

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DOR PÉLVICA CRÔNICA: **DESAFIO AO DUALISMO**

Por:

Luciana Pereira da Silva

ORIENTAÇÃO

KAREN MARY GIFFIN

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública -
Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre
em Saúde Pública.

Rio de Janeiro - Agosto, 2005.

Avalia o teu sucesso por tudo a que tiveste de renunciar para alcançar.

Dalai Lama

Filho, a mamãe acabou. Vem brincar?!

Em você

*Não desista,
do que está perto,
à sua frente,
ao alcance dos sentidos,
do olhar,
da intuição,
em você*

*Não se desespere,
acredite,
insista,
persista,
prossiga,
não pare,
caminhe,
o caminho,
A chave está **em você***

*Não se entregue,
confia,
medita,
ausculta,
perceba,
reveja,
sinta,
creia,
alguém te acompanha
e acredita
Em você*

*Não aguarde,
vá,
faça o movimento
crie o momento,
o tempo,
a rotina,
a disciplina,
sem temor,
torpor,
horror,
bolor,
odór,
e ainda com dor,
encontre a cor,
o frescor,
o amor,
pois tudo o que precisas,
já se encontra,
já estava
se faz presente,
em você!*

Cezar Braga Saíd

AGRADECIMENTOS

Àqueles que acreditaram junto comigo, e muitas vezes mais do que eu, na possibilidade da realização deste sonho, mesmo sem entender muito bem o seu significado. Sem estes não teria sido possível a sua concretização: meus pais Elói e Nair e minhas irmãs Helaine e Daniele. Figuras essenciais e incansáveis neste processo.

Ao meu marido, Luciano, por seu incentivo constante e incondicional.

À minha Orientadora, Karen Giffin, por ter acreditado na possibilidade da concretização deste trabalho, pontuando e incentivando sempre que necessário. Me ensinando a ser profissional e me apaixonar pelo árduo trabalho da pesquisa científica.

À amiga Lizete por todo o incentivo para o início desta empreitada, pelo acompanhamento de toda a produção científica, sempre com uma palavra afetuosa e coerente nos momentos mais árduos do trabalho.

À Janaina por dicas importantes e sua amizade sempre disposta a compartilhar

Aos funcionários da biblioteca, em especial à Vânia por sua infinita paciência e disposição a ajudar, assim como à Secretária Acadêmica.

Ao pessoal da ABRASCO Livraria pela simpatia e apoio acadêmico.

À Daniele, aluna querida que pacientemente, e de forma muito competente, auxiliou na trabalho de transcrição das fitas.

À Michelle, médica ginecologista que viabilizou a pesquisa de campo e ao hospital onde foram colhidas as entrevistas.

RESUMO

Este estudo exploratório buscou compreender, sob a ótica das relações de gênero, as representações construídas pelas mulheres que sofrem de dor pélvica crônica (DPC), sem causa orgânica identificada, sobre o seu adoecimento. Procuramos investigar a percepção destas mulheres de como seu estado adoecido atua no cotidiano das suas relações interpessoais e propiciar a possibilidade de reflexão sobre as questões que envolvem a DPC no sentido de um olhar mais integral para a assistência destas pacientes pela rede pública de saúde. As categorias de análise centraram-se nas representações de saúde/doença, de experiência de enfermidade e de atenção médica. Foram entrevistadas dez mulheres em um hospital público universitário do Rio de Janeiro. A análise dos dados revelou que muitas das entrevistadas relataram violência familiar e histórias de abuso sexual infantil em suas histórias de vida. Suas relações interpessoais, familiares e profissionais, encontram-se atravessadas por seu adoecimento. De acordo com os dados colhidos, a assistência dada a estas pacientes pelo serviço público parece necessitar de transformações, no modelo médico dualista, para permitir maior integralidade na atenção, como preconizada pelo PAISM.

Palavras-chave: dor pélvica crônica, experiência da enfermidade, dualismo, gênero.

ABSTRACT

This exploratory study uses a transversal gender perspective to focus on the representations of women who suffer chronic pelvic pain, with no identified organic cause. Ten semi-structured interviews were carried out with such women in a public university hospital in Rio de Janeiro. The study focuses on their perceptions of how their illness intersects with their relationships in their everyday world, including their contacts with health professionals, in order to reflect on the care they receive in the public health services in Brazil. Many of the women interviewed related family violence and sexual abuse during childhood and in their early life histories, although gender norms silenced these experiences. Analysis revealed that their interpersonal, professional and family relationships are influenced their disease. According to the data gathered, the care given to these patients is constrained by the binary medical model which separates mind and body and normalizes gender stereotypes, requiring greater integration in the attention and care given to patients, in accordance with the principals of Brazil's Programme for Integral Health Care for Women (PAISM).

Keywords: chronic pelvic pain, dualism, gender.

SUMÁRIO

I. Introdução.....	08
II. Referencial teórico.....	15
II.1. Aspectos socioculturais do adoecer.....	15
II.2. Implicações do conceito de gênero.....	20
II.3. A questão da Dor Pélvica Crônica.....	24
II.4. Saúde Integral da Mulher.....	31
III. Aspectos Metodológicos.....	38
III.1. O caminho.....	39
III.2. O campo.....	41
III.3. A técnica.....	44
III.4. Critérios de seleção.....	46
IV. Apresentação dos dados.....	49
IV.1. Análise e discussão dos dados.....	78
V. Considerações finais.....	88
VI. Bibliografia.....	91
Anexos.....	101
i. Apresentação das mulheres.....	101
ii. Roteiro de entrevista.....	105
iii. Termo de consentimento.....	111
iv. Parâmetros éticos da pesquisa.....	112
v. Cronogramas.....	113
vi. Cartaz sobre os critérios de seleção.....	114
vii. Avaliação da dor pélvica crônica.....	115

I. INTRODUÇÃO

Ao abordar o problema do adoecimento entende-se que existe uma relação entre o sujeito e seu corpo que vai além do fato de estar adoecido fisicamente. Embora a experiência de sofrimento seja derivada do adoecimento físico, não se limita a ela. Tal experiência refere-se ao que há de subjetivo na relação estabelecida entre o indivíduo e o seu adoecer e, neste sentido, o modelo biomédico pouco explica sobre a singularidade e a estranheza de sentir-se doente e sobre as possibilidades sociais e culturais deste fenômeno (o adoecimento).

Minayo (1991) demonstra a limitação explicativa do modelo biomédico sobre os fenômenos ligados à saúde e à doença afirmando que ao tratá-los unicamente com os instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina ou apenas com medidas quantitativas da epidemiologia clássica, constitui-se uma *miopia* deste modelo frente ao social. Segundo a autora, o fenômeno saúde-doença informa sobre a visão de mundo dos grupos sociais, o que envolve o rompimento do indivíduo com normas e regras de seu meio e o encontro do homem com o que considera *infeliz e alienante* em sua sociedade. Nessa perspectiva, a doença não se restringiria a um fato clínico, mas seria também um fenômeno sociológico, “exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que pervaga o corpo social, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total” (P:233).

A partir destes referenciais sobre a dimensão sócio-cultural do adoecer, pode-se afirmar que o fenômeno do adoecimento é portador de mensagens que podem ser decodificadas através das representações dadas pelos indivíduos a sua doença. Não sendo a doença uma realidade exclusiva do plano biológico (HERZLICH & ADAM, 2001), sofre influência de fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais (HELMAN, 2003). Desta forma, as interações que o sujeito estabelece influenciariam suas representações do que é ser doente e de como ele vivencia suas situações de adoecimento.

Jodelet define representações como “modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos” (*apud* SPINK, 1993:300). Assim, ao serem reconhecidas como socialmente elaboradas e compartilhadas estas representações contribuem para a construção de uma realidade comum que viabiliza a comunicação. De acordo com Spink (1993), as representações sociais situam-se na interface dos fenômenos individuais e coletivos. Por isto, no campo da saúde, dedicar-se ao estudo

destas representações demonstra uma busca de sentido e de interpretação para fenômenos do adoecimento de determinados grupos sociais.

Ao facilitar a comunicação sobre aquilo que visa interpretar, as representações sociais criam sentidos e orientam condutas. O que não significa, todavia, que haja uma ligação mecânica, entre uma representação coletiva e condutas individuais específicas, uma vez que “a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade” (HERZLICH, 1991:23). Não existe, portanto, uma relação estática entre o indivíduo e o grupo ao qual pertence, já que o sujeito social é também ator social, detentor de um papel ativo, influenciando e sendo influenciado pela realidade que o cerca, numa relação dialética entre o homem e seu meio (ibid).

Logo, o conceito de representação da doença implica no conhecimento sobre como os indivíduos enfrentam suas enfermidades, como as percebem e as interpretam. Sem que, no entanto, a realidade da doença se reduza à sua representação que não pode ser abstraída da influência das forças sociais e históricas que moldam seus significados. A experiência da doença está ancorada nas representações socialmente construídas sobre o adoecer, e pode também transformar estas representações. Desta forma, para uma compreensão mais ampliada das representações dos indivíduos, “é preciso que reconstruamos as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção que lhe deram origem” (GOMES & MENDONÇA, 2002:122).

O conceito de experiência da enfermidade passa a ser entendido então, como um processo que, ao mesmo tempo, expressa relações interpessoais restritas ao indivíduo que adoece e nos fala de relações sociais mais amplas. Segundo Gomes & Mendonça (2002) esta experiência depende do que se entende por adoecimento, refletindo não só aspectos subjetivos como também questões sócio-culturais. Ao mesmo tempo em que se origina nas interações estabelecidas pelo sujeito, fala destas interações. Segundo os autores, é “um *feedback* do próprio processo de interação” (2002:115).

Neste sentido, Alves (1993) coloca que, a experiência da enfermidade enquanto categoria analítica passa a ser definida como os “meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença” (p. 263). Indo ao encontro do exposto por Gomes & Mendonça (2002), que entendem que a apropriação e a transformação de uma representação de doença, assim como as experiências a elas associadas,

variam conforme as posições que as pessoas ocupam num espaço social e as trajetórias das interações por elas vivenciadas. O processo do adoecer se articula a regras, convenções e esquemas relacionados a essas interações em geral e também ocorre com base em regras próprias (p. 122-123).

Portanto, pensar como os indivíduos lidam com o adoecimento na vida cotidiana, é discutir, entre outros aspectos, as questões relacionadas ao gênero. E principalmente em como as instituições sociais, neste estudo em especial, as instituições de atendimento público à saúde da mulher, lidam com o processo do adoecer feminino.

O cenário do atendimento à saúde sexual e reprodutiva nos traz evidências da falta de uma compreensão integral do paradigma biomédico sobre o que as pessoas sentem e vivem em torno do seu adoecer. Evidencia também um silêncio à categoria de gênero como constructo social, variável articuladora das relações sociais, dinâmicas e de produção e reprodução de ideologia (LAURETIS, 1994; KERGOAT, 1996; GIFFIN, 2002).

Neste espaço eminentemente biomédico predomina um olhar unidirecional, onde o foco é o corpo. Os aspectos biológicos do adoecimento são enfatizados, e aqueles referentes à experiência das mulheres e às situações socioculturais envolvidas em sua enfermidade desconsiderados ou minimizados, acentuando uma visão dualista da situação.

A integralidade é vista como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, uma bandeira de luta de movimentos que defendem a saúde como direito de todos. Dentre estes movimentos sociais, o feminista tem participação importante na construção do conceito de integralidade acompanhando a formação e elaboração do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A questão de pensar o atendimento à saúde de forma mais integral, oposta a qualquer tipo de reducionismo, amplia o olhar para as necessidades de grupos específicos. Pensar a integralidade é discutir os atributos das práticas, dos serviços e dos planejamentos governamentais aos problemas de saúde destes grupos. Também envolve debater quais são as verdadeiras necessidades, e principalmente neste estudo, do grupo de mulheres com Dor Pélvica Crônica.

Desta forma, o presente estudo evidencia o meu interesse pelas representações de determinado grupo de mulheres sobre o seu adoecimento por dor pélvica crônica. Estas representações serão aqui consideradas como construções ativas

das mulheres enquanto atores sociais, expressando estratégias e experiências humanas, particulares e, ao mesmo tempo coletivas. Assim compreendidas, as representações deixam de significar apenas uma forma de conhecimento do senso comum, construído no cotidiano dos indivíduos. São trazidas para o campo científico, exigindo uma compreensão ampliada dos seus significados, conduzindo a um movimento de interpretação sobre a experiência.

Neste sentido, minha trajetória como profissional de saúde na rede pública de assistência hospitalar levou-me a ter contato com a questão do adoecimento por dor pélvica crônica em mulheres. Ao ter contato com um trabalho de implantação de um ambulatório de atendimento multidisciplinar nesta área, dentro de um Serviço de Ginecologia de um hospital universitário público do município do Rio de Janeiro, a assistência a mulheres com queixas relativas a problemas ginecológicos pôde suscitar alguns questionamentos: *“Como dedicar um olhar integral para estas mulheres adoecidas por Dor Pélvica Crônica em especial, e às outras usuárias do Sistema Público de Saúde?”* *“Quais as repercussões deste adoecimento feminino em suas inter-relações cotidianas?”*

A Dor Pélvica Crônica caracterizada como síndrome¹ por alguns autores por seus sintomas específicos (SCHOR *et al*, 2005), pode ser definida de maneira ampla como dor no abdômen ou na região da pelve com duração superior a seis meses; e, envolve alterações afetivas, comportamentais, fisiológicas e sociais (SCHOR *et al*, 2005; TIZZOT, E. L. A., 1996; BEREK, J. S., 2003). Mostra-se um problema de difícil manejo devido *“a grande porcentagem de pacientes sem diagnóstico”* (SCHOR *et al*, 2005:130).

Devido à falta de estudos encontrados que abordem o problema da dor pélvica crônica e suas representações, estamos considerando este um estudo exploratório. Por ser uma tentativa de compreender melhor o problema procura antes de tudo contextualizar o atendimento dentro de uma discussão mais ampla sobre a saúde da mulher.

Diante disto, começaremos a discussão teórica fazendo uma apresentação de conceitos chaves tratados neste trabalho, quais sejam: a doença crônica, gênero transversal, a integralidade e o Programa de Assistência Integral à Mulher. Este capítulo, denominado **“Referenciais Teóricos”** objetiva pensar que tipo de atendimento

¹ Reunião de sinais e sintomas provocados por um mesmo mecanismo e dependentes de causas diversas (BUENO, S. Minidicionário da língua portuguesa).

está sendo oferecido para as mulheres e baseado em quais pressupostos teóricos e técnicos. Inicia uma breve discussão que não tem a pretensão de encerrar e abarcar todos os detalhes envolvidos no problema, mas pretende apenas iniciar e contextualizar teoricamente o tema desta dissertação.

