

“Eu me sentia um nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares

I¹ Esliá Maria Nunes Pinheiro, ² Ana Kalliny de Sousa Severo, ³ Dayse Catão Ramalho, ⁴ Aralinda Nogueira Pinto Sá I

Resumo: Articular gênero e saúde mental é um desafio urgente. Este artigo analisa relatos de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e as repercussões de práticas integrativas e complementares na percepção dessas mulheres. Para tanto, foram realizadas entrevistas com cinco usuárias de uma Unidade Básica de Saúde acompanhadas nas atividades de terapia de florais e grupo de mulheres. Para as entrevistas, utilizou-se a técnica da História Oral Temática entre novembro e dezembro de 2018. A análise dos dados foi feita nos termos da Análise de Conteúdo, resultando na síntese das seguintes categorias: 1) histórias de sofrimento das mulheres acolhidas na Atenção Básica, e 2) a produção de saúde mental a partir da terapia de florais e do grupo de mulheres. Ao lançar luz sobre as histórias por trás dos diagnósticos de transtornos mentais comuns, a compreensão de sofrimento psíquico das mulheres foi ressignificada, revelando sua dimensão ético-política. A terapia de florais e o grupo de mulheres apresentaram um potencial de produção de saúde mental e empoderamento, apontando um caminho para a desconstrução do caráter a-histórico do sofrimento psíquico e da medicalização de fenômenos sociais no âmbito da Atenção Básica.

► **Palavras-chave:** Saúde. Gênero. Atenção Básica. Terapias complementares. História oral.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil (eslianunes@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-1782-4933

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil (kallinysevero@yahoo.com.br).
ORCID: 0000-0002-9548-6394

³ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil (daysecatao@hotmail.com).
ORCID: 0000-0003-2212-0815

⁴ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil (aralinda_nps@hotmail.com).
ORCID: 0000-0002-1388-1391

Recebido em: 08/09/2020
Revisado em: 11/03/2021
Aprovado em: 19/04/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320108>

Introdução

O sofrimento psíquico é comumente relacionado ao conjunto de mal-estares emocionais, sendo nomeado de diferentes maneiras ao longo da história: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento mental (DEL'OLMO; CERVI, 2017). A partir do século XIX, com o surgimento da psiquiatria, torna-se objeto da observação médica e passa a ser submetido aos seus métodos (AMARANTE, 1996).

As críticas à violência institucional da psiquiatria e a exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico levaram ao surgimento de projetos de reforma psiquiátrica em diferentes países. No Brasil, no final da década de 1980, o movimento de reforma em andamento inspirou-se nas experiências italianas de luta pela transformação radical do modelo manicomial/hospitalocêntrico, desde a reformulação dos serviços de assistência em saúde mental até a revisão dos valores e ideologias sociais que os embasavam (AMARANTE, 1996).

Depois de algumas experiências exitosas de serviços estruturados por um modelo psicossocial de cuidado e após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada em 2001 a Lei nº 10.216, que oficialmente reorientou a assistência em saúde mental no Brasil. Na prática, a despeito dos desafios que ainda seriam enfrentados, os serviços de base comunitária seriam priorizados (AMARANTE; NUNES, 2018).

O estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088 do ano de 2011, objetivou a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade e a articulação dos pontos de atenção das redes de saúde no território, incluindo a Atenção Básica (AB) – não sem contradições, uma vez que, apesar do avanço com a publicação dessa portaria, a inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS expressa a manutenção do modelo asilar de tratamento pelas características manicomialistas que embasam as práticas de sequestro e encarceramento das pessoas com dependência química (AMARANTE; NUNES, 2018; FERRAZA *et al.*, 2016).

Atualmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os principais locais de acolhimento e acompanhamento de usuários e usuárias que apresentam transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade e depressão. Estudos têm sido desenvolvidos no sentido de apontar a necessidade de fortalecer as ações em saúde mental na Atenção Básica, considerando suas potencialidades: acesso facilitado da população a este nível

de atenção (porta de entrada da rede de atenção à saúde), acompanhamento contínuo dos usuários, formação de vínculos e suporte social, entre outras (WENCESLAU; ORTEGA, 2015; SOUZA; AMARANTE; ABRAHAO, 2019).

É importante ressaltar que, apesar do histórico de avanços da política de saúde mental brasileira, o momento atual se caracteriza pela extrema precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de diversas políticas sociais, o que se intensificou desde o governo Temer até o presente (CEBES, 2019), com redução significativa de investimentos orçamentários em função das políticas neoliberais. Isso se reflete no desmonte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ataque aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e aos agentes comunitários de saúde (ACS); no desinvestimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em detrimento do investimento em dispositivos manicomiais e a crescente precarização do trabalho em saúde (DELGADO, 2019).

Observa-se que persiste uma abordagem limitada e patologizante do sofrimento psíquico, que leva à classificação dos sujeitos em categorias diagnósticas objetivas e parciais, fundamentadas em um reducionismo biológico (ALVARÉZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Estamos atualmente, então, convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos. Diante disso, as dimensões conflitiva, imprevisível, irredutível e inapreensível da subjetividade vêm sendo negadas e tratadas como meras abstrações psicanalítico-filosóficas (GUARIDO, 2007, p. 159).

