuperar a saúde do indivíduo, família e comunidade. O que tem acontecido neste caso é o inverso: o sistema de saúde tem provocado o adoecimento, já que não consegue lidar adequadamente com as carências sociais.

É interessante observar que em nosso País as políticas sociais públicas (educação, saúde, habitação) têm em geral beneficiado mais os não-pobres do que os pobres. Entendemos que se faz necessário, com urgência, habilitar os pobres a uma inserção econômica e social que os liberte da situação de carência em que se encontram, principalmente pela educação básica e pela qualificação para o trabalho (Minayo, 1992).

Ainda no conjunto dos discursos, mulheres nas falas III e XIV demonstram outro tipo de carência: a afetiva. Para algumas mulheres, o consumo de Diazepam tem ligação, principalmente, com o congresso conjugal e amoroso.

No caso da fala III sua carência é de um homem bom que lhe faça viver mais tranqüila.

Em nossa sociedade geralmente as mulheres associam a sua felicidade à presença de um companheiro. Para elas foi ensinado que o casamento deve fazer parte da vida da mulher, a companhia de um homem que geralmente atua como chefe da família, assumindo a maior parte das responsabilidades com o sustento do lar, é o ideal de um relacionamento em nossa sociedade. Este

pensamento intensifica-se quando as mulheres estão inseridas em classes sociais baixa e vivem em cidades pequenas. Portanto, quando algo foge a este padrão, passa a existir um descontentamento.

Em nossa sociedade, predomina um modelo que direciona os comportamentos e os papéis que devem ser incorporados pelas mulheres. São dóceis, mais tolerantes, esposas fiéis, boas mães, entre outros. A família e a escola exercem grande influência na fixação desses comportamentos. A mulher deve casar e ter filhos, cuidar do marido e ser boa esposa, ser fiel e viver com ele até que a morte os separe. São esses os comportamentos tidos como normais em nosso meio. As classes de menor poder aquisitivo são mais vulneráveis à imposição desses comportamentos. As mulheres pobres passam a sonhar com um bom casamento, com um bom marido e, quando isso não se concretiza, surge a insatisfação e as carências passam a ser supridas com o consumo do Diazepam.

O SIGNIFICADO DO DIAZEPAM ...

Os relatos abaixo foram construídos a partir da seguinte pergunta: o que significa para você tomar Diazepam? As respostas apontam para a necessidade de eliminar os sintomas e ter a saúde de volta.

É muito ruim a pessoa que toma o Diazepam, a pessoa se acostuma, às vezes se acostuma a tomar todo dia. Na minha mente isso é ruim (X).

Durmo bem, me dá apetite pra comer, de manhã me dá aquela alegria, aquela tristeza do coração passa, acordo disposta com vontade de fazer as coisas (XII)

É uma precisão, quando a gente tá muito nervosa a gente toma. Mas é uma necessidade que precisa de cautela pra não viciar (XVI).

No relato da mulher X, surgem evidências do conhecimento das mulheres sobre a possível dependência que o Diazepam pode causar. Ela expressa isso, quando diz: a pessoa se acostuma, às vezes toma todo dia, e isso é ruim.

Percebemos que todas as mulheres tinham conhecimento da possibilidade de dependência do Diazepam, entretanto, este fato não resultava no reconhecimento de risco para sua saúde.

O relato da mulher XII deixa claro que o fato de consumir o Diazepam significa algo positivo, pois o médico oferece uma melhora, não importa se essa melhora é passageira, o que importa é que o mal-estar passa quando ingere o Diazepam.

O significado de consumo de Diazepam para as mulheres é compreendido como a busca de alívio dos sinais e sintomas e a manutenção da sua saúde.

Essas mulheres não têm dimensão da prática que vêm desenvolvendo o consumo de Diazepam. Um bem-estar momentâneo é o que tem buscado essas mulheres. A dor da fome, o desemprego do marido, a falta de perspectivas misturam-se com a ansiedade, com a preocupação e insegurança. Um comprimido que lhe traga tranquilidade, que acalme os nervos, será aceito sem questionamento.