O capítulo seguinte refere-se aos “**Aspectos Metodológicos**” utilizados nesta pesquisa. Esta etapa descreve inicialmente os objetivos deste estudo, a escolha do tema e a justificativa da abordagem qualitativa como forma de tratamento dos dados. A seguir descrevemos o método de tratamento dos dados colhidos, a abordagem hermenêutica-dialética. A escolha desta metodologia de tratamento dos dados foi uma tentativa de compreensão que se coloca além de uma técnica reducionista; pretendeu conduzir a uma reflexão ao mesmo tempo compreensiva e crítica da realidade social das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

Ainda neste capítulo, descrevemos o espaço físico onde se deu o trabalho de campo. Detalhamos aqui como as mulheres eram atendidas no serviço ambulatorial onde se realizou as entrevistas, o acesso das entrevistadas ao atendimento médico e como a pesquisadora foi inserida na rotina do ambulatório. Concluimos este capítulo descrevendo a técnica utilizada para a coleta das histórias de vida e os critérios de seleção e exclusão das entrevistadas ao estudo.

A seguir, iniciamos o capítulo de “**Apresentação dos dados**”, onde fazemos a descrição das histórias de vida das entrevistadas, dividindo em categorias analíticas os dados colhidos. Neste capítulo foram descritos: o perfil sócio-econômico das mulheres, detalhando suas profissões, ocupações atuais, escolaridade, renda familiar e individual; o perfil sócio-relacional descrito através dos dados sobre o estado civil, a situação conjugal atual, número de filhos e, ainda, a incidência de dor pélvica crônica na família das mulheres e a presença ou não de violência em suas vidas.

Continuamos a apresentação dos dados descrevendo o adoecimento enquanto realidade construída através de processos socialmente partilhados ao longo das histórias de vida das mulheres, compreendendo as representações que têm sobre a dor pélvica crônica, assim como o início de seu processo de adoecimento e a atenção médica que tem sido oferecida a elas. A seguir descrevemos os relacionamentos interpessoais das entrevistadas, desde a infância à idade adulta, enfatizando as relações familiares iniciais e as histórias de violência vivenciadas.

No próximo capítulo nomeado “**Análise e discussão dos dados**”, buscamos articular as categorias de análise propostas inicialmente aos dados colhidos.

Fizemos uma tentativa de revelar, nesta etapa, o produto deste estudo exploratório a respeito do adoecimento, em mulheres, por dor pélvica crônica.

Concluimos a dissertação com as considerações da pesquisadora, seguida pelas referências bibliográficas e os anexos necessários para uma melhor contribuição do leitor ao conjunto da pesquisa. Não pretendemos com isso encerrar a discussão, ao contrário estamos pretendendo iniciar os questionamentos a respeito do adoecimento de mulheres que têm dor pélvica crônica, onde não encontramos respostas prontas e universais. O fenômeno do adoecimento é complexo e exige maiores aprofundamentos teóricos das diversas disciplinas que se dedicam ao seu estudo.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

II.1. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DO ADOECER

o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete uma complexa dinâmica relacional, trazendo à tona o papel das redes sociais no ato de se orientar, sustentar e conferir plausibilidade às expressões, sentimentos e condutas adotadas perante a aflição (ALVES et al, 1999:11)².

A abordagem das ciências sociais como ótica conceitual na abordagem da doença demonstra uma dinâmica relacional complexa. O ato de adoecer fala, a partir desta concepção, de uma realidade construída por processos significativos, socialmente partilhados. Segundo Alves (1993), a experiência em questão revela aspectos tanto sociais, quanto cognitivos; tanto “subjetivos”, quanto “objetivos”. A doença reflete, então, um complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento.

O adoecimento representa sempre uma ameaça à integridade física e psicológica daquele que adocece, no sentido de que em menor ou maior intensidade, pode coloca-las em risco. A tentativa de dar um sentido à experiência de adoecer reflete a busca por torná-la mais compreensível dentro do universo social daquele que adocece (CARDOSO, 2002) e quiçá menos ameaçadora. Assim a forma como os conhecimentos a respeito da doença se inserem na vida das pessoas dependerá de fatores de sua origem sócio-cultural (BOLTANSKY, 1989).

Reconhecer que a doença está carregada de significados outros que não os estritamente orgânicos, objeto de investigação das ciências biomédicas, não significa desprezar a importância do papel da medicina e suas ciências afins. De acordo com Gomes & Mendonça (2002), enfatizar a doença como reflexo da combinação de aspectos da experiência dos indivíduos, e situações socioculturais subjacentes, não quer dizer considerá-la apenas como um constructo social, independente dos seus aspectos biológicos. Significa um recurso, uma discussão sócio-cultural com o intuito de que esta

² Considera-se neste estudo o conceito de rede social como um sistema composto por várias pessoas, funções (atividades dessas pessoas) e seu contexto, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades (DESSEN, M. A. & Braz, M. P. *Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos*. Psicologia: teoria e pesquisa. Set-Dez 2000, vol. 16 n. 3, pp. 221-231).

seja articulada aos aspectos biológicos da doença, numa tentativa de desenvolver uma perspectiva interdisciplinar na abordagem da temática em questão.

A partir destas observações, o presente estudo coaduna com o proposto por Alves & Rabelo (1999:173) de se “*compreender como a enfermidade, radicada em uma vivência subjetiva, constitui-se em realidade dotada de um significado reconhecido e legitimado socialmente*”. Desta forma, a doença é vista como uma construção intersubjetiva, ou seja, uma experiência que se constitui e ganha sentido através das inter-relações do sujeito no contexto da vida cotidiana, onde serão elaboradas e desenvolvidas ações conjuntas de enfrentamento à situação de adoecimento. Parafraseando Cardoso & Gomes (2000), a doença torna-se a partir desta compreensão um objeto privilegiado para esclarecer modos de conhecer e pensar a si, aos outros e ao universo que se habita.

Ao adoecer verificam-se alterações no modo de vida pessoal e social que provocam a necessidade de estratégias para enfrentamento desta situação. De acordo com Herzlich & Adam (2001), estas estratégias são apoiadas em referências socioculturais, constituindo a doença um mediador das relações sociais exemplarmente verificado no caso das doenças crônicas.

A cronicidade do adoecimento envolve um prolongamento dessas patologias, e por isto “*a doença está no centro de todas as relações sociais que essas pessoas mantém*” (HERZLICH & ADAM, 2001:123). Neste sentido, a pessoa passa a viver através do mundo da doença crônica (ISABELLE BASZANGER *apud* HERZLICH & ADAM, 2001) o que envolve diversos atores sociais.

O adoecimento mobiliza ao redor do indivíduo enfermo, várias pessoas pertencentes aos diferentes grupos sociais com os quais ele se relaciona. O universo médico é apenas um desses grupos. Assim, “*o doente e o médico estão longe de serem os únicos atores participantes e o impacto desorganizador da doença faz-se sentir na família, no trabalho, no lazer*” (HERZLICH & ADAM, 2001:123).

Uma vez que a repercussão do adoecimento se dá em diversas áreas da vida cotidiana de quem sofre, ela pode provocar reestruturações importantes nos papéis sociais que o indivíduo desempenha, alterando seu auto-conceito, sua biografia (WILLIAMS, 2000). Tais modificações podem ser vistas de forma mais clara também na organização concreta da vida. É no dia-a-dia que são elaborados e se desenvolvem ações conjuntas de enfrentamento da doença. E como estas ações conjuntas são realizadas através das redes de interações dos indivíduos, elas sofrem influências de

diversos fatores que marcam as condições de sua inserção social (HERZLICH & ADAM, 2001).

Podemos listar vários destes fatores que balizam a inserção social do indivíduo e definem os papéis a serem desempenhados como, status sócio-econômico, profissão, idade, sexo, etc. Dentre estes fatores destacamos o gênero, por considerá-lo, aqui, como um conceito que vai além das definições estritamente biológicas, compreendido como um constructo social que influencia a forma como o indivíduo se relaciona com o meio no qual está inserido (LAURETIS, 1994; KERGOAT, 1996; GIFFIN, 2002).

A subdivisão da sociedade em masculino e feminino influencia a forma como homens e mulheres experienciam e produzem seus discursos sobre o problema da doença (LAURETIS, 1994; HELMAN, 2003). Gomes & Mendonça ao se referirem sobre a diferença entre narrativas femininas e masculinas, afirmam que:

O *status* de ser doente pode agregar papéis comuns a todas as pessoas, independentemente de gênero, mas a forma como esses papéis são vivenciados e os significados a eles atribuídos podem assumir contornos distintos nas culturas de gênero. Assim, a representação socialmente construída de doença pode ter uma base comum a homens e mulheres, mas a forma de produção e transformação dessas representações costuma se diferenciar por gênero (2002:124).

Assim, é comum ver na prática clínica cotidiana de um ambulatório médico que mesmo adoecida a mulher continua exercendo seu papel de “cuidadora” de outros entes, doentes ou não, por exemplo. Por esta mesma razão o seu próprio cuidado pode muitas vezes ficar relegado ao segundo plano.

Desta forma, uma vez que o presente estudo visa um olhar para a vivência de uma doença crônica numa população feminina específica, torna-se fundamental para nossa análise uma compreensão, entre outros aspectos, de questões relacionadas ao gênero. O enfoque das relações de gênero pauta-se na compreensão de que por influência de situações histórica e culturalmente determinadas, o adoecer feminino se configura sobre experiências diferenciadas das envolvidas no adoecer masculino (KERGOAT, 1986; LAURETIS, 1994).

Segundo Gomes & Mendonça (2002), estas demarcações aparecem em perfis epidemiológicos de mortalidade e morbidade de certas enfermidades e também

construídas sobre significados diferenciados sobre o adoecimento para a mulher e o adoecimento para o homem. Dados epidemiológicos podem revelar uma realidade preocupante na área de saúde da mulher independente de estarem relacionados à saúde reprodutiva ou não.

Citando dados oficiais de um estudo realizado em Campinas por Cassorla em 1984, Botega & Rapeli (2002) referem uma taxa de 150 tentativas de suicídio para cada 100.000 habitantes nesta cidade. Dentre estes, 75% dos casos ocorreu em menores de 27 anos, principalmente do sexo feminino. Estes mesmos autores revelam que um estudo da Organização Mundial da Saúde, por Schmidtke e cols, em 1996, realizado em 15 centros europeus, indicou que os coeficientes de tentativa de suicídio ajustados por idade (maior que 15 anos), durante o período de 1989 a 1992, foram 136/100.000 para o sexo masculino e 186/100.000 para o sexo feminino.

Os dados apresentados acima demonstram um panorama preocupante para a saúde pública no Brasil, relacionado à saúde da mulher. Aliam-se a estes os dados de morbidade por causas externas na população feminina (HEISE, 1994; MINAYO, 2002), apesar deste tipo de violência ter menor impacto do que os dados mundiais de violência direcionada aos homens. Coadunamos com o exposto em Minayo et al (2002) que a violência direcionada às mulheres, em diferentes sociedades e culturas,

... ultrapassam as questões de classe, de etnia, de religião e de desenvolvimento sócio-econômico, ou seja, à elas é reservada uma grande parcela, muitas vezes legitimada, de violência social, nas formas de maus tratos, levando, freqüentemente, a danos e agravos irrecuperáveis ou à morte (p:1).

Segundo Fortes (2002), transtornos de somatização são observados mais freqüentemente em mulheres na adolescência ou no início da idade adulta. Outros autores revelam que transtornos do sono, ansiedade, episódios de depressão e tentativas de suicídio são exemplos dos distúrbios psicológicos observados entre mulheres que sofrem maus-tratos (WALKER, 1984 apud MORRISON & BIEHL, 2000). De acordo com Teixeira et al, estatísticas sobre doentes que procuram assistência no Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, referem que:

A prevalência da dor varia entre os sexos. A enxaqueca, as dores faciais e as dores musculares, a fibromialgia, a síndrome do cólon irritável, a artrite reumatóide, a dor por lesões por esforços repetitivos e a esclerose múltipla são mais comuns nas mulheres (Teixeira et al, 1999:90).

Ainda pensando sobre demarcações históricas e culturais que estão presentes no adoecimento feminino, a violência contra a mulher pode ser compreendida como um índice revelador das diferenças entre masculino e feminino, evidenciada pelo Sistema de Saúde. Segundo Florenzano (2001), a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada no Brasil, em todo o país, no ano de 1988, revelou que 254.147 mulheres haviam sofrido agressão física naquele ano, sendo os parentes e conhecidos os responsáveis por 62% das agressões cometidas a essas mulheres. Esta autora revela que a mulher vítima de violência procura habitualmente o serviço de saúde com diversos tipos de queixas, que não expressam claramente a violência sofrida: dores generalizadas no corpo, depressão, transtornos ansiosos, entre outros.

Segundo Silver (1999), tradicionalmente nos cuidados médicos dirigidos às mulheres, colocam-se em evidência necessidades relacionadas à reprodução humana em detrimento de outros problemas não relacionados a esta função. O sistema de saúde sofre de falta de integralidade tanto para homens como para mulheres, porém “*é no atendimento a elas que os serviços de saúde estabelecem estruturas e mecanismos específicos de parcialização do cuidado*” (SILVER, 1999:300).

II.2. IMPLICAÇÕES DO CONCEITO DE GÊNERO

Com o movimento feminista nos anos 60 e 70, o conceito de gênero passou a ser entendido como uma forma de organização social da relação entre os sexos (SCOTT, 1989; GIFFIN, 1995 e 1999). A partir da sua diferenciação conceitual, pôde ser legitimado como objeto de estudo e questionamento das Ciências Sociais (KERGOAT, 1986). O conceito de gênero, para evitar uma abstração problemática, aqui considera sua transversalidade às relações sociais de trabalho, classe e raça (LAURETIS, 1994; KERGOAT, 1986 e 1996; GIFFIN, 2002).

Neste sentido, segundo Lauretis, o termo gênero é a representação de uma relação social, que atribui a uma pessoa, “certa posição dentro de uma classe” (1994:211). Segundo esta autora, o gênero é, portanto, uma instância primária de

ideologia que se mantém através de sua existência social e “obviamente não só para as mulheres” (1994:216).

Neste estudo, compreende-se gênero como um *locus* de poder instituído através de uma ideologia dominante que reflete e reforça a forma diferenciada de inserção social para homens e mulheres. É segundo esta definição que os sujeitos deste estudo serão tratados: sujeitos únicos e concretos que negociam sua forma de estar no mundo com os outros, através de suas relações de gênero, classe e de suas representações e experiências do processo de adoecimento.

Em estudo sobre a construção da identidade de gênero, Anyon (1990), discute as respostas de mulheres e meninas aos estereótipos exigidos de papéis sexuais em diferentes classes sociais. Discute também o desenvolvimento de estratégias de acomodação e resistência, pelas mulheres, às situações conflitantes envolvendo ideologias de gênero contraditórias.