Nas UBS, não é incomum a rotina de prescrição e uso abusivos de psicotrópicos – principalmente antidepressivos e ansiolíticos e endereçados majoritariamente a mulheres (MOURA *et al.*, 2016). Além disso, chama atenção o fato de ser também o público feminino associado à maior prevalência de TMC (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Esse panorama sinaliza para a problemática da “dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres, a partir da medicalização e institucionalização, o que encontra na lógica manicomial saberes e espaços privilegiados” (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 27).

Pereira e Passos (2017) têm ressaltado a invisibilidade e a subalternização do lugar das mulheres na luta antimanicomial. Elas analisam as relações entre interseccionalidades e a instituição psiquiátrica, mostrando como as mulheres negras e pobres foram e são alvo de práticas eugênicas e racistas, por um lado,

enquanto trabalhadoras negras da saúde mental têm ocupado, historicamente, trabalhos precarizados, sem formação. Questões como essas nos levam a repensar as abordagens em saúde mental que têm sido ofertadas às mulheres de maneira geral, e especificamente neste trabalho, na Atenção Básica. Nesse sentido, alguns trabalhos têm alertado para a necessidade de incluir o viés das relações de gênero nos debates do campo da saúde mental e apontam a ausência de trabalhos acadêmicos que articulem os feminismos e a luta antimanicomial (ZANELLO, 2017; PEREIRA; PASSOS, 2017), o que justifica ainda a importância deste trabalho.

Neste estudo, retomamos o que Freitas (2018) discute sobre as noções gênero, sexualidade e identidade a partir de Butler, como sendo construídos a partir das práticas performativas e culturais. Implica dizer que utilizamos a categoria “mulher” como uma escolha política e epistemológica para que seja possível aproximar certos aspectos das vivências individuais à experiência de um grupo social, buscando, no entanto, desestabilizar o próprio conceito de mulher.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006, reconhece e estimula a utilização de recursos terapêuticos para ir além dos limites da racionalidade médica hegemônica e alcançar outras dimensões do processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2006). Estudos demonstram que as PIC têm sido adotadas como estratégia de cuidado para mulheres em diferentes ciclos da vida, principalmente nas fases correspondentes aos ciclos reprodutivos (SOUZA *et al.*, 2020). Apesar dos resultados positivos associados à utilização das PIC na literatura, a institucionalização da PNPIC é marcada por uma série de fragilidades em decorrência da disputa de interesses e resistências oriundas da racionalidade biomédica, a oferta das práticas é considerada incipiente e dados acerca dos impactos, escassos (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; RUELA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

Em 2018, a Política passou a incluir, dentre outras, a terapia de florais – sistema terapêutico holístico que utiliza preparações a base de flores para equilibrar as emoções dos indivíduos. Observa-se que muitas investigações científicas relacionadas aos florais encontram resultados satisfatórios. No entanto, voltam-se com frequência para o tratamento de doenças específicas, novamente com destaque para sinais e sintomas ocorridos ao longo do ciclo reprodutivo feminino, como dismenorrea, trabalho de parto e climatério. A abordagem com foco na doença, além de não condizer com os fundamentos teóricos e práticos desse tipo de prática terapêutica,

indica uma redução da mulher ao ciclo reprodutivo e suas nuances fisiológicas (MARTINS, 2018; ARAÚJO; SILVA; BASTOS, 2020). Destacamos ainda as PIC de natureza coletiva, como os grupos de suporte mútuo, relaxamento, yoga, entre muitos outros, que valorizam a escuta acolhedora e o desenvolvimento das relações interpessoais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

A partir disso, o presente estudo buscou analisar os relatos de mulheres em sofrimento psíquico no âmbito da Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e as repercussões de práticas integrativas e complementares na percepção dessas mulheres.

Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, transversal, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa, nas palavras de Minayo (2002, p. 22-22): “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de João Pessoa-PB. A unidade possui quatro Equipes de Saúde da Família e oferta algumas práticas integrativas e complementares. Entre 2017 e 2018, duas autoras deste trabalho acompanharam mulheres através de atendimentos da terapia de florais e dos encontros de um grupo de mulheres.

Os atendimentos da terapia de florais foram realizados individualmente, na própria UBS ou por meio de visitas domiciliares, através de demanda espontânea e com a frequência das consultas e duração do acompanhamento variando de acordo com cada usuária. O sistema utilizado foi o dos Florais de Bach e o objetivo de cada encontro foi compreender a história e a situação emocional de cada pessoa para chegar à formulação adequada das essências florais a serem indicadas.

Já os encontros do grupo de mulheres ocorreram semanalmente na UBS e contaram com a presença de 10 mulheres, em média. Considerando as demandas das participantes, muitos encontros foram construídos com a finalidade de provocar a reflexão sobre o(s) lugar(es) das mulheres na sociedade. Textos acadêmicos, literários, filmes e documentários foram levados e debatidos coletivamente, prezando por uma linguagem acessível a todas. Também foram utilizadas técnicas de relaxamento/meditação e atividades artísticas foram propostas, com o intuito de estimular o autoconhecimento e a expressão das emoções.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB), sob número de parecer 3.028.165. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes, teve início a primeira etapa do estudo, que consistiu na análise das fichas dos atendimentos individuais da terapia de florais e dos registros dos encontros grupais nos prontuários. A partir disso, identificamos uma grande parcela de mulheres cujas histórias de vida haviam sido atravessadas por opressões decorrentes do sistema cis-heteropatriarcal. Entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2018, essas mulheres foram convidadas para participar de entrevistas individuais.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de algum transtorno mental comum; uso de psicotrópicos (no momento ou no passado); assiduidade nas atividades e a conveniência de acordo com a disponibilidade para a entrevista. Foram excluídas aquelas com menos de 18 anos, que não concluíram o acompanhamento com a terapia de florais, não estavam frequentando o grupo de mulheres assiduamente ou não tinham disponibilidade para a entrevista. As que aceitaram foram informadas sobre o contexto e os procedimentos da investigação.