Freire (1971) faz uma reflexão muito interessante sobre esta situação, quando diz que ninguém luta contra forças que não entende, cuja importância não meça, cujas formas e contornos não discirna. Neste caso o serviço de saúde irá continuar mantendo essa usuária alienada e, como isso, poderá continuar a exercer seu domínio sobre ela.

6.2 Mulheres: Condições de Sobrevivência e Saúde

PREOCUPAÇÕES E SATISFAÇÕES ...

Neste estudo, até o momento, descrevemos como os médicos prescritores estão atendendo essas mulheres e como as mulheres estão utilizando o Diazepam em seu dia-a-dia. Para melhor compreensão da consolidação desta prática, achamos necessário incluir situações que envolvem o contexto familiar e as relações existentes neste contexto. Ainda neste cenário, procuramos identificar como as mulheres percebem sua saúde.

Os discursos a seguir foram construídos com base nos relatos das mulheres sobre suas preocupações e satisfações que envolvem o dia-a-dia.

Quando a coisa tá difícil pra mim, não vejo o dinheiro entrar, aí eu me preocupo, porque é muito triste você Ter seus filhos e não Ter nada dentro de casa(III).

Não sei nem o que dá alegria, acho que a gente tem quando tá com saúde porque a alegria da gente é Ter saúde(VII).

O que me dá preocupação é a falta das coisas, quando falta comida e principalmente remédio pro meu menino. Agora eu arranjei uma farmácia pra comprar fiado e isso me deixa mais tranqüila.(IX).

Quando eu tenho vontade de conseguir uma coisa, e consigo, naquele momento eu fico alegre, por exemplo: quando eu puder comprar uma bicicleta pros menino(XII).

Fico alegre quando todos estão com saúde e quando tenho o que comer dentro de casa, um feijão, um arroz (XIII).

Quanto às satisfações, as mulheres tiveram muita dificuldade de expressar algo sobre o assunto. A dificuldade de expressão muitas vezes tem

relação com a falta de experiências positivas e alegres em suas vidas. Sobre as preocupações todas tiveram facilidade de expressão.

As mulheres III e IX retratam as preocupações da maioria delas, tendo ficado demonstrado que a situação socioeconômica é o principal fator que desencadeia as preocupações do dia-a-dia dessas mulheres. Elas mostram que são carentes e que essas carências são de coisas básicas, como alimento e remédio. Portanto, as preocupações estão diretamente relacionadas com as privações do dia-a-dia. O cotidiano dessas mulheres é preenchido por preocupações que envolvem sua sobrevivência: ter o que comer no dia seguinte, ter como pagar o aluguel no final do mês e ter o que vestir. No entanto, essas necessidades estão longe de ser atendidas apenas com o consumo de um medicamento.

Valéry (1996) diz que é difícil reduzir e aliviar a pobreza dessas mulheres, no que pese à existência do número crescente de programas de desenvolvimento voltados para as mulheres pobres, migrantes e chefes-de-família. Muito custoso, ainda, se torna combater o aumento da miséria extrema que, proporcionalmente, afeta mais as mulheres, tornando sua vida insuportável.

Fleury (1992) faz uma ampliação dessas necessidades, uma vez que em qualquer lugar as pessoas sempre querem satisfazer certas necessidades, estas teriam um caráter de universalidade. Definem sete necessidades: subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação – que existem desde as origens da humanidade. Além destas, existiria ainda duas necessidades fundamentais, que teriam surgido provavelmente num estágio posterior da evolução: a necessidade de identidade e mais tarde a de liberdade.

No caso desta pesquisa as mulheres estão consumindo o Diazepam para suportar essas preocupações do dia-a-dia. Aqui, vale lembrar o depoimento do médico prescritor MI, quando diz que o Diazepam é um amortecedor social, indicado para pessoas com problemas sociais e econômicos.

Minayo+(1992) ensina que a dor tem o seu contexto na vida: são juntados a ela o desemprego do marido, a falta de comida para os filhos, a ausência de um ente querido e as condições penosas do trabalho. Os profissionais de saúde não estão sabendo lidar com seu objeto de estudo e de trabalho porque, hoje, a saúde e a doença da população no Brasil constituem acima de tudo, questões sociais.