Segundo Anyon (1990), a contradição consiste na falta de conexão entre a carga de feminilidade, que exige subordinação e dependência ao homem, e as necessidades cotidianas de luta pela sobrevivência. Desse ponto de vista, os valores e atitudes internalizados passam a ser entendidos como respostas ativas às ideologias dominantes dos papéis sexuais.

Em situações de conflito como estas, nem as mulheres da classe operária, nem as de classe média são passivas. Contrariando o mito, mulheres – e meninas – lutam ativamente para chegar a um acordo, ou superar os conflitos envolvidos na condição de ser mulher (ANYON, 1990:15)

O processo de acomodação e resistência funcionaria não apenas como forma de enfrentamento diante das situações de opressão, mas também como forma de negociação do seu *estar no mundo* (Anyon, 1990). No entanto, esta negociação individual estaria reforçando “uma ação defensiva (não importa a criatividade que ela envolva), que *não* visa a transformação das estruturas patriarcais ou a outras estruturas sociais” (p: 23).

Consideradas categorias (dialéticas) de análise, as estratégias de acomodação e resistência, podem ser exemplificadas em termos de papéis sociais. Exemplos de resistência ao papel de mulher, segundo Anyon, são certos tipos de doenças, consideradas “tentativas mal sucedidas de conciliação entre as contradições de

ser mulher” (1990:18) que ela exemplifica citando a histeria, a frigidez, o alcoolismo, entre outras.

O sistema de saúde pode ser considerado aqui o palco onde ocorre a negociação das relações dos indivíduos com uma estrutura de poder médico ideologicamente estabelecida. Segundo Foucault (2003), na prática social da medicina moderna existe um exercício de poder, pelo saber, sobre o corpo tomado como objeto de conhecimento.

Neste sentido, a relação dos profissionais de saúde com as mulheres pode ser entendida como uma relação assimétrica de poder: de um lado estão os profissionais competentes que falam a partir de um discurso legitimado socialmente, de outro estão as usuárias. É o diálogo dos “que sabem” com os que “não sabem” (D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999).

Esta relação hierárquica, entre profissional (“que detém o saber/poder”) e paciente (“o que não sabe”), evidencia-se quando temos mulheres cuidando de mulheres. Segundo D’Oliveira & Schraiber (1999), referindo-se à função de enfermagem exercida por mulheres, existe um compartilhar da experiência de ser mulher. Porém, estas profissionais podem ser vistas como um ‘duplo’, “isto é, femininas por situação de gênero e ‘masculinas’ por condição tecnológica” (1999:344).

Ainda seguindo Anyon (1990), nos é possível afirmar que as mulheres, enquanto atores sociais, constroem ativamente seu “papel de doente”, porém, condicionadas por relações de poder instituídas também pelo saber médico. Esta construção está condicionada pelas relações de gênero e classe que influenciam o estar no mundo destas mulheres adoecidas pela dor pélvica crônica.

Portanto, este processo não é resultado de uma imposição unilateral da sociedade e do modelo biomédico, definidor do que “é” dor pélvica crônica. Estas mulheres constroem e desenvolvem nas relações que estabelecem com o seu adoecimento, tanto na família como no serviço de saúde que as assiste, diversas estratégias de enfrentamento, numa busca ativa de significados para suas vivências.

Em algumas situações, próprias do adoecer feminino, estas estratégias podem estar relacionadas a formas de embate a situações de vida violentas (FLORENZANO, 2001; ALMEIDA, 2001; SILVESTRE, 1993) e a formas historicamente determinadas de apropriação da medicina sobre a sexualidade feminina (ROHDEN 2001; VIEIRA, 2002). Tais doenças seriam formas contraproducentes de protesto, pois de forma isolada, não alteram as definições de gênero:

Elas expressam resistência ao papel de mulher através de formas privadas, discretas e aquiescentes, em vez das formas abertas, públicas e sociopáticas que os homens utilizam (ANYON, 1990:18).

Diante do exposto acima, há uma inscrição no corpo de normas centrais e hierarquias reforçadas através das relações sociais e das ideologias de gênero. Desta forma, o corpo se torna um agente da cultura (BORDO, 1997), onde, através das experiências corporais, construções culturais se expõem. No entanto, a autora afirma que nem sempre as estratégias utilizadas pelas mulheres dirigem esta capacidade de comunicação para protestar e modificar o que provoca o protesto.

As patologias de protesto feminino (BORDO, 1997) e os processos de acomodação e resistência discutidos por Anyon (1990), podem ser compreendidos em conjunto. Podemos considerar, apropriando-nos das palavras de Bordo, que as enfermidades na mulher estão em conluio com as condições culturais que as produzem, reproduzindo no lugar de transformar o que provoca o protesto:

A patologia feminina revela-se, então, como uma formação cultural extremamente interessante, através da qual uma potencialidade para a resistência e a rebelião é manipulada para servir à manutenção da ordem estabelecida (BORDO, 1997:30).

Diante do referencial teórico exposto acima, considerando que a Dor Pélvica Crônica atinge um lugar no corpo feminino altamente relevante para a identidade de gênero, a área reprodutiva e sexual, concordamos com o exposto por Bordo (1997) que a sintomatologia de determinadas desordens pode revelar-se como textualidade, apresentando significados simbólicos e políticos. Segundo esta autora algumas doenças mostram o corpo da mulher como uma superfície que expõe as construções convencionais da feminidade.

Ao analisar as representações sociais sobre a DPC estamos incluindo na discussão aspectos simbólicos referentes aos significados sociais das doenças ligadas aos órgãos sexuais femininos. Após os escritos freudianos sobre a histeria, os problemas de saúde que se localizam à região uterina se tornaram carregados de características simbólicas. Podemos compreender, portanto, as representações sobre o adoecimento por DPC, como uma expressão das relações interpessoais da mulher adoecida, das suas

relações sociais mais amplas e dos significados, socialmente construídos, sobre o corpo feminino e sobre a sexualidade da mulher.

II.3. A QUESTÃO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Cada dor é uma dor de uma pessoa, com todas as suas peculiaridades – sua história, sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento (CARVALHO, 1999:10).

A preocupação do homem com o fenômeno da dor vem de longe e pode ser observada entre as mais primitivas civilizações, com as mais diferentes explicações: intrusão de fluidos mágicos, desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma de iluminação e obtenção de graças divinas (CARVALHO, 1999). Segundo Silva Filho & Alcântara (2005) a dor é um acontecimento existencial e universal, assim como a morte. Neste sentido, nos eventos dolorosos “*não é somente o corpo que sofre, e sim o indivíduo em todo o seu ser*” (P:85).

Podemos abordar a experiência dolorosa como um sintoma ou como uma doença em si. Ao ser considerada sintoma tem o significado de alerta, de que algo errado está ocorrendo no organismo. Entretanto quando insidiosa e prolongada passa a ser considerada uma patologia em si, uma doença, e definida como dor crônica (CARVALHO, 1999). O problema da dor crônica, considerando-a como uma doença, tornou-se, nos dias de hoje, um problema de saúde pública “*e acarreta sérios prejuízos pessoais e socioeconômicos*” (PIMENTA *et al*, 2005:03).

Cresce a cada dia a procura nos serviços de saúde para a solução de problemas que envolvem a dor como doença em si. Teixeira et al (1999), referindo-se a estudos realizados nos Estados Unidos afirmam que a prevalência da dor crônica nas comunidades americanas varia entre 7% e 40%. Em consequência da dor, cerca de 50 a 60% dos doentes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente. Segundo os autores, ainda referindo estatísticas norte-americanas:

mais de 30% da população relata ter experienciado dor intensa em algum momento da sua vida. Dez a 40% dos indivíduos apresentam dor com duração superior a um dia, pelo menos uma vez ao ano. A dor é intensa e persistente em 10% dos indivíduos, recorrente, com duração de muitos dias e

localizada em vários locais do corpo em 60% dos casos (1999:89).

Diante de dados alarmantes que demonstram que nos Estados Unidos o custo da dor crônica está estimado em quarenta bilhões de dólares por ano; e que na Europa esta é a causa mais freqüente de limitação de pessoas com menos de 45 anos e a segunda causa de consulta médica, Pimenta *et al* (2005) afirma que são urgentes estudos epidemiológicos no Brasil. Segundo eles importa dimensionar realmente o problema da dor crônica na saúde Pública, além de “*analisar as alterações nas relações interpessoais*” (P:03).

Association for the Study of Pain, conceitua dor como uma experiência sensorial e emotiva desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita como se houvessem tais lesões (FORTES, 2002; PIMENTA, 1999). A compreensão do fenômeno doloroso será diferente para cada indivíduo, variando segundo a idade, o sexo, a maturidade emocional, o contexto cultural e as experiências passadas.

Desta forma, as dores podem ser classificadas em agudas e crônicas. A dor aguda pode ter uma duração variável entre minutos e semanas, decorrente de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. É intensa e caracterizada por “*início súbito, de aumento abrupto e evolução curta*” e comumente ocorre junto à respostas reflexas autônomas profundas como náuseas, vômitos e sudorese intensa (RAPKIN, 2003:289).

A dor crônica, de forma geral, é um processo de longa duração, variando de meses (em geral a partir de seis meses) a anos (GUIMARÃES, 1999). A mesma pode levar o paciente a uma progressiva incapacidade física e mental com graves conseqüências para suas relações sociais.

A Dor Pélvica Crônica (DPC) é definida como uma dor constante ou intermitente, cíclica ou acíclica, persistente por, no mínimo, seis meses, incluindo cólicas, dor intermenstrual e dispareunia³ profunda (ALMEIDA, 2001); sua intensidade deve ser suficiente para causar incapacidade funcional e necessitar de tratamento médico ou cirúrgico (GELBAYA E EL-HALWAGY, 2001). Diferente da dor pélvica aguda, na DPC não existem respostas reflexas autônomas evidentes assim como também não está associada a sinais de inflamação ou infecção (RAPKIN, 2003).

³ Entende-se dispareunia como dor à relação sexual (www.gineco.com.br/clinica/dispareunia.htm).

Diante do exposto acima, a causa da DPC freqüentemente é obscura (ver quadro indicado para diagnóstico e avaliação diferencial no **anexo 7**), podendo apresentar variadas causas físicas ou psíquicas; diversas abordagens, ginecológica ou de outras especialidades; e conseqüentemente diversos tratamentos, clínicos ou cirúrgicos. Para Rapkin (2003) *“a dor pélvica crônica é melhor controlada em uma abordagem multidisciplinar que possa enfocar seus componentes complexos e interativos”* (P:289).

Segundo estatísticas norte-americanas referidas por Gelbaya e El-Halwagy (2001) a dor pélvica crônica é considerada um importante problema de saúde da mulher. Segundo estas estatísticas, esta patologia é responsável por 10% das consultas ambulatoriais aos serviços de ginecologia, 40% das laparoscopias realizadas e de 10% a 15% de histerectomias. Uma pesquisa americana realizada por Mathias *et al* (1996) com mulheres americanas maiores de 35 anos, relacionando raça, idade e estado civil revelou que mulheres brancas e jovens tiveram risco mais elevado de apresentar DPC em relação às negras. Mulheres separadas, viúvas ou divorciadas também tiveram chance maior de desenvolver DPC se comparadas a mulheres solteiras.

Dados mais recentes de estatísticas internacionais ratificam o tamanho do problema da DPC para os serviços de saúde da mulher. Segundo Rapkin (2003) aproximadamente 60-80% das pacientes submetidas à laparoscopia⁴ para dor pélvica crônica *“não possuem patologia intraperitoneal nem apresentam alteração orgânica que se correlacione com a dor”* (P:298).

No Brasil não foram encontrados dados relacionados a DPC. Porém, segundo Bernardes (2003), referindo estatísticas do Ministério da Saúde,

em 1997 ocorreram mais de 1,8 milhões de consultas ginecológicas e aproximadamente 300 mil internações hospitalares de mulheres entre 15 e 69 anos com queixas compatíveis com dor pélvica crônica (p:12).

De acordo com Bernardes (2003) múltiplos fatores estão relacionados à etiologia da DPC, sendo os mais comuns a endometriose, doenças inflamatórias pélvicas e suas seqüelas, cistos ovarianos e alterações posturais. Segundo esta autora, algumas doenças podem gerar sintomas de dor pélvica, entre as quais as de causas gastrintestinais, as doenças do trato urinário baixo e algumas doenças psiquiátricas, o que torna imprescindível o diagnóstico diferencial.

⁴ Procedimento diagnóstico e terapêutico para examinar e realizar cirurgias por pequenas cânulas de metal que são inseridas no abdômen (www.gineco.com.br/laparosc.htm).

O fator psicológico pode estar presente de forma isolada ou concomitante em até 60% dos casos (ALMEIDA, 2001). Segundo este estudo, os transtornos psiquiátricos relacionados com a DPC mais comuns são a depressão, 25% a 50%, e a ansiedade, 10% a 20% (*op cit*). Contudo, um número significativo de casos não possui uma etiologia para sua dor, cujas causas não são identificadas através de exames médicos (GELBAYA E EL-HALWAGY, 2001).

Em pesquisa realizada em 1996 por Mathias, *et al* (1996) foi detectado que uma em cada sete mulheres, com idades entre 18 e 50 anos, experienciam DPC. Segundo este estudo, em 61% destas pacientes não há etiologia para a dor que sentem.

A dificuldade de encontrar uma etiologia clara para o problema da DPC é, portanto, uma das grandes dificuldades no tratamento das pacientes. Em muitos casos há significativas diferenças entre os dados laboratoriais e os relatos de intensidade e comprometimento que a dor provoca nas funções sociais e pessoais da paciente (ROTH *et al*, 2001). Nestes casos pacientes afirmam dores muito fortes, incapacitantes, sem achados laboratoriais que as comprovem.

A falta de explicações precisas e esclarecedoras sobre seus problemas dolorosos, exigirá desta mulher uma adaptação não apenas à doença em si e suas implicações diárias, como também à frustração de não ter uma comprovação diagnóstica para os seus sintomas. Assim, as dores constantes que evidenciam o adoecimento irão mediar as interações que ela estabelece com seu meio social e podem estar relacionadas às suas condições de vida, ao mesmo tempo em que a cronicidade da patologia não lhe favorece uma solução para os seus problemas em curto prazo.

Muitas pacientes vivem com DPC por meses ou anos sem encontrarem solução (FOX, 2003). Segundo Fox, estas mulheres vivenciam o que alguns autores chamam de *doctor shopping*, comportamento entendido como uma busca incessante por diversos consultórios médicos que lhe dêem respostas para suas dúvidas. Este comportamento, segundo a autora, atrasa diagnósticos e faz com que as pacientes percam tempo repetindo testes e procedimentos muitas vezes inúteis.