A amostra da pesquisa findou composta por cinco usuárias (três da terapia de florais, uma do grupo de mulheres e uma que participava de ambos). O limite amostral foi baseado na ferramenta conceitual de amostragem por saturação. Em concordância com Fontanella, Ricas e Turato (2008), consideramos importante a menção dos fatores que contribuíram para a definição do referido ponto de saturação:

[...] o ponto de saturação da amostra depende indiretamente do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto e diretamente dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado (dependente do referencial teórico) e da homogeneidade da população estudada (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Entendemos que o recorte do objeto e o objetivo da pesquisa requeriam aprofundamento nas histórias das mulheres e certa homogeneidade da população estudada, o que contribuiu para determinar a saturação teórica. Com o intuito de reduzir a imprecisão à qual está sujeita essa etapa do processo de pesquisa qualitativa, os dados obtidos foram analisados também por uma das autoras deste trabalho que não participou da condução das entrevistas, e só assim foi determinado o ponto de saturação da amostra.

Para assegurar o anonimato, foram utilizados codinomes representados por essências florais do sistema de Bach, livremente escolhidos pelas pesquisadoras: *Pine*

(terapia de florais e grupo de mulheres), *Star of Bethlehem* (terapia de florais), *Red Chestnut* (terapia de florais), *Mimulus* (grupo de mulheres) e *Larch* (terapia de florais).

Nas entrevistas foi empregada a técnica de História Oral Temática, conforme Meihy (2005). Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo seis questões norteadoras abertas, pertinentes aos objetivos propostos para a pesquisa. De maneira geral, as perguntas abordaram o histórico de adoecimento das mulheres e a percepção das mesmas sobre os dispositivos de cuidado aos quais tiveram acesso. As entrevistas duraram em média 19 minutos e foram realizadas por uma das autoras em ambiente adequado – sala da UBS reservada para este fim, sem a interferência de terceiros. A utilização desse método possibilitou a imersão em um campo íntimo e subjetivo da memória de cada entrevistada e a construção de um panorama mais amplo da dinâmica de funcionamento da trajetória do grupo social ao qual pertencem (MEIHY, 2005; SELAU, 2004).

Todas as entrevistas foram gravadas. Os áudios das gravações foram transcritos na íntegra, armazenados digitalmente e analisados de acordo os procedimentos da Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin (1977), é um conjunto de técnicas que visam descrever e analisar sistematicamente o conteúdo oriundo das comunicações, permitindo a inferência de conhecimentos.

Para tal, seguimos os passos propostos por Minayo (2007) para a análise de conteúdo temática ou categorial: leitura flutuante das entrevistas (pré-análise), codificação (transformação dos dados em sua forma bruta em texto), categorização (classificação de elementos e agrupamento de acordo com características comuns) e inferência (comparação entre o que emergiu da população pesquisada e o que se encontra presente na literatura). Houve conferência dos dados transcritos com os coletados, de forma a garantir a integridade dos dados. Esse processo deu origem a duas categorias, que serão apresentadas no item subsequente.

Resultados e Discussão

Quanto ao perfil das entrevistadas: cinco são mulheres *cis* e heterossexuais; a média de idade é de 43 anos; quatro são casadas e uma é solteira, no entanto, vive com companheiro; três possuem filhos, duas concluíram o ensino superior e três cursaram até o ensino médio; três declararam-se autônomas, uma dona de casa e uma contadora.

Foram identificadas duas categorias que permitiram o agrupamento de significados semelhantes e facilitaram a compreensão dos dados obtidos por meio das entrevistas: 1) Dores invisíveis: histórias de sofrimento das mulheres acolhidas na AB e 2) “Eu vou levar muita coisa, a bagagem vai grande”: a produção de saúde mental a partir da terapia de florais e do grupo de mulheres.

Dores invisíveis: histórias de sofrimento das mulheres acolhidas na AB

Buscamos analisar as histórias de sofrimento e adoecimento psíquico das mulheres sob uma perspectiva de gênero. Por isso, destacamos trechos de falas que dizem das queixas ao procurar a UBS e de aspectos da vida dessas mulheres que se relacionam com tais queixas.

Os relatos fazem refletir sobre a relação entre a produção social das subjetividades femininas e os sofrimentos psíquicos. Red Chestnut, por exemplo, afirma que a renúncia ao trabalho acarretou sensações e pensamentos negativos em seu dia a dia. No entanto, ela acredita com isso estar cumprindo com êxito a função que cabe a si em prol do filho.