Acreditamos que esse grupo de mulheres não percebe a dimensão que envolve seu estado de saúde e de doença. Tanto as preocupações como as satisfações descritas por elas retratam a vontade de possuir coisas essenciais para sua sobrevivência. Nenhuma delas citou que sua satisfação seria possuir um carro, um vestido de festa, uma casa de praia. Falaram, sim, de coisas básicas de subsistência, comida, remédio e saúde. Isso indica que suas preocupações e satisfações do dia a dia limitam-se a uma questão de sobrevivência.

Bonfim e Mercucci (1997) fazem uma advertência: é preciso que o povo saiba que muitas moléstias podem ser curadas sem quaisquer medicamentos; principalmente se essa doença tem sua base em problemas sociais e econômicos. Neste caso, os melhores remédios são uma boa alimentação, um bom trabalho e moradia adequada.

COMO AS MULHERES PERCEBEM A SUA SAÚDE...

Os discursos seguintes representam como todas as mulheres percebem sua saúde.

Minha saúde é pouca, depois desse problema dos nervos eu perdi parte de minha saúde, eu não sou mais aquela mulher de antes que enfrentava tudo, mas ainda assim acho que gozo de um pouco de saúde (XII).

Saúde... não sei o que é isso. Sou doente do coração, sinto dor no espinhaço, sinto dor nas pernas, tem dias que eu tô toda quebrada (XIII)

Acho minha saúde muito pouca, tenho muitos problemas. Já me operei 05 vezes, acho que vou morrer cedo (XIV).

Não tenho saúde de jeito nenhum... eu não gozo de saúde não, tenho pressão alta. E ninguém se luda comigo não, porque eu não vou durar muito tempo não (XVIII)

Embora as mulheres tenham sido abordadas apenas sobre sua percepção sobre sua saúde, no conjunto dos discursos surgiu significado de doença e de saúde, confirmando a idéia de que o binômio saúde-doença é dinâmico e não deve ser entendido separadamente.

Egry (1996) afirma que o processo saúde-doença é histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante e na estrutura social a que pertence.

Nos discursos XII, XIII e XVIII, emergiram em primeiro plano as doenças, ou seja, para expressar sua saúde as mulheres tiveram necessidade de falar de suas doenças. Para essas mulheres, a ausência ou presença de sintomas e doenças é que irão definir o estado de saúde.

Entre o grupo estudado, de outro modo, a saúde é tida como precária ou inexistente. Sendo a saúde fundamental para vida de qualquer pessoa, pois viabiliza conquistas tanto materiais como espirituais, então, sua ausência inviabilizará estas conquistas. Portanto, estamos diante de um grupo de mulheres que estão inseridas em uma determinada classe social. Com isso, suas conquistas estão sendo limitadas, adiadas ou impedidas.

Para Minayo (1996), o significado dado à saúde e à doença reflete as experiências dos grupos, suas relações com o cotidiano e suas coerções. As idéias das camadas populares nesse campo, assim como em outros, estão relacionadas ao concreto de suas vidas, às carências, experiências e inserção no mundo do trabalho e do consumo.

Por outro lado, a saúde é um bem que se encontra acima da condição de classe, constituindo-se em um valor universal, parte integrante da própria vida. A doença põe em evidência a vulnerabilidade do ser humano, traz sofrimento e aproxima vida e morte. A percepção que se tem desta última define, de certo modo, o valor da vida e, portanto, a saúde como uma condição necessária à sua manutenção (Mandú e Silva, 1997).

Nos discursos XIV e XVIII, a falta de saúde significa pouco tempo de vida e a proximidade com a morte. Neste caso, a saúde também é tomada como um valor que integra a sobrevivência num contexto onde se busca manter a vida e afastar a possibilidade da própria morte.

Esta percepção de saúde-doença reflete a absorção de informações da cultura dominante, veiculadas, entre outros, pelo sistema de saúde. Nesse processo, a doença e o doente são valorizados como objetos de intervenção. O sistema controla os indivíduos através do saber/intervenção que se direciona principalmente para doença e doente.

Para esse grupo de mulheres vivendo em uma sociedade desigual, lutando pela sobrevivência, convivendo com salários baixos, com a fome, pobreza, falta de acesso a meios básicos que garantam uma qualidade de vida mais digna, a saúde é percebida como a ausência de doenças. Mendes(1996) considera que em nossa sociedade a concepção do processo saúde-doença está vinculada a doenças e a morte.