Como na maioria dos casos de dor crônica, a literatura a respeito da DPC demonstra a complexidade do problema e a importância de uma abordagem multiprofissional que valorize os amplos aspectos da questão (COLLETT *et al*, 2000). Em diversos estudos é referida a alta frequência encontrada nas mulheres que possuem DPC de abuso sexual e histórias de vida traumáticas na infância (GRACE, 1998). Gelbaya e El-Halwagy (2001), ressaltam que alguma história de abuso físico e sexual nas pacientes com DPC é de duas a quatro vezes mais frequente que na população

feminina mundial. Outros autores, como Almeida (2001), também confirmam esta associação em estudos mundiais, podendo a vivência de abuso sexual ser relacionada como causa ou interferir na severidade da dor.

Ao referir-se ao componente psicológico da Dor Pélvica Crônica (DPC), Rapkin (2003) refere que a história de dor das pacientes que têm este tipo de queixa dolorosa:

inclui uma história psicológica atual e passada que envolve os seguintes elementos: fatores psicossociais; história de abuso físico, sexual ou emocional passado (ou atual); história de hospitalização psiquiátrica; tentativas de suicídio; e dependência química (P:300).

A avaliação da experiência de adoecimento por DPC, não é tarefa simples. Segundo Bernardes (2003) é preciso identificar as características da queixa de dor, as respostas físicas e emocionais à enfermidade, os fatores culturais e psicológicos que possam estar envolvidos na sintomatologia dolorosa. Parafraseando Fox (2003), só um trabalho multiprofissional pode obter grandes sucessos no tratamento de pacientes adoecidas por DPC, devido à complexidade do problema. A abordagem realizada por profissionais de áreas diferentes, quando bem estruturada, pode minimizar o problema da divisão do indivíduo adoecido em partes isoladas.

A construção de categorias médicas que compreendem corpo e mente como duas categorias paralelas e separadas (CAMARGO, 1994), torna-se uma barreira para o sucesso do diagnóstico e tratamento de qualquer enfermidade. Perissinotti & Figueiró (2005) afirmam que a dicotomia conceitual presente em definições que classificam doenças orgânicas e psicogênicas deve ser evitada. Segundo estes autores esta divisão transmitiria uma idéia não condizente com a realidade e favoreceria a interpretação desfavorável de que “tudo está na cabeça”, permitindo uma interpretação equivocada de que seria uma criação simulada do doente. Eles esclarecem:

... podem sugerir ao doente a sensação de que suas queixas podem estar sendo desconsideradas pelo médico assistente, ou que problemas psicológicos e psicopatológicos na sua totalidade são desprezados... (P:93).

Referindo DPC, Grace (1998) reforça que a construção médica dicotômica é uma barreira para o sucesso do diagnóstico e tratamento desta

enfermidade. Segundo esta autora, é preciso uma desconstrução deste paradigma médico.

Corrêa & Petchesky (*apud* SILVER, 1999) definem quatro princípios para constituição das bases éticas dos serviços ligados a mulher, englobando aqueles ligados aos direitos reprodutivos e sexuais, e também aos sociais. São eles: o respeito à integridade corporal, à pessoa, à igualdade e à diversidade. Nesta visão, o corpo da mulher seria visto em seu conjunto, como uma unidade, e não como “*colcha de retalhos de funções mecânicas ou fragmentadas*” (P:313). A desconstrução de um paradigma biomédico dualista talvez seja uma das possíveis soluções para uma abordagem mais integral do processo de adoecimento.

Além disto, o problema da DPC parece se aproximar da explicação etiológica e do significado social dado à histeria. Segundo Silveira (2000) semanticamente o termo histeria remete à ligação com o útero, do grego *hysterá*.

Freud desenvolveu a teoria dos níveis de consciência e propôs que traumas e repressões severas, especialmente aqueles ligados à sexualidade, estariam na origem do fenômeno histórico (SILVEIRA, 2000:65).

Conceitos e interpretações dados pela medicina ocidental às dores de causas “inespecíficas” localizadas na região pélvica, influenciados pelos estudos sobre a histeria de Freud e pela localização próxima ao útero, se aproximam e repercutem na atenção dada à mulher que sofre com DPC, permeando-a de preconceitos. São as “*histericonas*”, as “*pitiáticas*”, as “*poliqueixosas*”, entre outras denominações.

A prática médica desde então, de forma pouco aprofundada sobre os estudos freudianos, parece ter recebido grande influência da psicanálise. Parafraseando Silveira, talvez porque a medicina tenha encontrado na teoria freudiana uma forma de perpetuar a sua idéia de correlação da histeria com o sexo. Para isso envolveu quase que exclusivamente as mulheres em sua interpretação do fenômeno, reforçando assim os estereótipos de gênero.

A proposta de integralidade do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que segundo Simões Barbosa (2001) é considerado um dos mais abrangentes e conceitualmente avançados do mundo e “pressupõe investimentos na formação de recursos humanos (bem) preparados” (P:06), pode ser um caminho viável para um modelo mais integrador e com maior resolutividade para o tratamento da DPC.

II.4. SAÚDE INTEGRAL DA MULHER

O termo integralidade, para fins de delimitação teórica, pode ser definido amplamente como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde instituídas na Constituição de 1988. Porém, no Brasil, integralidade vai além de uma diretriz do SUS, é também uma *bandeira de luta*, relacionada a um ideal de sociedade “mais justa e mais solidária” subjacente à concepção de saúde como direito de todos, derivada das reivindicações postas pelo movimento sanitário⁵ (MATTOS, 2001).

A polissemia do termo revela-se nos diversos significados da palavra integralidade, que vão além dos sentidos expostos acima. A integralidade pode ser compreendida como um traço da boa medicina, atributo, portanto, das boas práticas de atendimento. Um outro sentido relaciona-se aos modos de organização dos serviços de atendimento; e o terceiro sentido aplica-se às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde pública, através dos programas de assistência a grupos específicos, como por exemplo: mulheres, idosos, crianças e adolescentes.

Discutir a complexidade dos atendimentos médicos e dos serviços de saúde sexual relatada nas histórias descritas pelas mulheres e pelos profissionais de forma informal (anotadas no diário de campo da pesquisadora) nos exige a procurar entender melhor o conceito de integralidade. Mattos (2001) o reconhece como um termo polissêmico, mas que para fins de delimitação conceitual e prática, pode ser definido como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (P. 39), instituída na Constituição de 1988: “*redução do risco de doenças e outros agravos; e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Sendo assim o Estado seria responsável pela garantia de saúde para todos, e apresenta nas diretrizes do SUS o cumprimento destes objetivos: a **descentralização**, o **atendimento integral** e a **participação comunitária**.

Estas diretrizes elaboradas a partir da Constituição de 1988, já faziam parte, antes desse período, da bandeira de luta do movimento feminista e estavam nas pautas de reivindicação por políticas de saúde mais justas para as mulheres. Essa luta culminou com a formulação pelo Ministério da Saúde, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, ampliando as fronteiras da assistência materno-infantil pela incorporação de outros problemas e outras fases da vida. A contribuição do PAISM dá as indicações sobre o atendimento da mulher na prática cotidiana nos

ambulatórios ginecológicos, que deveriam ser de “*assistência integral clínico ginecológica e educativa*” (PAISM, 1984).

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: **ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde**⁶ (PAISM, 1984).

Pensar em integralidade quando tratamos de programas específicos, como neste estudo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), exige a definição do que seriam políticas especiais, compreendidas como aquelas especificamente formuladas para responder a determinados problemas de saúde, ou “aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional” (MATTOS, 2001:57). São respostas a certos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos. Entendemos aqui que toda situação de saúde não pode ser definida à margem dos atores sociais envolvidos (CASTELLANOS, 1997), o que envolve por isto a atenção às especificidades dos grupos, aqui neste estudo o grupo de mulheres com DPC.

Com relação à saúde da mulher, o movimento feminista teve participação notável na construção do conceito de integralidade acompanhando a formação e elaboração do PAISM. Considerando que os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista até então, descontextualizados culturalmente sem reconhecer “as diversas formas de dominação que conferia especificidades ao adoecimento das mulheres” (MATTOS, 2001, p. 58).

O atendimento à mulher realizado, ou preconizado, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), precisa ser contextualizado, identificado como um processo social e histórico resultante de múltiplos fatores. Esta contextualização importa ao tratarmos da atenção dada aos problemas de saúde, neste estudo a Dor Pélvica Crônica (DPC):

É mister assinalar que a possibilidade efetiva de existência do PAISM, com a conseqüente melhora nos indicadores de saúde da

⁵ Conjunto de intelectuais e militantes se engajaram na década de 70, em criticar o sistema nacional de saúde, suas instituições e práticas; tinham o sonho de uma transformação radical da saúde.

⁶ Grifo do próprio documento.

população feminina, está condicionada aos avanços rumo à consolidação do SUS (COSTA, 1999:319).

Até a implantação do SUS uma característica comum dos programas de saúde era a verticalidade, com conseqüentes ações desarticuladas. Como resultado houve uma segmentação da assistência, o que se traduzia por uma falta de visão integral, tendendo para a especialização, cada vez maior, do atendimento. Segundo Ana Maria Costa (1999), era preciso reformar o modelo assistencial para efetivar o SUS o que exigia a horizontalização dos serviços oferecidos, “com base na epidemiologia local da programação de saúde, fundada nos princípios da integralidade e da equidade” (P. 320).

A Constituição de 1988 incluiu em seu texto, de forma inédita, uma seção sobre a saúde, exigida pelo movimento de reforma sanitária. Neste documento magno a saúde foi inserida no Serviço de Seguridade Social, que é um conjunto de políticas e ações para proteção social da população. Neste sentido, a reforma sanitária que estava exigindo a inovação da assistência nos anos 70 e 80 possibilitou a formulação do PAISM, que deve ser entendido como uma política de atendimento para mulheres no contexto do SUS que tem em seus princípios a **universalidade**, a **equidade** e a **integralidade**.

O PAISM constitui-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (COSTA, 1999:327).

O PAISM foi uma tentativa de romper com a visão tradicional do sistema médico, que valorizava uma lógica materno-infantil predominante no atendimento à mulher, ao ter como objetivo a assistência em todas as suas fases de vida. Assim, o programa prevê um amplo campo de atuação, oferecendo atendimento gratuito às mulheres em todas as faixas etárias. Propõe que sejam oferecidas ações, para além do tradicional materno-infantil, para a reprodução humana, para aquelas que apresentem complicações resultantes de abortos ou que necessitem de abortos em casos previstos em lei, planejamento familiar, e controle de doenças como câncer, diabetes, hipertensão, dentre outras.

A formulação do PAISM, em 1983, foi resultante de exigências múltiplas de reforma sanitária, de implantação do SUS e também das lutas do movimento feminista que buscava efetivar suas conquistas, inclusive, no campo da saúde. Porquê mesmo com diversas conquistas femininas na vida pública, o atendimento à saúde da mulher, nas décadas de 70 e 80, era herdeiro de uma tradição assistencial que visava exclusivamente o momento da reprodução e as implicações específicas deste momento, pré-natal, parto, puerpério e contracepção (SILVER, 1999; VIEIRA, 1999 & 2002). O atendimento à mulher apresentava-se, portanto exemplarmente fragmentado.

Embora o PAISM seja um programa avançado sob a ótica das políticas públicas de saúde, muito há por fazer. Não se deve esquecer que a sua implementação ocorre num cenário macro-político e setorial perturbado com a permanente ameaça à consolidação do SUS (COSTA, 1999). Por isso, ele ainda encontra barreiras para sua concretização, com o quadro de saúde da população feminina evidenciado pelos indicadores epidemiológicos, bem como a insatisfação das usuárias deste programa, que precisa ser atualizado e ampliado para ser executado de fato. Diante disto, pode-se afirmar que a proposta de integralidade do programa carece de concretização no plano prático de atendimento à população, onde continuamos a lançar um olhar fragmentado às mulheres.

As condições em que as mulheres exercem seus papéis sociais, são agravadas por dificuldades econômicas, sociais e culturais. Some-se a isso a naturalização das desigualdades entre homens e mulheres que permite com que problemas de saúde da mulher passem como “*coisa de mulher*”, não merecendo por isto tratamento, dando à doença feminina uma invisibilidade social (DINIZ, 1999; AGUIAR 2004).

... os sintomas das mulheres são levados menos a sério do que os dos homens; ... elas recebem menos informação; esperam mais tempo; têm menos alternativas de tratamento; recebem menor seguimento... (PITTMAN & HARTIGAN, 1995, in DINIZ, 1999:380).

Aliado a esse quadro os profissionais de saúde freqüentemente reforçam relações que provocam iatrogenias à saúde da mulher e retrocessos à autonomia e ao fortalecimento de seu papel social enquanto cidadãs de direito. No atendimento às mulheres se estabelecem estruturas e mecanismos específicos de parcialização do

cuidado, o que torna a falta de integralidade do sistema de saúde mais patente e suscetível de críticas (SILVER, 1999).

É necessário pensar, portanto, os sentidos do princípio da integralidade, opostos a qualquer tipo de reducionismo. É preciso entendê-la de forma ampliada com o olhar às necessidades dos grupos, interrogando as melhores formas de responder a estas necessidades. Pensar a integralidade é discutir os atributos das práticas dos profissionais de saúde, os atributos da organização dos serviços e as respostas governamentais aos problemas de saúde.

E ao pensar a integralidade desta forma ampliada torna-se inevitável discutir a questão da humanização que aponta para a qualidade da atenção. Não é de hoje o debate acerca do tema Humanização. O movimento feminista em saúde já tinha o tema como pauta de discussão principalmente em iniciativas como a humanização do parto e com relação aos direitos reprodutivos das mulheres. Porém em 2000 ganha vulto com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e também com a inclusão na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. O objetivo geral do PNHAH é promover uma nova cultura de atendimento à saúde, aprimorando as relações entre profissionais, usuários/profissionais e entre hospital/comunidade. O PNHAH foi substituído, atualmente, por uma política de assistência conhecida como “Humaniza SUS”.

Pensar a humanização nos dá a idéia de ação, de uma diretriz reconstrutiva da lógica assistencial vigente e não satisfatória. Assim como a integralidade o termo humanização mostra-se polissêmico. Talvez herança de uma noção caricaturada cristã de bem ao próximo o que esconderia uma noção política desafiadora. Assim, temos a coexistência de múltiplas definições.