Quando você trabalha, você ocupa mais sua mente, você não tem tempo pra pensar, como o povo fala no popular, besteiras, né? (Risos). Não fica ocupando sua mente com coisas negativas [...] E assim, eu optei a não trabalhar devido a meu filho, que eu sou muito máezona, gosto muito de tá com meu filho [...]. Aí não me vejo assim, eu indo trabalhar e deixar ele em casa ou numa creche o dia todo não (Red Chestnut).

Ela se referia a sentimentos de ansiedade e tristeza, que se relacionam à projeção de sua trajetória na do outro – nesse caso, a sua prole – e da supressão dos seus próprios desejos e projetos de vida. No entanto, esse papel também pode ultrapassar os limites do lar. Quase sempre responsáveis pelo cuidado de crianças, idosos e doentes em geral, algumas mulheres costumam ainda receber atribuições para solucionar problemas de outras naturezas.

Eu era muito cobrada pra ajudar as pessoas... “tá faltando ali na casa tal... um problema na casa da minha mãe”, aí ligavam porque achavam que eu era mais calma, que eu podia ajudar (Pine).

Essas falas corroboram Zanello (2018), ao demonstrar a relação entre o sofrimento apresentado pelas mulheres e o que a autora chama de dispositivo materno. A discussão que ela propõe trata do lugar de cuidadora que toda mulher assume ou é convocada a assumir em algum momento da vida, sendo mãe ou não. No núcleo familiar, muitas

vezes esse papel de cuidado é realizado exclusivamente pela mulher. O resultado geralmente é o cansaço físico e mental, a sobrecarga e muitas renúncias pessoais.

Na divisão social e sexual do trabalho, no modo de produção capitalista, ficou a cargo das mulheres a atribuição e a responsabilidade de realizar e executar o trabalho do cuidado [...] no caso das mulheres negras, a intersecção entre gênero, raça e classe vai levá-las a permanecer na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade (PASSOS, 2020).

A rigidez dessa atribuição de gênero se relaciona diretamente com a identidade feminina, e a quebra desse ideal por transgressão – ou mesmo por exaustão física ou psicológica – tem consequências graves para a leitura social da mulher.

O sentimento de culpa apareceu nas falas das entrevistadas frente a uma possível ruptura com os papéis e modelos pré-estabelecidos. Pine, de origem familiar religiosa, traz para a entrevista relatos de sua infância que refletem essa questão:

‘Quer matar seu pai, é? Quer matar seu pai?’ [...] Principalmente eu parei muitas vezes de fazer coisas porque meu pai ficava com a pressão alta e eu achava que eu que ia matar meu pai. No primeiro dia que eu arrumei um namorado que levei ele lá em casa, passou a noite e a madrugada todinha meu pai culpando minha mãe. ‘Sabe o que é isso? Porque mulher que não sabe ficar dentro de casa, é mulher que quer...’ Ele dizia assim que... ‘formiga quando quer voar, cria asas’. Eu olhava o meu pai e dizia ‘eu não posso fazer isso porque senão meu pai vai passar mal, vai morrer e eu que sou a culpada’ (Pine).

[...] E ainda tinha a igreja que dizia não pode mentir pro pai nem pra mãe porque senão vai pro inferno [...] E eu dizia ‘mas meu Deus, eu vou ser sempre desobediente?’ (Pine).

Os outros da família que determinavam o que a gente deveria vestir, o que a gente deveria falar e inclusive assim, até os estudos [...] Desde a minha infância era aquela coisa: mulher é pra ser criada dentro de casa, pra cuidar do lar; se tiver filho, vai tomar conta dos filhos e não ir pra trabalho e não participar de certos assuntos, assuntos de política, assunto de trabalho lá fora... Porque mulher que trabalha lá fora, ela vai trair o marido, essas coisas aí (Pine).

Na experiência da usuária, percebemos um forte agenciamento da família nuclear e da reprodução de iniquidades de gênero, com o uso da tecnologia da culpa e do silenciamento, com a finalidade de controle sobre o exercício da sexualidade e o exercício de outras atividades, como as profissionais. Assim, a produção da culpa relacionada à “imoralidade” mantém sob controle o desejo da mulher em diversas canalizações.

Instituições como a Igreja desempenharam e ainda desempenham papel muito importante na manutenção dos valores patriarcais na sociedade ocidental. Mas

também a ciência e a medicina vieram subsidiar esse sistema, especialmente a partir do século XIX, favorecendo a ascensão da burguesia e do ideal doméstico feminino (SOUSA, 2015).

As relações amorosas também aparecem como mecanismos marcantes de produção de sofrimento para as mulheres. Desse modo, uma usuária expressa suas sensações e sofrimento da seguinte maneira:

Eu me sentia um nada, me sentia nada. Era como se eu tivesse dentro de casa só pra servir. Eu não era esposa, eu não era companheira, eu não era nada. Eu me olhava no espelho, eu cheguei a me olhar no espelho e dizer “meu deus, eu não sou nada... Nada”. Eu vou dizer a palavra correta: eu me sentia um balde de lixo que estava ali num canto e que um dia ia ser jogado fora (Larch).

Zanello (2018) aponta para um segundo dispositivo que media o processo de subjetivação feminina, o dispositivo amoroso. Ele é representado pela metáfora da “prateleira do amor”, na qual as mulheres aprendem a esperar pelo momento em que serão escolhidas por um parceiro, e que isso definirá seu valor. Essa forma de entender-se enquanto sujeito no mundo explicaria a dependência emocional de tantas mulheres para com os seus relacionamentos amorosos e o porquê de submeterem-se a relações potencialmente adoecedoras (AMARAL; TEODORO; CHICONE, 2006).