MULHERES E SEUS RELACIONAMENTOS...

Para uma aproximação com nosso objeto de estudo, achamos importante identificar e discutir os relacionamentos que permeiam o dia-a-dia das mulheres deste estudo.

As mulheres demonstraram que em seu imaginário o relacionamento conjugal predomina sobre os demais. Por este motivo, discutiremos apenas os

relacionamentos conjugais. Os discursos a seguir refletem o que expressou a maioria das entrevistadas.

Ele bebia muito, quando não bebia era um santo pra mim. Ele me fazia tanta raiva, dizia que eu não prestava. Ele nunca me bateu, mas eu dizia pra ele que era melhor ele me bater do que ficar me martirizando (III).

Meu marido às vezes me dá o desprezo. Eu não procuro saber o que ele faz lá fora... Nós não somos de brigar. Eu não sou de reclamar porque se eu for procurar problema, eu vou procurar dor de cabeça (XIX).

Eu me separei dele por causa que ele não me dizia nada de bom. Vivia brigando, era impaciente, aí eu achei melhor viver sem ele, fiquei com os meninos ... mas nem sei como vai ser (VIII)

Eu agüento muito coisa do meu marido, às vezes ele me bate, mas quando vejo minhas vizinhas sem marido, penso ... ruim com ele, pior sem ele. E assim vou levando a vida (XI)

O conteúdo dos discursos revela uma relação de dominação e violência contra a mulher. Compreendemos, assim como Bahia et al (1994), que a violência contra a mulher constitui-se na manifestação de uma relação de forças com fins de dominação.

A mulher vem sendo objeto de dominação tanto dentro do espaço público como privado. Os discursos há pouco mostrados revelam a violência no espaço privado, ou seja, no lar e no relacionamento conjugal.

Bahia et al (1994) definiram a violência sofrida pelas mulheres como física, psicológica e sexual. A violência física é entendida como espancamentos e agressões. Já a violência psicológica é compreendida como caçoar, insultar, negar afeto, desaprovar suas realizações e confiná-las. A violência sexual é

explicitada como a relação sexual percebida como obrigação no casamento e o estupro.

No nosso estudo, as violências psicológica e física surgiram como as principais. A violência sexual não aparece nos discursos das mulheres, mas devemos lembrar que muitas escondem este tipo de violência por vergonha, falta de informações sobre seus direitos e até mesmo para preservar seu casamento.

No discurso da mulher XI, ficam evidentes a violência física e a submissão. A idéia de que seu sofrimento será maior sem a presença do marido traduz o grau de alienação em que vive essa mulher.

Mulheres vivendo em péssimas condições passam a acreditar que um marido, mesmo sem qualidades, é algo positivo. É melhor ter alguém como companheiro do que enfrentar a vida sozinha, mesmo que esse companheiro provoque sofrimento. O sofrimento sem ele seria bem maior, pois, na sociedade, no espaço público, a violência tem dimensões inculáveis.

Dentro de uma perspectiva de gênero, esta violência tem base nas desigualdades entre homens e mulheres. Para Valéry (1996), o machismo e o sexismo ainda estão presentes em nossa sociedade, mantendo a dominação e a subserviência da mulher em determinadas práticas sociais e nos espaços domésticos, principalmente, perpetuando a assimetria das relações entre homens e mulheres.

Nas mulheres de classes sociais baixas, as desigualdade têm dimensões bem maiores. Deste cedo, sofreram influências dominantes, principalmente da escola e da família, resultando em imposição de comportamentos e papéis. Em nossa sociedade, com traços patriarcais as mulheres deve casar, servir ao marido e cuidar da casa e dos filhos, definindo um modelo de mulher ideal, direcionando seus passos e delimitando suas ações. Temos aqui uma relação de poder, que para Fleury (1992) funda-se nas relações de produção, mas sustentam-se de inúmeras e variadas maneiras, não estando nem personificado em poucos

indivíduos nem materializados apenas nos aparelhos de Estado. É relação desigual que se sustenta pela repressão, pelo consentimento, pela persuasão, por valores morais e raízes culturais, normas de conduta, pela organização material da cultura, pelos meios de comunicação de massa, pelo carisma, através da crença, do afeto, pela lei, saber, conhecimento científico, pela competência funcional da autoridade, pelas disciplinas (o adestramento e controle do corpo), por medidas materiais positivas para as classes trabalhadoras, pela ampliação de direitos sociais.