Porém, para delimitação teórica o termo pode ser definido de forma ampla como um movimento, uma diretriz de trabalho. Suely Deslandes (2004) o define como uma forma de “*assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais*” (P. 08). De acordo com a autora é preciso ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

Nesta filosofia humanista ainda não estão demarcadas sua abrangência e aplicabilidade. Há contornos de uma nova *práxis* para a assistência, porém a fundamentação teórico-prática neste campo necessita exploração e investimento. No entanto, já é possível estabelecer princípios que se encontram e alargam a diretriz da integralidade. Estes princípios nos levam a pensar a humanização como oposta à

violência, como uma capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento entre profissional de saúde e paciente, com a melhoria das condições de trabalho do cuidador e de uma melhora no processo comunicacional (DESLANDES, 2004).

A partir do exposto acima pensar em saúde integral da mulher é pensar num campo de debates e conflitos, pensar dentro de uma perspectiva crítica o atendimento, e ter como noções rastreadoras os conceitos de: direitos, equidade, humanização e integralidade. A área de ação é por excelência uma área interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e “intersistêmica”, envolvendo autoridades públicas, gestores, técnicos e sociedade civil. Na prática, esta pluralidade acaba por se configurar em dificuldades adicionais para a efetivação do PAISM e da melhoria do atendimento às mulheres.

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pergunta fundamental sobre um método, não é se, e quanto, ele é verdadeiro, mas se, e quanto, ele é útil para arar o terreno empírico que temos em frente (PERRONE, In SERAPIONI, 2000).

Este estudo teve como objetivo geral investigar quais são as representações construídas pelas mulheres que sofrem de dor pélvica crônica (DPC) sobre o seu adoecimento, ou seja, o que elas entendem por DPC. Como objetivos específicos, pretendemos investigar a percepção destas mulheres com DPC de como a doença atua no cotidiano das suas relações inter-pessoais, incluindo as relações no âmbito familiar e as relações estabelecidas na assistência à sua saúde, e propiciar a possibilidade de reflexão sobre a questão da DPC no sentido de um olhar mais integral para a assistência destas pacientes pela rede pública de saúde.

A abordagem metodológica escolhida foi a qualitativa, reconhecendo no entanto que esta nomenclatura pode estereotipar mais que esclarecer. Deslandes & Assis (2002) afirmam que as diferenças vão além de simples oposições binárias:

... o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença (P. 195).

A escolha se deu acima de tudo devido aos conceitos, hipóteses e variáveis operadas neste estudo. De acordo com Serapioni (2000) e Deslandes & Assis (2002), o mais importante não é nomear o método, e sim atentar para sua adequação ao objeto a que se propõe estudar, antes de tudo “ter clareza sobre que tipo de análise da realidade ele possibilita construir” (DESLANDES & ASSIS, 2002:198).

As categorias de saúde e doença são fenômenos sociais significativos (ALVES, 1993; MINAYO & SANCHES, 1993; MINAYO, 1998) e complexos. Neste sentido, as representações sobre estes fenômenos não surgem *no e do* ‘nada’.

Elas são construídas historicamente, no campo das interações, sofrendo influência das estruturas cristalizadas, orientando e sendo reorientadas pela ação dos sujeitos em suas práticas cotidianas (DESLANDES & GOMES, 2004:101).

Portanto, além de assinalarmos a importância da abordagem qualitativa é também preciso situar que a escolha do objeto deste estudo implica reconhecer que há uma postura interpretativa por parte da pesquisadora. Portanto, uma relação dinâmica, “*não neutra, do sujeito-observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta*” (GOMES & DESLANDES, 2004:103). Será então, uma interpretação com lacunas, mas cuja construção foi realizada e assumida pela pesquisadora. No entanto, como diz Passeron (*apud* DESLANDES & ASSIS, 2002) não se trata de uma interpretação livre,

... pois além de ter uma base empírica, constrói-se a partir de uma interpretação conceitual. Em síntese, teríamos que a interpretação, na pesquisa qualitativa, é vista como base da própria ação de pesquisa. Estará presente durante todo o seu processo (no trabalho de campo para construir hipóteses, na interação do pesquisador com os sujeitos pesquisados) e constitui o exercício para a análise (P:207).

Ainda importa considerar que os métodos qualitativos se adequam bem às áreas de interesse nas quais ainda não se tem desenvolvido um adequado conhecimento teórico e conceitual, “*ou não foram formuladas hipóteses precisas ou ainda não sabemos com clareza o que estamos buscando*” (SERAPIONI, 2000:190). A proposta desta pesquisa é realizar um estudo exploratório devido à falta relativa de trabalhos acadêmicos encontrados que abordassem o problema da DPC e seu entrelaçamento nas relações interpessoais das mulheres adoecidas por esta enfermidade.

III.1. O CAMINHO

Afirmar que será utilizada uma metodologia qualitativa não basta. Mostra-se inócuo visto que apenas nos leva a uma pretensão de trabalhar atribuindo significados ao que se estuda, “interpretando as interpretações”. É necessário esclarecer quais foram os métodos, parafraseando Minayo & Deslandes (2002), quais os caminhos do pensamento utilizados. Pensando as articulações interpretativas tomadas como guias, chegamos no *como* foram interpretados os dados. Utilizamos, então, a abordagem hermenêutica dialética.

Entende-se a análise hermenêutica-dialética como uma metodologia de abordagem da comunicação, “uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” (MINAYO, 1998:218). E que segundo Minayo (1998; 2002), ao ser proposta por

Habermas e Gadamer na década de 60, buscava formas de conseguir objetividade e de abordar a *práxis*. Uma tentativa de compreensão dos dados que se coloca além de uma técnica reducionista de tratamento dos dados coletados nas pesquisas sociais, uma abordagem que conduz à reflexão ao mesmo tempo compreensiva e crítica de análise da realidade social.

É uma busca de sentido que se dá na comunicação entre os seres. É a união da *arte da compreensão* – hermenêutica - com a *arte do estranhamento e da crítica* - dialética (MINAYO, 2002). Esta busca de sentido ocorre num ponto no tempo e no espaço, por isso é uma busca contextualizada e limitada pela intersubjetividade de quem analisa os dados e pela linguagem, veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação.

O fato de pertencermos a determinado grupo social, a determinado tempo histórico, de possuímos determinada formação, faz que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista (MINAYO, 1998).

Reconhecemos assim que a análise dos dados foi orientada por uma busca de compreensão limitada, inevitavelmente, pelo contexto da pesquisadora. Mais ainda, considerando a subjetividade das partes envolvidas, assumimos a finitude e os limites da compreensão deste estudo.

A análise dos dados precisa ser realizada de forma cuidadosa para que os obstáculos inerentes à dinamicidade das pesquisas qualitativas e a dificuldade de junção de teorias e conceitos muito abstratos fossem minimizados. O roteiro adotado para o tratamento do material colhido foi proposto por Minayo (1998):

1. Ordenação dos dados através da transcrição das gravações, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem por temas, separação por grupos de entrevistas, e dentro desses grupos recortes em termos de "unidades de registro", referenciadas por tópicos de informações ou temas, em cada entrevista.
2. Classificação dos dados, que sob o ponto de vista dialético, é feito a partir do material recolhido, mas tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos do pesquisador. Este momento envolveu: uma leitura exaustiva e repetida dos textos, favorecendo o estabelecimento de categorias empíricas (o que os dados trouxeram) e o confronto, na busca de relações dialéticas, contradições e sínteses parciais, com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas para a investigação. "Enxugamento"

da classificação por temas de maior relevância e reagrupamento em torno de categorias centrais.

3. Análise final, onde foi feita uma síntese entre uma base teórica escolhida previamente e os dados empíricos colhidos; foi realizado um retorno ao marco teórico previamente utilizado como ponto de partida.

Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO, 1998:236).

III.2. O CAMPO

O presente estudo compreendeu o trabalho de campo como uma fase indispensável e essencial à pesquisa qualitativa. Entende-se por campo, “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 1998:105). Portanto, a descrição do campo onde foi realizada a pesquisa está diretamente ligada às concepções de saúde e doença investigadas e à relação estabelecida com o pesquisador e seu objeto de estudo.

A relação da pesquisadora com o espaço físico onde foram realizadas as entrevistas mostrou-se única e permeada pelas construções e representações sociais relativas a um profissional de saúde mental num serviço de saúde, onde muitas vezes esta foi solicitada a realizar atendimentos clínicos e intervenções próprias da profissão. Mas antes de tudo foi o momento onde a teoria encontrou-se com o empírico, transformando-se num momento ímpar.

O trabalho de campo foi realizado no Ambulatório Geral de Ginecologia de um hospital público e universitário do Rio de Janeiro. Inicialmente este estudo estava planejado para efetivar-se num Ambulatório especializado no atendimento a mulheres com DPC. No entanto, devido a uma longa greve (aproximadamente nove meses), não foi possível a concretização da proposta inicial, sendo o local, onde foram realizadas as entrevistas, gentilmente oferecido por um dos *staffs* médicos desta instituição. Este profissional muito incentivou a realização do trabalho, viabilizando contatos que permitissem autorização legal para o início da pesquisa. A pesquisadora não possuía nenhum tipo de vínculo prévio com a instituição.

O local escolhido justificou-se, além do exposto anteriormente, por algumas motivações de ordem pessoal e prática. Neste hospital há um fluxo contínuo e intenso de mulheres atendidas por este serviço, favorecendo a possibilidade de realização das entrevistas. O acesso foi facilitado, por membros da própria equipe médica, para que a pesquisadora realizasse seu trabalho, o que viabilizou o acesso à profissionais e pacientes da instituição.

O atendimento à clientela é realizado diariamente, de segunda a sexta-feira. Nas segundas, quartas e sextas é realizada uma triagem para as pacientes de primeira vez ingressarem no ambulatório. Esta triagem é realizada por residentes médicos de Ginecologia e especializandos, também de Ginecologia, da própria instituição. Os atendimentos desta clientela ocorrem nestes três dias da semana, pela manhã.

As pacientes que já são clientes do hospital são atendidas na parte da tarde de todos os dias da semana. Porém, apesar de apenas serem atendidas no horário da tarde, devem chegar pela manhã para entregarem seu cartão de identificação no serviço de prontuários para que os mesmos estejam a disposição da equipe na hora do atendimento. Desta forma, as pacientes permanecem no hospital do horário da manhã, até o horário de sua consulta a tarde.

A equipe é composta por um médico ginecologista responsável, (*staff*), residentes, especializandos e estudantes de medicina do sétimo período sob orientação do *staff* do dia. Além destes, o ambulatório conta com técnicas de enfermagem e auxiliares. A mulher poderá ser atendida por qualquer um dos profissionais médicos porque os prontuários são arrumados de forma que sejam selecionados de forma aleatória. Não há um critério de seleção prévia de prontuários formalmente estabelecido. Porém, os estudantes (aqui denominamos estudantes todos àqueles em formação acadêmica) disputam os prontuários de acordo com casos que lhe sejam interessantes, seja pela “facilidade” do caso (“*Vou pegar um que não seja complicado demais para acabar rápido*”), seja pela complexidade do mesmo (“*Vamos pegar um bem cabeludo?*”).

As principais fontes de encaminhamentos para este ambulatório são por vias externas. As pacientes vêm de outros hospitais ou postos de saúde, referendadas de outras instituições públicas devido a especificidade do hospital. Todos os exames necessários, como o *papanicolau* (o “preventivo”), exames laboratoriais, e inclusive exames de excelência em ginecologia como ultra-sonografia e mamografia, podem ser realizados na própria instituição quando as condições os permitem. Por ser um hospital

público sofre dos “males” do sistema de saúde brasileiro: filas de espera, aparelhos quebrados, etc. Inclusive recebem pacientes de áreas programáticas distantes da qual localiza-se, como a maioria das instituições públicas brasileiras. Estes exames nem sempre encontram-se disponíveis no tempo necessário, o que faz com que as mulheres, muitas vezes, passem por uma peregrinação dentro da própria instituição.

Se qualquer uma das mulheres necessitarem de serviços de referência ela contará, dentro do próprio hospital com serviços de nutrição, endocrinologia, cirurgia vascular, entre outros. Porém, não consta, no espaço físico do hospital qualquer serviço de Saúde Mental, ou Clínica Médica. Devendo ser encaminhada, caso assim necessite, para serviços de referência externos a instituição.

O espaço físico é composto de *boxes* de atendimento para o momento inicial da consulta. Neste momento é colhida a história clínica da paciente e ocorre a averiguação das queixas verbais. Caso haja necessidade e possibilidade, a depender do caso da paciente, existem *boxes* específicos para o exame ginecológico. Os locais de atendimento não favorecem a privacidade das pacientes.

Diante do exposto acima, as entrevistas aconteceram em uma sala do próprio Ambulatório Geral, porém que não é utilizada para o atendimento das pacientes deste serviço geral. É utilizada para a “sub-especialidade”: Patologia Vulvar.

Não foram encontrados neste serviço dados sistemáticos que viabilizassem a elaboração de um quadro sobre o perfil destas pacientes. O que ressalta o cenário brasileiro de pouca valorização, geralmente dada aos indicadores sócio-econômicos, na documentação dos pacientes atendidos nos serviços públicos de saúde.

III.3. A TÉCNICA

A técnica escolhida para a coleta dos dados foi a entrevista⁷ através de um roteiro semi-estruturado, realizado individualmente. Esta modalidade de entrevista combina perguntas fechadas, condicionadas às propostas pelo entrevistador, e abertas, “onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 1998:108). A escolha de entrevistas deste tipo para a coleta de dados se justificou por possibilitar a informação de dados “objetivos” e “subjetivos”.

⁷ “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (KAHN & CANNELL *apud* MINAYO, 1998:108).

Segundo Minayo (1998), os dados “subjetivos” referem às informações sobre atitudes, valores e opiniões. A entrevista é, para esse tipo de dado, instrumento privilegiado, considerando a fala “reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos” (p:109) e veículo de informação sobre as representações de determinados grupos, “em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p:109). Por tudo isso, para esta autora, a *fala de um* se torna a *fala de muitos*. Através da linguagem se expressa a tradição cultural e onde ficam marcadas as ideologias que perpassam as relações de trabalho e de poder.

... ao mesmo tempo em que os modelos culturais interiorizados são revelados numa entrevista, eles refletem o caráter histórico e específico das relações sociais. Desta forma os depoimentos têm que ser colocados num contexto de classe, mas também de pertinência a uma geração, a um sexo, a filiações diferenciadas etc. E porque cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais, informa sobre uma “subcultura” que lhe é específica e tem relações diferenciadas com a cultura dominante (MINAYO, 1998:113).

A entrevista é uma situação organizada para captar informações. Para complementar os dados colhidos através desta técnica, utilizamos um caderno de campo para anotar as observações relevantes sobre a dinâmica do campo de estudo e para a descrição de relações, práticas, gestos e a fala informal sobre o cotidiano do nosso objeto de estudo. Neste diário anotamos falas de profissionais que eram consideradas emblemáticas do tratamento dispensado às mulheres entrevistadas.