Uma das mulheres relatou ter sido abusada sexualmente durante a infância:

Eu sofri abuso sexual do irmão da minha mãe, sofri, eu tinha dez anos (Star of Bethlehem).

Segundo Minayo (2006), a violência é uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, chegando a ultrapassar doenças como o câncer. Ainda de acordo com a autora, a principal motivação para tais violências é o domínio que exercem os homens sobre os corpos femininos, respaldados pela sociedade patriarcal.

Um total de 27,4%, que corresponde a 16 milhões de brasileiras, sofreu algum tipo de violência ao longo do ano de 2017 –percentual que se manteve no ano de 2018 (BUENO *et al.*, 2019). No caso das agressões sexuais, a maioria dos casos é praticada por parceiros íntimos, cônjuges ou namorados, mas também ocorrem agressões por parte de desconhecidos e familiares – como foi o caso da usuária entrevistada. Segundo os dados do Atlas da Violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020), o cenário é ainda mais grave para as mulheres negras, que apresentaram em 2018 taxa de mortalidade por homicídio quase duas vezes superior às mulheres não negras.

Outra usuária, Mimulus, compartilhou sua experiência no trabalho, onde seus colegas costumavam “brincar” sobre o seu corpo e ironizar seu ganho de peso diariamente.

Eles fizeram até musiquinhas de ironias com isso, porque eu estava começando a ganhar peso devido ao tratamento de hormônio [...] eu não conseguia mais chegar na empresa (Mimulus).

Ela passou a sentir-se ansiosa, depressiva e desenvolveu fibromialgia, e acabou precisando deixar o trabalho. Esse tipo de situação explicita uma violência psicológica que deriva da existência de um padrão estético que valoriza o corpo magro. O sentimento de inadequação e a utilização desse padrão por parte dos homens para colocar a mulher em uma posição de inferioridade e vulnerabilidade gera sofrimento. Reflete ainda a afirmação ou não da autoestima feminina de forma condicionada ao olhar e à aprovação do outro; a necessidade de ser “desejável” para sentir-se realizada (ZANELLO, 2018).

Os desdobramentos da violência sabidamente apresentam grande impacto na saúde pública (MARQUES; NERY, 2018). No Brasil, vítimas de violência física e psicológica apresentam duas vezes mais chance de desenvolver TMC em comparação a mulheres que não sofreram violência (RIBEIRO *et al.*, 2009).

A despeito da conquista de direitos civis e políticos das mulheres, a norma binária de gênero permanece vigente e exerce influência sobre as subjetividades. Isso implica a contribuição da cultura sobre a formação de alguns sintomas e diagnósticos psiquiátricos e a suscetibilidade diferenciada de homens e mulheres a certos fatores potencialmente adoecedores. As intervenções clínicas (neste caso, no âmbito da Atenção Básica) que ignorem essa contribuição, além de não serem eficazes, reinauguram violências que podemos dizer institucionais (ZANELLO, 2017). É preciso que a prática clínica dê visibilidade a essas dores invisíveis que parecem não caber nos prontuários.

(Esposo) Chegava em casa, acostumado né, a nunca dialogar, nunca questionar, né? Foram 33 anos só de submissão, né? (Pine).

O diagnóstico clínico nem sempre traduz ou encerra a experiência do sofrimento, que tem origens e consequências diferentes nas vivências de mulheres em contextos distintos. Por isso, apesar dos recortes de raça e classe não terem sido privilegiados no momento da construção do campo de pesquisa, ressaltamos a importância de

sustentar uma perspectiva feminista interseccional no debate da saúde das mulheres e da saúde mental das mulheres (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Ao lançar luz sobre as histórias por trás dos diagnósticos de TMC, ressignificamos a compreensão de sofrimento psíquico das mulheres, passando a reconhecer sua dimensão ético-política (SAWAIA, 2001). Esse movimento produz um caminho para complexificar o cuidado, aproximando-o do objetivo da integralidade.

“Eu vou levar muita coisa, a bagagem vai grande”: a produção de saúde mental a partir da terapia de florais e do grupo de mulheres

Esta categoria visa analisar a percepção das usuárias entrevistadas acerca da terapia de florais e do grupo de mulheres.

Os florais são preparações individualizadas, compostas por um conjunto de essências de flores que varia de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa. A origem desse sistema terapêutico remonta à década de 1930 na Inglaterra, quando o médico Edward Bach descobriu as propriedades e sistematizou a utilização de 38 infusões naturais extraídas de flores silvestres da região. Cada uma delas tem indicação para determinado estado emocional (BACH, 2011).

Normalmente, utilizam-se até seis essências combinadas em cada frasco (RAMOS-VALVERDE, 2018). Uma das essências utilizadas por quatro mulheres acompanhadas pelo presente estudo¹ foi a chamada White Chestnut. Elas experienciavam momentos de agitação, angústia e pensamentos repetitivos e ressaltaram, na entrevista, a melhora que obtiveram na qualidade do sono e em outros sintomas da ansiedade, em consonância com a indicação dessa essência descrita por Bach (2011).