Nos serviços de saúde, as ações dirigidas à dimensão reprodutiva, reduzidas ao aspecto biológico do corpo feminino, são preponderantes. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo – do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente.

Nos discursos, as mulheres demonstraram a existência da violência física e psicológica, revelando comportamentos subservientes e alienados. Esses tipos de comportamento integram seu dia-a-dia e delineiam sua relação conjugal. Mulheres que são expostas a essas relações convivem com a possibilidade de adoecerem mentalmente, já que estas não se configuram como saudáveis.

Toda nossa discussão foi motivada pelo interesse de entender como se consolida a prática do consumo de Diazepam por mulheres atendidas pelo sistema público de saúde. Nos tópicos 6.1 e 6.2, descrevemos de que modo as mulheres utilizam o Diazepam e alguns componentes do contexto familiar que poderiam estar envolvidos com o consumo do medicamento. Todos os fatores discutidos nos dois tópicos referidos compreendem a dimensão singular.

Para a aproximação com a totalidade dos fatores relacionados ao consumo de Diazepam pelas mulheres, é necessário fazer a articulação entre as dimensões estrutural, particular e singular. O capítulo a seguir resgata e relaciona os fatores mais importantes discutidos nas dimensões.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda dos referenciais simbólicos tradicionais e o desenraizamento social e pessoal, a inexistência de oportunidades para a elevação do padrão de vida dentro das normas e instituições destas sociedades rigidamente hierarquizadas no plano social e igualitário no plano da ideologia e da formalidade da lei estão ligadas ao surgimento de uma cultura da sobrevivência onde são traços marcantes a violência, a desvalorização da vida, o não reconhecimento do outro, principalmente quando pobre e minoria. Estas questões estão todas relacionadas à produção dos fenômenos saúde-doença, seja através da existência de mal-estar e enfermidade, seja no modo como o indivíduo doente é tratado, física, psíquica e moralmente, nas instituições que prestam serviço de saúde.

O consumo de Diazepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde foi nosso objeto de estudo. A pesquisa foi dirigida pelas duas primeiras etapas da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. A captação e interpretação da realidade fizeram parte das metas deste estudo e as articulações entre as dimensões estrutural, particular e singular possibilitaram a observação do fenômeno de uma maneira totalizante.

Para melhor compreensão dos parágrafos a seguir, devemos notar, eles interligados de uma mesma cadeia-espiral onde, geralmente, o início da espiral impulsiona todas as partes, sendo que essas partes são as dimensões estrutural, particular e singular.

Durante a captação da realidade, encontramos fatores que são contribuem para a prática do consumo de Diazepam entre mulheres do sistema público de saúde que integram a dimensão estrutural e serão descritos a seguir.

Em nossa sociedade, onde as mulheres assumem papéis que irão influenciar na determinação do seu processo saúde-doença, entre esses papéis: esposa confinada ao espaço doméstico, mãe responsável pela saúde dos filhos e de toda família. Mas, em um determinado momento da história, esta mulher é obrigada a lançar-se também no mercado de trabalho, ocupando-o e competindo com os homens no espaço público. Desigualdades instalam-se e as injustiças são trazidas à tona. Os papéis assumidos por elas, juntamente com as relações sociais existentes, determinaram o tipo de assistência à saúde que é oferecido, limitando-se sua atenção ao período do ciclo gravídico-*puerperal*.

A mulher tornou-se o alvo mais fácil do poderoso complexo médico-hospitalar. É ela quem utiliza com maior frequência o arsenal tecnológico disponível no sistema de saúde, em que se destacam os medicamentos. Com isso, evidenciamos o domínio do complexo médico-industrial sobre o corpo da mulher que resulta em uma assistência pautada, principalmente na área curativa, fragmentada e restrita. A assistência que privilegia o físico, o corpo, portanto, biológica, deixa grandes lacunas no processo de atenção à saúde, principalmente à saúde mental, que se ocupa da subjetividade, da individualidade, do sofrimento e de angústias.