As entrevistas com as mulheres foram realizadas, como dito anteriormente, numa sala reservada, utilizada como consultório, disponibilizada para a realização do estudo pela equipe médica. A abordagem e a solicitação de participação das mulheres ocorreram, no dia de consulta, com o objetivo de aproveitar a presença delas na instituição. Foram realizadas treze entrevistas com mulheres e todas ocorreram após indicação por parte da equipe, a partir dos critérios de seleção adotados neste estudo.

Os cuidados éticos da pesquisa seguiram os parâmetros estabelecidos a partir da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A presente pesquisa:

1. realizou a coleta de dados após aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido aos indivíduos-alvo da pesquisa, em respeito a sua dignidade e autonomia;
2. comprometeu-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, dada a relevância social da pesquisa que implica em vantagens significativas para o grupo pesquisado;
3. durante a situação da entrevista não foram desencadeadas reações emocionais que necessitassem de encaminhamento a Serviços de Saúde Mental; o que se necessário contava com um respaldo da equipe do hospital, por quem o entrevistado receberia o devido encaminhamento;
4. foram asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização do grupo pesquisado e da instituição, bem como a não utilização das informações em prejuízo dos mesmos, inclusive em relação a sua auto-estima, prestígio e situação econômica mantendo o anonimato absoluto às partes envolvidas;
5. o retorno dos benefícios possibilitados, de acordo com o interesse e disponibilidade do grupo pesquisado e da instituição onde foi realizada a pesquisa, foi comprometido pela pesquisadora;
6. após o término da pesquisa, as fitas contendo a gravação das entrevistas serão devidamente inutilizadas para melhor segurança do anonimato dos entrevistados.

III.4. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

As mulheres que apresentavam dor pélvica crônica foram selecionadas a partir de um diagnóstico prévio dos profissionais de saúde da instituição. Como tratava-se de uma instituição universitária, onde os estudantes de medicina fazem prioritariamente os atendimentos, a pesquisadora só atendeu mulheres onde os *staffs* responsáveis validavam a indicação dada por estes estudantes.

Para garantir que todos os integrantes da equipe tivessem ciência da pesquisa e dos critérios de seleção da mesma, foram tomados alguns cuidados. Foram fixados, em todas as paredes das salas de atendimento e murais do ambulatório, cartazes (**vide anexo 06**) com os critérios de seleção das pacientes. Além desta medida, a pesquisadora, diariamente, antes do início dos atendimentos, conversava com os membros da equipe reiterando a importância de que fossem indicadas todas as pacientes

que eles identificassem ou que tivessem dúvidas de que poderiam participar da pesquisa. Este contato pessoal tinha como objetivo garantir que apesar da rotatividade de pessoal, inerente a todo local destinado ao treinamento profissional, todos soubessem do estudo que estava sendo realizado.

Os critérios de escolha das mulheres a serem entrevistadas foram: apresentar DPC por no mínimo um ano, ter mais de 20 anos e menos de 60 anos, não ser usuária de drogas ilícitas e não possuir causa orgânica, comprovada cientificamente ou em vias de comprovação, que pudesse provocar sua dor. Era necessário também, apesar de não estar declarado no cartaz fixado, que a paciente tivesse vínculo com a instituição, em outras palavras que tivesse o cartão de matrícula do hospital.

Os critérios de exclusão foram adotados seguindo alguns parâmetros éticos e técnicos. No que se refere ao tempo de apresentação ou queixa de dor, segue a definição de dor crônica, adotada nesta pesquisa, como aquela dor que persiste por mais de seis meses. A exclusão de usuárias de drogas ilícitas foi feita porque estas pacientes, devido à complexidade da dependência química, poderiam trazer questões que fugiriam a temática da pesquisa.

A exclusão de pacientes com diagnóstico orgânico comprovado ou em vias de comprovação se deve por compreendermos que o objeto de investigação desta pesquisa refere-se àquelas dores que algumas mulheres sentem, cuja causa não encontra-se com respostas claras e legitimadas pelo saber médico hegemônico. Porém, a dor que sentem lhes causa incômodo suficiente para procurarem ajuda clínica.

Nesta dissertação, foram consideradas dez entrevistas com mulheres com DPC, por entendermos ser este um número suficiente para que pudéssemos apreender as questões propostas neste estudo. No total, foram realizadas treze entrevistas, porém três destas foram descartadas ou por colocarem em dúvida algum dos critérios excludentes propostos inicialmente ou em função do próprio movimento de adequação do roteiro de questões ao objeto de estudo.

IV. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Foram consideradas para esta pesquisa dez entrevistas realizadas entre os dias 23 de fevereiro de 2005 e 26 de abril de 2005. No **anexo 01** segue uma apresentação das entrevistadas para que o/a leitor/a interessado/a possa conhecer um pouco melhor cada uma das personagens aqui descritas. A descrição dos dados a seguir inicia-se com dois quadros de análise: perfil sócio-econômico e outro denominado sócio-relacional.

No perfil sócio-econômico são descritos dados sobre a idade, a naturalidade, a profissão, a ocupação atual, a escolaridade e a renda familiar e individual de cada uma das entrevistadas. Reúnem-se como dados objetivos do perfil sócio-relacional: o estado civil, a situação conjugal atual, relacionamentos significativos anteriores e o número de filhos. Todas as respostas consideradas foram aquelas dadas pelas próprias pacientes ao responderem às perguntas do questionário (vide **anexo 02**).

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

Quadro 1 — Perfil Sócio-Econômico

Identif	Idade	Naturalidade	Profissão	Ocupação	Escolaridade	Renda Familiar / Individ.
M 1	40	Cachoeiras de Macacu	Do Lar	Pizzaiola	Ens. Fund Incompleto (4ª S)	R\$ 500,00 / R\$280,00 ⁸
M 2	23	Rio de Janeiro – Rj	Secretária	Desempregada	Superior Incompleto (Fisioterapia)	R\$ 1700,00
M 3	39	Espírito Santo	Artesã	Artesã	Ens. Médio Incompleto (Cursando)	R\$ 600,00 / R\$200,00
M 4	46	Campina Grande – PB	Faxineira	Faxineira	Ens. Fund Incompleto (4ª S)	R\$ 450,00 / R\$150,00
M 5	22	Valença – RJ	Do Lar	Desempregada	Ens. Médio Incompleto (2º Ano)	R\$ 560,00
M 6	30	Queimados – RJ	Téc.Enferm. e Gesseira	Desempregada	Ens. Médio Completo	R\$ 300,00
M 7	58	Nova Iguaçu – RJ	Manicure	Desempregada (Pensionista por viuvez)	Ens. Fund Incompleto (4ª S)	R\$ 2500,00 / R\$ 1150,00
M 8	42	Ceará	Não tem	Acompanhante	Ens. Fund Incompleto (4ª S)	Não Refere / R\$ 150,00
M 9	43	Murici – Al	Artesã	Doméstica	Ens. Fund Incompleto (5ª S)	R\$ 600,00 (Aproximada) / R\$430,00
M 10	54	Itaguaí – RJ	Secretária Executiva	Secretária Executiva	Superior Incompleto (História)	R\$ 2200,00

⁸ Valor referente ao salário mínimo vigente na época da entrevista.

No grupo em questão as mulheres estão todas na idade adulta; 70% da amostra concentra-se entre 39 anos e 58 anos. Duas possuem menos de 25 anos, 22 e 23 consecutivamente, e uma tem 30 anos.

Quatro mulheres nasceram fora do Estado do Rio de Janeiro. Três dessas mulheres são nordestinas. Cinco entrevistadas nasceram no Estado Fluminense, porém, fora do município do Rio. Apenas uma nasceu na cidade do Rio de Janeiro.

Com relação ao local de moradia, 90% das mulheres não moram na Área Programática (AP 1.1) abrangida pelo hospital onde foram realizadas as entrevistas⁹, e a maior parte da amostra não mora na cidade do Rio de Janeiro.

As profissões encontradas foram: duas artesãs, uma técnica em enfermagem e gesseira que nunca exerceu nenhuma das profissões, uma manicure, uma faxineira e duas secretárias. Três afirmaram não ter profissão. Apesar da maioria referir ter uma profissão (70%), há um predomínio de atividades ligadas ao mercado informal de trabalho. Três encontravam-se desempregadas à época da entrevista. Apenas duas trabalhavam de carteira assinada, sendo uma funcionária pública federal.

Com relação à renda familiar, sete mulheres vivem com menos de R\$ 600,00, destas uma afirma que a família recebe menos de um salário mínimo. Três apresentam renda familiar a partir de R\$ 1700,00.

Nenhuma das entrevistadas tem curso superior completo, duas têm o curso superior incompleto, uma tem o ensino médio completo e duas incompleto. Cinco não têm o ensino fundamental completo, o que representa 50% da amostra. A análise do perfil sócio-profissional das entrevistadas mostra uma inserção predominante no mercado informal de trabalho, associada ao baixo grau de escolaridade, 50% com ensino fundamental incompleto.

PERFIL SÓCIO-RELACIONAL

Quadro 2 — Perfil Sócio-relacional

Identif.	Estado Civil	Situação Conjugal Atual	Relacionamentos Anteriores	Número De Filhos
M 1	Casada	Casada	Um Casamento aos 15 Anos	04
M 2	Casada	Casada	Um Noivado de 03 anos	Não
M 3	Solteira	Mora com Companheiro Há 06	Um Primeiro Casamento de 6,5 Anos	Não

⁹ Bairros referentes a Área Programática 1 (AP 1.1): Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Tereza, São Cristóvão, Santo Cristo e Saúde (CADERNOS DO IPUB; VOL VI, Nº 17, 2000).

		Anos		
M 4	Casada	Casada	Não	02
M 5	Solteira	Mora com Companheiro há 4 Anos	Não	02 (Uma falecida)
M 6	Casada	Separada há 3 Semanas	Dois Noivados	01
M 7	Divorciada do primeiro relacionamento e viúva do segundo	Solteira	Primeiro Casamento 18 anos de convivência e do segundo 05 Anos	05 (Dois falecidos)
M 8	Casada	Casada (“Casada, e bem casada”! rsrs...)	Três	04
M 9	Solteira	Mora com Companheiro há 08 Meses	Dois Casamentos de 07 e quatro Anos respectivamente	Não
M 10	Solteira	Solteira	Namoro de aproximadamente dois anos	02 (Um adotivo)

Os dados apontam para um predomínio de relacionamentos estáveis ao longo da história de vida das entrevistadas, ainda que tais relações não tenham sido mantidas até o momento da entrevista. A maioria das mulheres (M 1, M 2, M 3, M 4, M 5, M8, M 9) viviam com seus companheiros a longo tempo à época da pesquisa. Três moram com familiares, porém apenas uma (M 10) nunca “casou”.

Um achado que merece ser destacado, desde já, são os relatos de violência nas relações íntimas destas mulheres, desde a infância, conforme o quadro a seguir.

Quadro 3 - Violência e DPC declarada nas relações interpessoais

IDENTIFI	ABUSO SEXUAL/IDADE	IDADE DE INÍCIO DA DOR	EVENTO RELACIONADO À DOR	FAMILIARES ACOMETIDAS
M 1		26 anos	Após ligadura de trompas	Não relata
M 2	Relata molestação por estranho dentro de um hospital ao ir visitar a avó/ aproximadamente 10 anos	22 anos	Crise na faculdade	Não relata
M 3	Relata tentativa de estupro por vizinho dentro da própria casa/ aos 7 anos	22 anos	Após o casamento	Sim, todas as três irmãs
M 4	Relata molestação por irmão mais velho dentro da própria casa/ aos 14 anos	Diz não lembrar o início, mas com grande piora há seis anos, ou seja, aos 40 anos	Crise da filha mais velha	Não sabe: “eu não tenho intimidade pra ficar perguntando essas coisas”
M 5		20 anos	Morte da filha mais nova	Não sabe: “não sou muito de ficar falando”
M 6	Relata duas tentativas de estupro por tio (21 anos) e mendigo (12 anos) e um episódio	25 anos	Pós-parto complicado	Não sabe

	de estupro aos 27 anos por ex-namorado			
M 7	Relata tentativa de estupro aos sete anos por vizinho/ aproximadamente aos 7 anos e por primeiro marido na vida adulta	40 anos	Eventos traumáticos todos no mesmo ano: morte do filho mais velho por afogamento, viuvez do segundo marido e ida da filha mais velha para a Europa.	Irmã
M 8		25 anos	Primeira relação sexual	Irmã e filha mais velha
M 9		Aproximadamente 13 anos	Primeira menstruação e primeiras relações sexuais	Mãe biológica e irmã
M 10		34 anos	Após o parto piorou	Não sabe

Sobre a presença na família de DPC, encontramos quatro mulheres que afirmam ter familiares diretas, irmã, filha e mãe com esse tipo de dor (M 3, M 7, M 8 e M 9). Inclusive a mãe biológica de M 9 que foi adotada aos três anos de idade:

... minha mãe biológica tem ... e minha irmã, só que ela não é igual, porque ela tem um filho eu não tenho... (M 9)

Tem uma irmã que sente, faz todos os exames e não dá nada (M 7)!

Duas mulheres referem não saber se há ou não parentes que apresentem DPC (M 4 e M 6). Confessam não ter intimidade para perguntar e conversar sobre essas coisas: “... *não sou muito de ficar falando!*” (M 6). Por este motivo não souberam responder se há ou não outras mulheres em sua família que apresentem DPC.

DOR PÉLVICA CRÔNICA

O adoecimento fala de uma realidade construída por processos significativos, socialmente partilhados. Esta experiência aponta para aspectos sociais e cognitivos, subjetivos e objetivos. A doença reflete um complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimentos (ALVES, 1993).

A partir destas observações, tentamos compreender as representações que as entrevistadas têm sobre a DPC, assim como o seu processo de adoecimento. Através de suas falas, procuramos captar o que essas mulheres trazem de seu estoque de conhecimentos, e as experiências nas suas relações interpessoais que são, ao mesmo tempo, singulares e coletivas, para dar significado à doença.

Desta forma, para uma melhor compreensão dos dados coletados dividimos a análise sobre as representações do adoecimento por DPC, em duas etapas principais com fins meramente didáticos. Descreveremos uma primeira etapa, onde constam os dados sobre o tempo de adoecimento, o histórico da DPC, quando iniciou, a primeira procura médica e a presença ou não da doença em sua família. A segunda etapa consiste em representações sobre a DPC: o que sabem sobre a dor, o comprometimento das suas atividades, a atenção médica recebida e o que pensam sobre a DPC.