Outros exemplos de essências usadas foram as que nomearam ficticiamente as mulheres participantes do estudo:

- a) a essência voltada para o trabalho de traumas e perdas para a entrevistada que relatou ter sofrido violência sexual durante a infância (Star of Bethlehem);
- b) a essência indicada para o desenvolvimento da autoconfiança e trabalho do sentimento de inferioridade para a entrevistada cuja história correspondia à dependência afetiva em relação ao parceiro (Larch);
- c) a essência para elaborar o medo de que algo danoso ocorra ao outro e o excesso de cuidado/preocupação para a entrevistada que tinha dificuldades em desvincular-se do papel de cuidadora (Red Chestnut);

d) a essência que trabalha a questão da culpa para a entrevistada em cuja história estava presente uma série de restrições impostas e silenciamentos (Pine).

Aqui, percebemos como a abordagem holística desse sistema terapêutico permite a conexão com a história dos sujeitos – neste caso, as histórias das mulheres, marcadas por violências simbólicas e concretas. No entanto, concordamos com Ramos-Valverde (2018) que seus resultados têm um valor limitado como monoterapia, sendo a relação usuário-terapeuta e a escuta qualificada que se estabelece nos encontros a base deste processo. Também é importante mencionar que, para mulheres que vivenciaram por muito tempo ou ainda vivenciam impossibilidades de se expressar, o próprio ato de romper com o silenciamento pode ser também terapêutico. A fala de Larch exemplifica essa relação:

E além dos florais e da conversa que sempre tinha, que não era só a questão de passar os florais, tinha também a questão de eu ouvir e ver que eu não poderia absorver isso pra mim. E foi me ajudando (Larch).

É possível que seja questionada a influência da subjetividade do(a) terapeuta no processo de escuta e “leitura” do outro. É preciso lembrar, no entanto, que na perspectiva das tecnologias leves de cuidado, a dimensão intersubjetiva no encontro trabalhador-usuário é essencial na construção do cuidado. Nenhum olhar é neutro, nem mesmo os mais pretensamente objetivos, como aqueles mediados por categorias diagnósticas pré-definidas (PONDÉ, 2018).

O tratamento com os Florais de Bach é um processo dinâmico e a cada encontro/conversa, as essências receitadas variaram de acordo com os resultados obtidos e o estado emocional das usuárias. Não há um tempo predefinido para a duração desse tratamento: a percepção da pessoa sobre si mesma é muito relevante no processo, combinada à percepção do(a) terapeuta. Apesar disso, por tratar das questões mais profundas da história dos sujeitos e não apenas dos danos biológicos por essa história provocados (isto é, os sinais e sintomas), sabidamente não é um recurso terapêutico da modalidade “instantânea” (RAMOS-VALVERDE, 2018).

Todas as usuárias avaliaram de forma positiva a terapia de florais e suas condições de saúde e bem-estar pós-tratamento. Apesar de não terem tido acesso à descrição da indicação de cada essência floral utilizada, observou-se a convergência dos resultados esperados com os relatos espontâneos de suas experiências.

Olha, a terapia floral pra mim foi a melhor coisa, porque assim, quando me diagnosticaram a primeira vez com depressão e ansiedade me passaram um medicamento muito forte. Acho que eu tomei durante 1 ano... 1 ano e meio. E no momento eu nunca pensei de passar por uma depressão, você nunca se imagina você cair nisso. E quando eu passei, eu não sabia, e achei que quando eu tomasse, que ele me desse alta (o médico) eu ia ficar boa e nunca mais ia sentir nada. Quando ele me deu alta, realmente, eu passei um bom tempo sem sentir nada, mas qualquer coisinha que tem e que abala seu sistema nervoso, aí você tem uma nova recaída... Uma ansiedade (Red Chestnut).

Essa fala demonstra como a complexidade do sofrimento psíquico desafia a clínica tradicional centrada no paradigma biomédico, que ao se basear na lógica do problema-solução, trata o sofrimento como doença mental numa perspectiva de remissão de sintomas com uso de medicamentos. Não queremos, com isso, minimizar a importância dos tratamentos farmacológicos, mas ratificar a necessidade de dispor de outros modos de cuidado que se ocupem de “tudo aquilo que se construiu em torno da doença” (AMARANTE, 1996, p. 78).

A experiência do processo grupal também foi avaliada positivamente pelas entrevistadas que frequentaram o dispositivo: Mimulus e Pine. Elas mencionaram a importância de encontrar referências para o enfrentamento de situações difíceis na experiência alheia, de construir vínculos e da criação de um espaço seguro de expressão. A fala de Mimulus explicita essa percepção:

Eu acho que melhorou em tudo, me ajudou demais, inclusive a enxergar coisas que estavam na minha frente e eu não via, né? O depoimento de uma, eu já levava alguma coisa pra mim, o depoimento da outra... Então isso foi só somando, né, pra me ajudar. Acho que eu vou levar muita coisa, a bagagem vai grande (Mimulus).

O processo de produção de saúde mental foi reconhecido pelas usuárias também a partir de uma perspectiva de mudanças na relação consigo mesmas e com os outros, como podemos identificar na narrativa a seguir:

Eu fui voltando àquela vontade de fazer as coisas [...] melhorando a minha autoestima, fui já voltando a ficar mais, assim, mais criativa [...] eu fui passando o que eu aprendia no grupo de mulheres e ele (esposo) foi começando a ter aquela visão da mulher. Então ele já olhava pra mim de outra forma (Pine).