Esses fatores integrantes da dimensão estrutural influenciam uma instância mais abaixo, a dimensão particular, que, por sua vez, é constituída pela microestrutura, ou seja, pelos sistemas e instituições de saúde componentes da rede local de serviços. O Município de Sobral foi o *locus* de nossa investigação e nosso foco esteve dirigido a um serviço público de saúde.

Percebemos que a assistência à saúde no Município esteve fortemente pautada na área curativa, sugerindo que a população foi impregnada de uma cultura que valoriza a área curativa, dificultando a construção de um outro modelo de atenção à saúde.

Em Sobral está havendo mudança dos perfis produtivos, demográficos, sócio - sanitários que, inevitavelmente, resultarão em modificação do perfil epidemiológico.

As mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde são de classe social baixa e convivem com a fome, desemprego, baixos salários e com baixa escolaridade. Portanto, as necessidades de atenção à saúde são aumentadas em razão das péssimas condições em que vivem.

Podemos afirmar que a assistência à saúde da mulher em Sobral vem sendo desenvolvida com base no Programa Materno-Infantil, onde as ações e estratégias estão interligadas com a saúde da criança, portanto, não atendendo as especificidades da saúde da mulher.

No Município, mulheres estão liderando o consumo de Diazepam. Na rede pública de saúde, 75% das prescrições deste medicamento são para mulheres. Mas o serviço de saúde não está preparado para atender esta demanda. Isso ficou evidente após a verificação de que havia indicação de uso da medicação, principalmente para situações de ordem econômica e social que não justificam a indicação; pela falta de registro e de sistematização do acompanhamento médico às mulheres; por que o acompanhamento de saúde se restringe à prescrição da medicação; por que há não disponibilidade de outros medicamentos para administração e há escassez de especialistas em saúde mental, o que determina a adoção de critérios de prescrição restritos e pouco técnicos.

A rede de assistência à saúde necessita ser acrescida de serviços e programas de atenção à saúde mental, pois ali ficou evidente a presença de agravos e riscos que a população corre de adoecer e morrer, principalmente programas direcionados à saúde da mulher sobralense, de classe social baixa que é a principal usuária dos serviços públicos de saúde.

Em outra instância mais abaixo, encontra-se a dimensão singular, que por sua vez, também é articulada às demais. Refere-se aos microgrupos e aos indivíduos e no caso desta pesquisa refere-se às mulheres que consomem Diazepam.

As mulheres do estudo estão na faixa etária entre 45 e 60 anos, são donas de casa ou trabalham fora do lar em atividades da economia informal. A maioria delas tem uma prole grande, renda individual e familiar muito baixa, além de baixa escolaridade.

Em seus relacionamentos conjugais, as mulheres demonstraram a existência da violência física e psicológica, revelando comportamentos subservientes e alienados. A saúde é percebida como a ausência de doenças.

Essas mulheres não têm dimensão da prática que vêm desenvolvendo o consumo de Diazepam. Um bem-estar momentâneo é o que tem buscado essas mulheres. A dor da fome, o desemprego do marido, a falta de perspectivas misturam-se com a ansiedade, com a preocupação e insegurança. Essas mulheres estão consumindo o Diazepam para suportar essas preocupações do dia-a-dia. Vale lembrar o depoimento do médico prescritor MI, quando ele diz que o Diazepam é um amortecedor social, indicado para pessoas com problemas sociais e econômicos. O processo saúde-doença mental em que estão envolvidas essas mulheres, demonstra o modo de reapropriação, que expressa as tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis sofrimentos psíquicos oriundos do antagonismo subjetividade/objetividade, são evidenciados pelo consumo do Diazepam em seu dia-a-dia, essa estratégia utilizada aproxima os sujeitos para o polo doença mental.

Portanto, o consumo de Diazepam por mulheres assistidas pela rede pública de saúde de Sobral é uma prática que pode gerar agravos para a saúde dessas mulheres, afetando principalmente sua saúde mental. Fleury (1992) na perspectiva da saúde coletiva nos lembra que a existência da saúde, que é física e

mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo.