O INÍCIO: PROCURANDO AJUDA

Com relação ao tempo de adoecimento encontramos uma média de quinze anos de história de adoecimento. A predominância foi de mulheres que estão há mais de quatorze anos com a mesma queixa de dor. Podemos sistematizar este dado na tabela abaixo:

MULHERES	TEMPO DE ADOECIMENTO/ANOS
M 1	14
M 2	1,5
M 3	17
M 4	20
M 5	02
M 6	3,6
M 7	18
M 8	25
M 9	30
M 10	20

Todas as mulheres entrevistadas declararam ter procurado o serviço público de saúde no momento inicial de adoecimento, quando começaram a sentir as primeiras dores. Desde o início observamos sentimentos de esperança e confiança depositadas no serviço de saúde e principalmente na figura do médico, exemplificadas pela fala de M 4:

... eu vejo um profissional uma pessoa muito especial na minha frente, eu vejo um médico, uma pessoa que pode me ajudar, seja ele qual for ... eu dependo dele, então eu tenho médico como uma pessoa muito especial na minha vida, eu dou muito valor pro médico, eu sou a pessoa que dá maior valor ...

São comuns os relatos de que, no momento em que todas as mulheres buscaram o serviço de saúde ou os profissionais davam diagnósticos precocemente sem exames complementares para sua confirmação, ou exigiam baterias intermináveis de investigação.

... fui na ginecologista. Ela não me deu toque, não fez nada. Ela só falou assim: *ou é uma pedra nos rins ou então é uma infecção urinária*. Ai passou um creme vaginal, então eu vim embora pra casa, passei o creme e a dor continuou (M 5).

Quando eu procurei a primeira vez, eu morava na Tijuca e o médico falou que eu tinha que fazer histerectomia... eu tinha que fazer que eu estava com mioma, que isso, que aquilo... quer dizer uma crise, comecei a chorar. Depois eu fui em outro médico, ai não tem mioma nenhum... Procurei orientação médica, ai eles diziam *ai é irradiação, isso pode ser consequência do ciático. Isso ai é problema de coluna...* eles sempre acharam que era problema de coluna (M7).

No caso de M 3, mesmo sendo atendida diversas vezes, tinha vergonha de expor seus problemas reais e os profissionais também não perguntavam, numa evidente falha de comunicação:

... fui ao médico quando estava casada. Fui ao médico, fiz preventivo, só que não falava pro médico que sentia dor, tinha vergonha de falar que quando tinha relação doía... quando o médico começou a perguntar se a minha relação doía, ai que respondi. Porquê eu nunca cheguei pra ele e falei (M 3)

Com relação à procura médica no momento inicial de adoecimento, os dados remetem a uma constatação desanimadora para as mulheres, que sentem que não foram atendidas no que estão necessitando:

Eu procurei os médicos de lá de Rio Bonito mesmo, né!? Mas sempre os médicos dizendo que nada, nada, não tem nada, e ficou por isso, né?! Não dizia nada mesmo, dizia só isso ai é normal e vou dar uma ‘injeçãozinha’ e pronto e eu vinha pra casa, passava na hora mas voltava de novo ... (M 1).

Eu sempre senti há muitos anos, desde solteira, essa dor... mas sempre estou falando isso com os médicos, eu falo, falo, falo tudo que sinto! (M 4).

... eu sentia dores e ia pro hospital, mas diziam que você ta com inflamação aí passava um remédio... às vezes minha patroa entrava na cozinha eu tava caída no chão, aí ela me levou pro Hospital... fizeram vários exames em mim, não detectaram o que tinha. Aí eles me operaram, só que nessa operação eles me operam pra tirar as dores, só que fiquei pior, porque depois dessa operação não podia mais me movimentar, não podia trabalhar, não podia fazer nada, não podia ter filhos... (M 9).

Os dados colhidos sobre a atenção médica no momento de início do adoecimento revelam que a maioria quase absoluta, oito em dez das mulheres, não se sentiram acolhidas em suas queixas pelo sistema de saúde. Sentiram-se minimizadas em suas dores e o problema continuou:

... eu sempre estou falando isso com os médicos, ... o último médico que fui, o ginecologista ... disse que era assim mesmo... (M 4)

Eu já ouvi médicos falar *isso, é dengo. Isso passa quando casar*. Já ouvi muito isso, quando casar passa... (M 3)

... o médico – disse assim: *isso é falta de ficar namorando antes...* se eu continuar namorando e continuar a doer? *Não posso fazer nada por você, continua sentindo dor... isso ai é normal, é normal...* (M 6)

A procura médica inicial pelas entrevistadas é uma busca de solução para seu problema imediato. E quando percebem que não estão ou, não serão atendidas nesta expectativa, muitas reivindicam pelo menos, encontrar explicação para ela, sob o entendimento que compreender seu problema alivia a situação:

... eu acredito que o médico ele não só pode ajudar com os remédios, ele pode ajudar explicando, entendeu, isso já é uma ajuda (M 4).

... eu ia pro médico que falava: - *Você tá com inflamação*. Passava remédio aí não melhorava, aí quando foi um dia vim pra cá ... quando entrei no consultório e falei: - *Eu posso tá com qualquer doença, mas eu quero saber que eu tenho*. Aí ela [a médica] falou que ia fazer um exame detalhado em mim e tal, aí fez vários exames, aí deu, assim que eu tinha cólica crônica. Podia acalmar, mas boa não ia ficar... pra mim foi um alívio, uma coisa que você sabe que não vai ter cura, mas que você sabe o que é (M 9).

Repetir o “palavriado médico” não significa compreensão de sentidos. Algumas não sabem explicar o que pensam sobre a dor porquê afirmam nunca terem recebido uma explicação que as convençam ou que seja clara: “... *dessa que está falando aí, não tem explicação, porque não dá explicação pra mim sobre essa dor*” (M 1).

A iniciativa de compreender o discurso médico parece remeter a uma tentativa de compreender e ser compreendida, em princípios que possibilitem entender sua própria experiência. Porém, nem sempre conseguem, mesmo ou até quando os médicos se dispõem a explicar suas dores.

...ela [a médica] explicou bem calminha, né?! Mas agora eu não vou conseguir falar os nomes que ela falou de jeito nenhum... ela disse que era uma dor pélvica que estava, como é que posso falar, o negócio estava desviando, não sei explicar... (M 5)

As dores apresentadas pelas mulheres e a forma com que elas expressam seu sofrimento parecem demonstrar que estas passam a incorporar, ou pelo menos tentam, um discurso dicotomizado e excludente que pode gerar um olhar partido, reduzido, tanto por parte dos profissionais como por parte das mulheres. Elas tentam dividir o que sentem entre o que seria da ordem do físico, e o que seria do psíquico, como se a presença de um excluísse a possibilidade do outro:

Olha, de problemas, eu vejo assim: dor pode ser acarretado assim com o passado sofrido, mas dor que estou sentindo na cabeça não deve ser, eu tenho certeza disso! As dor na barriga eu acho que é problema ginecológico, não é problema psicológico (M 4)

... depois que ela [a filha] faleceu que ai foi aparecendo estas dores... Mas apesar que isso não tem nada a ver, né? Falecer com dor na barriga? Acho que não, porquê dor pélvica com falecimento emocionalmente, né?! (M 5).

... eu presto atenção que às vezes eu esqueço, ai eu não estou com a dor, parece que é psicológico. Depois a dor também vem... parece que tem alguma coisa inflamada, arranhando (M 7).

Mesmo entre as mulheres que consideraram que seu adoecimento iniciou próximo a problemas relacionais turbulentos, elas reivindicam um alívio para que sentem na ordem do físico, do orgânico:

Tomo remédio nenhum pra dor! ... Isso as vezes a pessoa fica revoltada! Como é que você está com uma dor, não pede [os médicos] um exame, não pede um tratamento, não pede... ai que vem a preocupação, se a pessoa está com a doença, o que tem que fazer com ela? Tratar, então! (M 4).

Ser atendida com frequência pelo sistema de saúde, não é sinônimo de maior conhecimento sobre o que venha a ser DPC. Ao contrário, conforme o tempo de adoecimento aumenta, diminui a crença no atendimento médico e na solução que pode haver para seu problema imediato: a dor. Nenhuma das mulheres afirmou saber, ao serem questionadas diretamente, o que venha a ser DPC. Mesmo para M 9 que afirmou em outro momento ficar aliviada quando uma médica lhe disse que ela teria “cólica crônica” para o resto da vida. Em 100% dos casos a resposta foi negativa ao questionarmos “O que você sabe sobre DPC?”:

Sinto dor, só isso! (M 2 - dor durante 1,5 anos).

Neca, não sei nada! Não sei nada, nada, nada! (M 6 - dor durante 3,5 anos)

Nada! Eu só sei que dói, é eu só sei que dói. Mas saber, eu não sei, nunca entrei em detalhes. Nunca estudei... nunca tive curiosidade, não! (M 9 - dor durante 30 anos)

Só sei que sinto muita dor! (M 10 - dor durante 20 anos)

Na falta de uma explicação médica para a dor, algumas constroem suas próprias interpretações, tanto para a dor, como pela origem física da mesma:

Sempre achei que tinha câncer no ovário (M 3)

Porque eu acho assim que é uma doença feia, não tem mais cura...!
(M 8)

... minha menstruação veio a primeira vez, entrei em pânico... pegava muita friagem,... passava o dia todo dentro do rio pra não sair pra rua, pra ninguém ver (M 9).

... eu não acho que as dores, os problemas que tenho na barriga tenham a ver com meu sofrimento [referindo-se aos maus tratos na infância e adolescência por seus pais]... eu acredito que eu tenho alguma coisa que não foi descoberta e que isso não é coisa da minha cabeça, não! Sabe porque? Isso é muita dor! (M 4).

Em contraste, outras mulheres elaboram explicações relacionadas com suas histórias de vida, associadas aos seus medos e vivências do passado:

... eu acho que foi pela relação [referindo à primeira relação sexual onde se sentiu quase estuprada por seu parceiro por ele estar bêbado] que não foi tão agradável... eu fui em tanto médico que eu acho que tenho câncer (M 8).

...a dor pélvica começou depois do parto... depois que ganhei minha filha não para, é contínua! (M 6)

...eu e meu marido, que morreu, tinha que sustentar [os seis filhos], o pai não dava nada. Foi nessa época ai que trabalhava muito, continuei trabalhando de unha... perdi meu filho... minha filha foi pra Itália... meu marido também que era muito bom morreu... são coisas que eu acho que a gente vai dando [começa a chorar]... (M 7)

As explicações sobre o motivo de terem DPC, ligados a acontecimentos ocorridos há muito tempo, podem estar também associados a fatos que ocorrem na atualidade, e desencadeiam crises mais intensas de dor. Perguntadas sobre as causas

atuais de períodos dolorosos mais agudos, cinco mulheres referem que as dores aparecem e desaparecem sem motivo aparente, sem uma seqüência lógica.

Nunca percebi isso não [referindo a pergunta sobre quando sente dor].
Pode ser até assim perto de menstruar eu sinto menos dor, entendeu?
Sinto menos dor... é mais fácil sentir quando está menstruada, mas a minha não, é contrário (M 2).

Outras cinco (M 3, M 6, M 8, M 9, M 5) no entanto, referiram que as relações sexuais podem provocar ou intensificar a dor. Nestes casos, percebe-se a dor como entrelaçada nas relações mais íntimas:

... quando eu tenho relação, toda vez que tenho relação sinto dor, muita dor (M 8).

Durante, depois e até antes. Porquê as vezes já estou sentindo dor, ai na hora que vai ter relação, dói mais, ai bem depois que para (M 5)

... na hora da relação e quando fica brincando também dói. Ai eu tenho evitado um pouco porquê está me incomodando, porquê não to conseguindo transar normal (M 3).

RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

A investigação da história de vida destas mulheres e suas relações interpessoais desde sua infância buscou compreender, através de suas falas, como foram construídos seus relacionamentos ao longo de sua história, para encontrar seu entendimento sobre em que momento de suas vidas a DPC surgiu e que mudanças provocou (se provocou) nos seus relacionamentos inter e intrapessoais.

Para compreender como foram construídos os relacionamentos interpessoais destas mulheres, iniciaremos esmiuçando as relações iniciais, na infância. Sabemos que nossa interpretação está vinculada e subordinada à própria visão das entrevistadas sobre si e sua história de vida, por sua vez limitada e determinada pelas perguntas feitas pela entrevistadora. Reconhecemos ser este um objetivo amplo, e que não seremos capazes de dar conta de tamanha tarefa em apenas uma entrevista, em um estudo exploratório.

A maioria das entrevistadas é de família numerosa. Das dez mulheres, seis têm mais de cinco irmãos, três têm mais de três irmãos e uma tem dois irmãos. A experiência doméstica de cuidar dos irmãos mais novos, foi estendida posteriormente como forma de entrar no mercado de trabalho informal.

Eu trabalho desde os nove anos de idade, lá em casa, todo mundo trabalhou desde cedo e eu tomava conta dos meus irmãos... (M 3)

... ajudei minha mãe a criar meus irmãos. Com onze anos já tomava conta de criança, era babá em casa de família... (M 7).

Durante o período da infância, as mulheres que participaram deste estudo tiveram que se tornar “adultas” muito antes da hora, ou assumir responsabilidades de grande vulto sozinhas e precocemente.

... não me lembro, não tinha tempo de brincar, não tinha nada... foi essa coisa de trabalho...(M 1).

... eu não sei se por eu ter ficado assim independente muito rápido, se adoecia alguém era eu que tinha que tomar conta... eu acho que contribuiu muito [a independência precoce] porque embora a gente [a família] tivesse um bom relacionamento, não era feito diferença, mas por exemplo: se tinha uma festa, um aniversário... era as duas mais velhas que tinham idade maior para participar. Então as duas [as irmãs] iam juntas: *ah, você não vai, você vai chatear a gente! Você não tem idade!* O mesmo papo que as outras duas eram muito menores... não que eu fosse excluída... mas era assim um ambiente diferente (M 10).

Os dados colhidos nas entrevistas sobre a infância destas mulheres, considerando o período do nascimento aos 12 anos de vida¹⁰, evidenciam um período complicado, com relacionamentos interpessoais conturbados na maioria absoluta dos casos (exceto M 8 e M 10).

... todos os filhos eram maltratados, meu pai espancava por bobagem...meus irmãos também, era a lei do mais forte. Então aqueles que eram mais velhos tinham direito de bater e fazer o que quisesse, entendeu? Então, eu acho que isso não é vida! (M 4)

Minha infância foi um pouquinho assim, conturbada. Porque meu pai... só queria saber de ficar no bar... uma vez eu fui, meu pai não subia pra botar comida pra gente jantar, ai eu fui fritar um 'negocinho' de comer pra mim e pra minha irmã. Caiu óleo quente na minha perna... fiquei com medo da minha mãe brigar comigo... enfiei uma calça, tava queimada depois de um tempo que a minha mãe foi ver que eu tinha queimado... na verdade ele não esquentava a cabeça de quinta a domingo ele não tinha família, só era beber com os amigos, entendeu? Mas como eu falei eu fui uma criança que brinquei de boneca até um certo tempo... (M 2)

Esta mulher (M 2) ao relatar as histórias de alcoolismo e uso de drogas do pai durante toda a infância com muitas brigas entre os genitores presenciadas por ela, refere que aos doze anos tentou o suicídio tomando dez comprimidos de *diazepam*¹¹ para tentar impressionar e pressionar o pai a parar de beber.