O grupo, enquanto PIC de natureza coletiva, foi pautado nos princípios da Educação Popular em Saúde, com foco na emancipação das mulheres através do estímulo à reflexão crítica da realidade, ao diálogo, à autonomia e à expressão da criatividade.

A percepção das mulheres entrevistadas corrobora estudos como o realizado por Nascimento e Oliveira (2016), indicando o potencial das PIC grupais como espaços

de cuidado que contribuem para a desmedicalização da vida e para a transversalidade de saberes no processo de cuidado. Aqui, chamamos atenção para a adequação desse dispositivo para o cuidado de mulheres em sofrimento psíquico no referido contexto, indo ao encontro de uma abordagem de saúde integral e comprometida com o enfrentamento das iniquidades de gênero.

Pine, participante tanto da terapia de florais quanto do grupo de mulheres, encerrou o tratamento farmacológico com psicotrópico durante a elaboração desta pesquisa – acontecimento significativo diante do cenário de alta prevalência de utilização de psicofármacos na Atenção Básica, especialmente entre as mulheres pretas e/ou pardas, com baixa renda e escolaridade, por longos períodos e sem o devido acompanhamento (MEDEIROS FILHO *et al.*, 2018).

Foi o pânico que ficou de sair na rua porque fiquei travada. Eu chorava muito, não tinha coragem de sair na rua, meu esposo tinha que me levar [...] na comunidade que eu morava todos me conheciam e de repente para e diz assim “é, mulher tem esses chilikues mesmo, tem medo de sair na rua” (Pine).

A partir do momento que eu comecei a ficar com esse grupo de mulheres e com os florais, que já estava, foi antes do grupo, só veio mais assim, a me dar aquela... Me energizou, a minha mente ficou mais ativa, a minha visão ampliou. Eu estou assim, dormindo bem e no outro dia já tô disposta pra fazer as coisas (Pine).

Os florais, além de possuírem a desvantagem de não serem distribuídos gratuitamente (e por isso não serem acessíveis a todos os usuários), também podem ser insuficientes diante de casos específicos que necessitem de intervenção farmacológica. A mesma dificuldade se aplica às PIC grupais, como o exemplo do grupo de mulheres.

No entanto, os relatos acima demonstram que a oferta dessas práticas pautadas na integralidade apresenta um potencial de produção de saúde mental e empoderamento de mulheres em sofrimento psíquico acolhidas na Atenção Básica. Dessa forma, é possível contrapor o que Guarido (2007) chama de lógica neoliberal de banalização da existência, naturalização dos sofrimentos e culpabilização dos indivíduos por seus problemas.

Considerações finais

O presente trabalho analisou os relatos de mulheres em sofrimento psíquico no âmbito da Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e as repercussões de práticas integrativas e complementares na percepção dessas mulheres.

Pormenorizando suas falas a partir do enfoque crítico de gênero, percebemos a imbricação dos processos de sofrimento psíquico e adoecimento das mulheres com as iniquidades de gênero – desde as violências no sentido jurídico do termo à construção sociocultural que envolve os estereótipos direcionados às mulheres e aos dispositivos de subjetivação. Diante da realidade patriarcal da sociedade e do modelo biomédico de cuidado, é possível que muitos desses processos sejam desconsiderados na prática clínica.

Os resultados demonstraram, ainda, que a terapia de florais e o grupo de mulheres (PIC de caráter individual e grupal, respectivamente) apresentaram um impacto positivo no enfrentamento dos sofrimentos e na promoção de bem-estar para as mulheres, indicando um caminho para a desconstrução da medicalização de fenômenos sociais e do caráter a-histórico e ideológico atribuído ao transtorno mental pelo discurso médico e científico.

Entre as limitações deste estudo, inclui-se a ausência de distribuição gratuita dos florais pelo SUS, que dificulta o acesso das pessoas a esse recurso terapêutico e, conseqüentemente, limitou o universo amostral nesse sentido. Também consideramos que a perspectiva teórica da interseccionalidade, apesar de se fazer presente em algumas análises, não foi devidamente privilegiada no momento de construção do campo, o que inviabilizou o aprofundamento desse debate. Destacamos a importância de fortalecer essa orientação em estudos futuros.

Em suma, os achados da presente pesquisa apontam para a necessidade de fomentar as discussões de saúde mental sob o enfoque de gênero, raça e classe na formação dos profissionais de saúde, além de fortalecer as políticas que reúnem práticas de cuidado pautadas na integralidade, que ampliem as possibilidades terapêuticas para as usuárias em sofrimento psíquico/ético-político e aumentem a resolutividade dos serviços. Coloca-se como desafio a conjuntura político-econômica de redução de investimentos no setor saúde e de retrocessos nas Políticas Nacionais de Saúde Mental e da Atenção Básica.²

Referências

- ALVARÉZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p 1-25, 2019.
- AMARAL, L.; TEODORO, G.; CHICONE, G. Auto-estima de mulheres que sofreram violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 5, p. 695-701, 2006.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 12 ago. 2019.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ARAÚJO, C. L. F.; SILVA, M. J. P; BASTOS, V. D. *Cuidado integral na Covid-19: terapia floral: equilíbrio para as emoções em tempos de pandemia*. Publicação do ObservaPICS, n. 1, 2020. Disponível em: < <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/PDF-Florais-v7.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

BACH, E. *Os doze curadores e outros remédios*. Reino Unido: Bach Centre, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, DF 2006a. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: 9 maio 2019.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 11 fev. 2019

BUENO, S. *et al.* Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*, 2 ed., 2019. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/> Acesso em: 06 mar. 2019.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). *O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro*. Dezembro de 2019. Disponível em <http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>. Acesso em: 09 mar. 2021.