Para amenizar esta situação, o Município, através de seus gestores e com a parceria de segmentos da comunidade, devem planejar e implantar uma política pública que contribua para diminuição da pobreza, pois os problemas evidenciados tem sua base no setor social.

Quanto à área da saúde, um dos caminhos que irá contribuir para solução dos problemas apontados é a implantação de uma política de saúde mental que tenha como metas a implantação de serviços e programas nesta área, que atinja não apenas às mulheres mais toda população sobralense.

Após termos conhecido a realidade através da visão totalizada do fenômeno, nossa responsabilidade como enfermeira, docente e especialista na área de saúde mental é, em primeiro lugar, de divulgação dos resultados encontrados. Em seguida, iremos trabalhar com o intuito de fomentar o trabalho da Comissão de Implantação de uma Política de Saúde Mental para Cidade de Sobral, grupo do qual sou componente.

Iremos intensificar a parceria serviço-universidade, ingressando como colaboradora no Programa de Saúde Mental do Município, para este levar como proposta a implantação de um serviço que atenda mulheres consumidoras de Diazepam (benzodiazepínicos).

A enfermagem, através de seus profissionais, os enfermeiros, deve enxergar as possibilidades e necessidades de mudanças efetivas no seu processo de trabalho, o que possibilitará sua intervenção no processo saúde-doença da população. Agindo desta maneira, o enfermeiro inicia a quebra das amarras mecanicistas que limitam sua prática. É esta nossa intenção, desde o começo deste estudo.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L. M. et al. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.5-16, jan./mar. 1995.
- ALVAREZ, C.A. Uso y abuso de farmacos y outras sustancias en la mujer. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, Santiago, v.30, p.11-19, 1993.
- BAHIA, H., KANTORSKI, L., LUZ, L., **Violência contra mulher- uma visão qualitativa**. Florianópolis, 1994. Mimeografado.
- BARROS, J.A.C. A medicalização da mulher no Brasil. In: WOLFFERS, I. et al . **O marketing da fertilidade**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. 207p.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: AMARANTE, P., BEZERRA, Jr.(Orgs.) **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro : Relume/Dumará, 1992
- BONFIM, J.R.A., MERCUCCI, V.L.(Orgs.) **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Justiça. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Brasília, 1989.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- CHAUÍ, M. De alianças, atrasos e intelectuais. **Folha de São Paulo**, 24 abr. 1994. Cadernos Mais p.6-8.
- CIMINI, V. T., LIMA D. R. Ansiolíticos. **Jovem Méd.**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.24-28, fev. 1997.
- CÔRTEZ, C., TRINDADE, E. Vícios da mulher. **Isto É**, São Paulo, n.1441, p.82-88, maio 1997.

- COSTA, A. M. **PAISM**: uma política de Assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L., SENNA, D. M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.) **Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 4, p.86-108. (Saúde em Debate. Série Didática)
- EGRY, E.Y. **Saúde coletiva** : construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- FLEURY, S.(Org.) **Saúde Coletiva: Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1992.
- FONSECA, R.M.G.S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde – doença da mulher brasileira. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.5-13, jan. 1997.
- _____. **Mulheres, reprodução biológica e classe social: a compreensão do sexo coercivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde**. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 318p.
- FONSECA, R.M.G.S.(Org.) **Mulher e cidadania na nova ordem social**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero, 1996.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FREIRE, P. **A mensagem de Paulo Freire: teoria e prática da libertação**. Tradução José Viale Moutinho. São Paulo: Nova Critica, 1971.
- FROTA, J.T. **História de Sobral**. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1995.
- GIRÃO, G.G.S.M., SOARES, M.N.M. **Sobral : história e vida**. Sobral: Edições UVA, 1997.
- GROSSI, M. P. **Sexualidade, gênero e violência**. Campinas, 1996. Mimeografado.
- GUZ, I. Benzodiazepínicos de curta e de longa duração. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.35, n.1, p.29-32, jan./fev. 1986.

- LANDMANN, J. **Evitando a saúde & promovendo a doença**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.
- MADUREIRA, P.R., CAPITANI, E. M., CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad. Saúde Pública**, v.5, p.45-49, 1989.
- MANDÚ, E.N.T., SILVA, G.B. A saúde-doença no olhar de mulheres. In: **Mulher ...Mulheres! Texto & Contexto Enfermagem**, v.6, n.1, p. 1997.
- MELO, J. E. B. A indústria farmacêutica e a propaganda de medicamentos. In: BONFIM, J.R.A., MERCUCI, V.L. (Orgs.) **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.
- MIRANDA, A.S. **Programa saúde da família : entre a panacéia e o preconceito**. Fortaleza, 1998. Mimeografado.
- NADER, M. B. **Mulher: destino biológico ao destino social**. Vitória: Edufes, 1997.
- OGGERO, U.L. Indicações de benzodiazepínicos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.35. n.1, p.25-29, jan./fev. 1986.
- OLIVEIRA, E.N. **Avaliação da qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica no município de Sobral**. Fortaleza, 1996. Monografia (Especialização em Saúde Mental Coletiva)- Escola de Saúde Pública.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La situation pharmaceutique dans le monde**. Genebra, 1990.
- POULANTZAS, N. **As classes sociais do capitalismo de hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

- SAFFIOTI, H.I.B., VARGAS, M. M. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia à geografia crítica**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SAMPAIO, J. J. C. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) **Epidemiologia & Saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.
- _____. **Epidemiologia da imprecisão: Processo saúde / doença mental como objeto da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SAMPAIO, J. J.C. et al . **Saúde Mental e Trabalho em Petroleiros de Plataforma: Penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shere / off shore) no Ceará**. Fortaleza : FLACSO/ EDUECE, 1998.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Real.**, Porto Alegre., v.16, n.2, p.5-22, jun./dez. 1993.
- SILVA, M.E.K., GONZAGA, F.R.S.R., VERDI, M.M. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.45, n.1, p.54-59, jan./mar.1992 .
- SOARES, J.T . **Realização e compromisso : desempenho de uma academia fértil**. Sobral: Edições UVA, 1997.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal . **Plano Municipal de Saúde**. Sobral , 1997.
- TANCREDI, F.B. **Aspectos epidemiológicos do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população de adultos dos distritos de São Paulo**. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: aspectos qualitativos em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.
- VALÉRY, F. D. **À la croisée des chemins: mulher e cidadania na nova ordem social** . In: FONSECA, R.M.G.S.(Org.) **Mulher e cidadania na nova ordem social**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero, 1996.

VIDAL, C. E. L. et al . Uso de benzodiazepínicos em ambulatório de psiquiatria.
ECN. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.42, n.8, p. 425-429, 1993 .

9 ANEXOS

ANEXO I

Entrevista Para os Médicos Prescritores

Dados de identificação:

Ano de formatura :.....

Especialização ou Residência:.....

Locais de trabalho:.....

Atualização nos dois últimos anos:.....

-
- 1- Quais as situações mais usuais que determinam a prescrição de Diazepam na sua prática?
 - 2- Onde e como são feitos os registros das prescrições de Diazepam ?
 - 3- Além da prescrição, o que mais compõe o seu acompanhamento as mulheres que consomem Diazepam?
 - 4- Sabendo da dependência que traz o medicamento, que critérios você utiliza para prescrever ou não o Diazepam?
 - 5- Na sua experiência você tem clareza se tem prescrito mais para mulheres do que para os homens.

ANEXO II

Entrevista das Mulheres Consumidoras de Diazepam

Dados de identificação :

Data do nascimento :

Estado civil:

Grau de instrução:

Número de filhos:

Ocupação:

Renda individual :

Renda familiar:

1- O que motivou o início do consumo do Diazepam ?

2- Quanto tempo consome o Diazepam ?

3- Quando falta o Diazepam, o que acontece ?

4- Durante esse tempo de consumo de Diazepam, houve melhoras ?

5- O que você precisaria ter para deixar de tomar o Diazepam ?

6- O que significa para você tomar o Diazepam ?

7- Como você percebe a sua saúde?

8- No seu dia – a –dia o que lhe traz satisfações e preocupações?

9- Me fale do seu relacionamento na família.