DEL'OLMO, F. S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Sequência*. Florianópolis, n. 77, p. 197-220, 2017.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

FERRAZZA, D. A. *et al.* Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 7, n. 2, 2017.

- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FREITAS, M. A. F. Performances e problemas de gênero, Judith Butler. *GÊNERO*, Niterói, v. 18, n. 2, p. 228-234, 2018.
- GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Atlas da violência 2020*. Ministério da Economia. 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>>. Acesso em: 09 mar. 2021.
- MARQUES, V. T.; NERY, M. B. M.; FERRO, S. R. O. P. B. (Orgs.). *Expressões de Violência em Sergipe* [recurso eletrônico]. 1. ed. Rio de Janeiro: Boncker, 2018. Disponível em: <<http://bonecker.com.br/wp-content/uploads/2019/03/Livro-Expresso%CC%83es-da-Viole%CC%82ncia-em-Sergipe.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2019.
- MARTINS, A. C. Uso de terapia floral de Bach em seres humanos: uma revisão integrativa. *Cad. naturol. terap. complem.* v. 7, n. 13, 2018.
- MEDEIROS FILHO, J. S. A. *et al.* Uso de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2018.
- MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 2005.
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: *Violência e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-10.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2019.
- _____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MOURA, D. C. N. *et al.* Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *SANARE*, v. 15, n. 2, p. 136-144, 2016.
- NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a Educação Popular. *Psicologia em Pesquisa*, v. 11, n. 2, p. 89-97, 2017.
- PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *EM PAUTA*, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 116-129, 2020.
- PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

- PONDÉ, M. P. A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* São Paulo, v. 21, n. 1, p. 145-166, 2018.
- RAMOS-VALVERDE, R. A. La terapia floral de Bach desde un enfoque integrativo. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, v. 43, n. 6 (esp), 2018. Disponível em: <<http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1677>> Acesso em: 05 set. 2020.
- RIBEIRO, W. S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 31, n. 2, p. 49-57, 2009.
- RUELA, L. O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.
- SAWAIA, B (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- SELAU, M. S. História Oral: Uma metodologia para o trabalho com fontes orais. *Esboços: histórias em contextos globais*, v. 11, n. 11, p. 217-228, 2004.
- SILVA, G. K. F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis*, v. 30, n. 1, p. 1-25, 2020.
- SOUSA, M. G. F. Traços da culpa: uma leitura alegórica da repressão feminina em Lucíola. *Inventário*, n. 17, 2015.
- SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHAO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, 2019.
- SOUZA, V. A. *et al.* As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher. *Research, Society and Development*, v. 9, n.8, e81985379, 2020. Disponível em: <<https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/5379/5185>>. Acesso em: 09 mar. 2021.
- TESSER, C.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*, v. 42, n. 1 (esp), p. 174-188, 2018.
- WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* [online], v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>>. Acesso em: 09 mar. 2021.
- ZANELLO, V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris, 2018.
- _____. Saúde mental, gênero e interseccionalidades. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

Notas

¹ A quinta entrevistada foi nomeada ficticiamente de “Mimulus”, nome de uma essência floral, para seguir o padrão das demais. No entanto, ela não utilizou florais, participando apenas do grupo de mulheres.

² E. M. N. Pinheiro: concepção da pesquisa, delineamento metodológico, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. A. K. S. Severo: revisão crítica do conteúdo, análise dos dados e aprovação da versão do artigo a ser publicada. D. C. Ramalho: elaboração do projeto de pesquisa e revisão textual e de conteúdo do artigo. A. N. P. Sá: orientação da pesquisa, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Abstract

Oral History of women in psychological distress in Primary Care from a gender perspective and the repercussion of Integrative and Complementary Practices

Articulating gender and mental health is an urgent challenge. This article analyzes reports of women in psychic suffering in Primary Health Care from a gender perspective and the repercussions of Integrative and Complementary Practices in these women's perception. To this end, interviews were conducted with five users of a Basic Health Unit, accompanied by floral therapy activities and a group of women. For the interviews, the Thematic Oral History technique was used between November and December 2018. The data analysis was carried out in terms of Content Analysis, resulting in the synthesis of the following categories: 1) stories of suffering of the women welcomed in Primary Health Care, and 2) the production of mental health based on flower therapy and the women's group. By shedding light on the stories behind the diagnosis of Common Mental Disorders, women's understanding of psychic suffering has been reframed, revealing its ethical-political dimension. The flower therapy and the group of women present a potential for the production of mental health and empowerment, pointing a way to deconstruct the a-historical character of psychological suffering and the medicalization of social phenomena within the scope of Primary Care.

► **Keywords:** Mental Health. Gender. Primary Health Care. Complementary therapies. Oral History.