... então com onze anos... eu cheguei a tentar o suicídio por causa dele..... eu vi minha mãe sofrendo muito,... tomei dez comprimidos de diazepam... primeiro eu fui tomando um comprimido, um comprimido, ai eu ficava caindo pela casa, delirando essas coisas... um dia tinha uma briga muito feia deles, teve uma discussão... eu tomei esses dez de uma vez, cheguei a ficar desacordada uns dois dias... (M 2).

M 2 associa a este período características emocionais suas atuais:

... eu absorvia a dor da minha mãe todinha, entendeu?!... até hoje eu sou, uma pessoa sensível, melancólica, qualquer coisa que fizer comigo eu já estou chorando!".

Parece que muitas vezes o espaço familiar era o espaço do *não-dito*, ao invés da palavra as cenas violentas, freqüentemente, se tornavam veículos de comunicação. Foram relatadas histórias de violência física de pelo menos um dos genitores em três casos (M 3, M 4 e M 6), espancamentos e surras diárias associados a xingamentos e agressões verbais.

¹⁰ BEE, H. **A criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre, Ed. Artmed, 9ª ed, 2003.

¹¹ Princípio ativo de tranquilizantes do grupo dos benzodiazepínicos utilizados para controle de transtornos ansiosos.

... na época de minha mãe e do meu pai, eles eram muito severos, eles não eram de bater, um simples pigarrear do meu pai todo mundo sabia que ele não estava gostando daquilo, então todo mundo procurava o seu caminho. A minha mãe as vezes dava umas varadas na perna da gente... (M 10)

... meus irmãos eram legais comigo, só que minha mãe me batia muito, não sabia porque apanhava. Sabe aquela coisa de mãe bater e não saber porque ta apanhando (M 3)?

... minha mãe e meu pai me batiam ... minhas irmãs mais velhas me maltratavam, me enfiava a unha ... me tacava o cabo de vassoura, ... (M 4).

... ele nunca bateu nela não [mãe], mas ele quebrava as coisas dentro de casa, ficava com raiva batia na gente, batia em mim porque eu chorava muito quando eu era bebê... (M 6)

As cenas violentas presenciadas pelas entrevistadas, algumas vezes resultaram em separação dos pais. Três relataram separação entre os genitores nesta fase inicial de vida (M 1, M 7 e M 9). Uma dessas foi adotada quando tinha três anos por uma família onde a mãe adotiva tinha problemas mentais (M 9).

Outras na fase seguinte da adolescência também vivenciaram a separação dos seus responsáveis (M 7, M 6). A separação dos pais exigia das mulheres que muito cedo fossem obrigadas a adotar atitudes de alta responsabilidade na rede familiar como no caso de M 7, quando sua mãe “fugiu” de casa e ela teve de assumir os cuidados “femininos” da família.

... eu já estava com dezesseis anos, houve conflito na família, a separação da minha mãe com meu pai. Eu não sabia, porquê eu vivia mais aqui pra baixo, trabalhando e depois que fui perceber porquê eu vinha em casa só de quinze em quinze dias, de mês em mês.... o homem que queria me namorar, estava sendo namorado da minha mãe, amante da minha mãe ... ela que se separou do meu pai... pedia sempre pra ela voltar pra cuidar do meu pai que ficou doente depois... não, não voltou pra cuidar dele... (M 7)

O período dos treze aos dezoito anos¹² mostrou-se, assim como a infância, muito conturbado para as entrevistadas. A maioria (M 1, M 3, M 4, M 5, M 6, M 7 e M 9) referiu ter sido este um momento muito complicado para elas. Ao relatarem esta etapa da vida dúvidas, questionamentos de valores e mudanças bruscas aconteceram: mudanças de endereço, e mudanças afetivas e sociais.

Foi nesta etapa que ocorreu a inserção no mercado de trabalho informal para a maioria, seja para sustentar seus filhos que nasceram neste período, seja para auxiliar na renda familiar.

... depois comecei a trabalhar fora, né?! Com dezessete anos comecei a trabalhar de carteira assinada (M 3).

... saí da escola, do colégio, pra ir trabalhar, porquê minha mãe com esses filhos todos... (M 7).

... [depois dos doze quando descobriu ser adotada] até os dezesseis anos, eu passei uma fase muito ruim, eu passei uma fase de revolta, de mágoas e coisas difíceis. Depois quando tava com dezesseis anos eu parei, pensei e falei assim: *-bom, eles [os pais adotivos] foram quem me acolheram então eles que tenho, a minha origem são eles. Agora eu vou tratar de fazer, de viver minha vida e cuidar deles até o fim. Até eles morrerem eu vou cuidar deles.* Trabalhava para sustentar eles, fazer as coisas pra eles. Eles eram muito pobrezinhos, então eu trabalhei para ajudar eles... não queria casar, não queria nada porquê tinha que cuidar dos meus pais (M 9)

Apenas uma das entrevistadas (M 2) referiu ter sido este um período melhor do que a infância, pois foi o período onde o pai deixou de beber, porém, ainda assim uma época de muita turbulência emocional, comum inclusive nesta etapa da vida: *“... fiquei noiva muito cedo, ... o relacionamento acabou, foi uma época que sofri muito, ... mas a minha adolescência foi boa. Melhor do que a infância!”*.

A importância atribuída à figura materna, neste momento de vida, une os discursos destas mulheres. Para as entrevistadas, a figura materna foi citada significativamente, direta ou indiretamente, tanto justificando seus problemas atuais, quanto os ocorridos na adolescência:

¹² BEE, H. **A criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre, Ed. Artmed, 9ª ed, 2003.

Porquê a mãe da gente não passava nada pra gente... tinha medo de passar as coisas pra gente... (M 1).

... eu tinha problema, não tratava e por ignorância da minha mãe. Por não saber não tratava da tiróide... magrela demais, esquisita, cabelo, sabe, assim todo feio e aí as pessoas ficavam rindo de mim, né?! (M 4)

... ver meus irmãos chegar pra mim e dizer que eu era filha de uma vagabunda qualquer, que eles falavam e aquilo mexia muito, com uma criança de doze anos, mexe com a cabeça. Na época eu olhava para o espelho e dizia: - Jesus, não tem ninguém, não tem mulher mais feia que eu no mundo... (M 9)

As mulheres ao citarem suas mães o faziam também numa justificativa de seus comportamentos sexuais, principalmente seus primeiros namoros. Três das mulheres (M 1 M 5 e M 8) casaram com o primeiro homem com quem tiveram relações na adolescência. Destas, uma fugiu de casa para casar (M 1), engravidando logo depois e as outras casaram porque engravidaram:

... a mãe da gente não passava nada pra gente, era amiga, mas tinha medo de passar as coisas pra gente ... meu primeiro casamento, acho que estava com quinze anos ainda, ... ainda com rebeldia.. eu cismeie em dizer que ia sair de casa, cismeie e sai. Aí foi rebeldia mesmo” (M 1)

... estudei até o segundo ano do ensino médio, mas não concluí, parei na metade porque eu engravidei ... dezessete anos... moro com o pai do meu filho ... (M 5).

... nunca fui de arrumar namorado ... meu marido é meu primeiro marido, meu primeiro homem (M 8).

A fuga de casa foi um episódio que também ocorreu com M 9 ao descobrir que era filha adotiva, segundo ela um choque muito grande. A entrada na vida adulta parece ter sido antecipada para 80% da amostra, exceto para M 2 e M 9.

Sete mulheres referiram o abandono da escola durante a adolescência (M 1, M 3, M 4, M 5, M 7, M 8 e M 9). Dessas, duas por terem engravidado (M 1 e M 5),

três por necessidades financeiras da família e duas por conflitos familiares, onde a escola reforçava impressões e conflitos vivenciados em família:

... depois me botaram pra estudar e veio a parte pior, eu acho, foi pior. Ai, como não tinha na época ... ai meu Deus! Escola de dia eu fui pra noite com quatorze anos pro meio de adultos e que ficavam rindo de mim ... eu criei ódio, pavor da escola e eu não quis mais estudar, veio a parte que meu pai vinha e me batia, que eu ia ficar burra, que eu era burra, que eu não ia conseguir nada ... (M 4).

Das histórias de abandono escolar, apenas uma das entrevistadas retomou os estudos na idade adulta (M 3) e à época da entrevista cursava o primeiro ano do Ensino Médio. Ainda é importante considerar a relação de M 2 com os estudos; esta interrompeu o quarto ano de fisioterapia por não se considerar capaz intelectualmente e relacionou tal dificuldade à problemas conseqüentes ao alcoolismo e uso de drogas por parte do pai:

... chegou um ponto que ela [a mãe] não conseguiu esconder mesmo, tinha ido embora umas duas vezes... foi piorando meus estudos até hoje eu tenho um pouco de dificuldade. Eu larguei a faculdade porque não estava conseguindo estudar... quando eu era pequena queria fazer qualquer coisa pra chamar a atenção. Na escola minha mãe foi chamada um monte de vezes porque eu fazia bagunça...(M 2)

O período da adolescência foi o momento no qual seis das dez mulheres tiveram suas primeiras relações sexuais, que para elas tiveram uma significativa importância tanto para o desempenho de seu papel feminino a partir desse instante, quanto às mudanças que estas relações provocaram nas suas vidas. O significado atribuído às relações sexuais iniciais tem ligação direta com as expectativas e experiências das entrevistadas.

Encontramos cinco casos de abuso sexual na infância dentre as histórias de vida relatadas (M 2, M 3, M 4, M 6 e M 7). Considerando a representação das entrevistadas sobre abuso sexual, mostrou-se freqüente a presença de molestações e tentativas de estupro na infância e adolescência das mesmas. Das histórias ouvidas, três eventos (M 3, M 4 e M 7) foram por pessoas próximas, dentre estes uma (M 4) por familiar direto.

... dormia no chão ... tinha irmãos meus, rapazes solteiros dentro de casa e ai um, nesse dia a noite, eu senti ele assim segurando as minhas pernas, acariciando, ... eu não tive ação pra gritar, pra pedir ajuda, pra levantar. Eu não tive coragem, mas ele não me fez nada, entendeu? Mas isso eu guardei, essa revolta assim por muito tempo, muito tempo. Eu posso até dizer que hoje assim não apagou!. (M 4)

Fui assim... Molestada, não estuprada, molestada com sete anos e isso até hoje, minha família, minha irmã não sabe... eu tava na pia lavando louça, ai ele me pegou, me jogou em cima da cama e deitou em cima de mim. Ele era grandão e eu era pequena, daí pedi socorro... acho que ele ficou com medo de alguém escutar (M 3).

Quando eu morava em... lá pra dentro meu pai foi ter a gente lá e nós fomos morar lá. Teve um vizinho...[ficou emocionada] ele não conseguiu. Mas ele me pegou e eu consegui sair dele, era um mato! ... eu contei isso pra minha filha mais velha, eu contei pra ela porquê a filha dela é linda e ela está com mania de botar a menina pra dançar lá na Europa... [você contou para mais alguém?] não pra ninguém, nem a minha mãe, ninguém sabe, só minha filha e você (M 7).

Das mulheres com relato de abuso sexual na infância e adolescência, uma (M 6) foi estuprada também aos 27 anos pelo, na época, ex-namorado. Este evento resultou em gravidez de sua única filha. Durante a gestação este se tornou seu companheiro e posteriormente seu marido legalmente. No caso de M 7, o abuso sexual em fase adulta foi atribuído ao seu primeiro marido.

... fiquei grávida, só que eu não sabia que estava grávida ... eu não sei como que aconteceu, só sei que cheguei na casa dele, tomei um suco, ... lavei o copo e só lembro no outro dia, quando acordei dentro de casa ... (M 6).

[você foi violentada por seu marido?...] Ah, eu acho que sim. Porquê eu não queria e ele queria, as vezes rasgava até a minha roupa... (M 7).

A presença de muitas histórias de tentativas de abuso sexual na vida das entrevistadas nos remete às suas primeiras relações sexuais. Algumas declararam manter na vida adulta as marcas das molestações sexuais. Outras reclamam, de forma não tão direta, que têm relações sexuais não satisfatórias:

... tinha pavor de homem, não deixava chegar perto de mim... durante o casamento eu só fui sentir prazer tinha mais de um ano de casamento, muitos anos, porquê ele também não tinha muita paciência, ele não entendia porque eu era assim. E eu não era muito carinhosa, era carinhosa em termos, eu era assim boazinha cuidava bem dele, mas na hora do relacionamento eu tinha medo. Me apertava, me apertava muito, aquilo me irritava, ficava nervosa, irritada, só irritação... (M 3).

... morria de medo de homem, achava que homem ia me agarrar, ia me estuprar! (M 4).

As mulheres declararam que nas primeiras relações sexuais estavam amedrontadas e sem direito a expressar seus sentimentos de forma ativa, e que se consideravam obrigadas a servir ao parceiro (M 2, M 3, M 4, M 6, M 7, M 8 e M 9). Seguem trechos emblemáticos do discurso de algumas destas mulheres:

... tinha relação com ele por obrigação... já que eu tinha tido a primeira relação com ele, na minha cabeça agora eu vou ter que ter relação com ele toda vez que ele quiser... Dia triste [o dia da primeira relação]! (M 2)

... eu acho que não foi muito agradável porque a gente não tem muita experiência... quando a gente discute, eu falo assim: eu vou te denunciar por estupro. Às vezes brincando, né! Tu me estuprou!... ele também estava meio bêbado... eu acho assim, que a pessoa tem que esperar e esperar o momento certo pra não fazer besteira...[*você acha que fez besteira?*] Eu acho... eu não esperei a hora certa. Mesmo que fosse com ele, mas eu acho que não tava certo naquela hora (M 8).

Já para M 9 as primeiras relações aconteceram para que fosse reconhecida socialmente, como se ter estas primeiras relações lhe desse algum tipo de status, ou lhe fosse obrigatório submeter-se para responder às exigências de seu grupo social:

Namorava porquê minhas amigas namoravam,... ele me dominava e fazia o que bem entendia e eu nunca sentia prazer em nada... até os 26 anos de idade eu não sentia nada, sentia nada por ninguém! Eu fazia

porque tinha que fazer, todo mundo tinha relação, eu também tinha que ter... (M 9)

... no dia do casamento eu achava que era obrigada a fazer, porque ele era meu marido e aí foi àquela coisa como se sente sacrifício... (M 3)

... não gostava, mas tinha que fazer era meu marido, tinha até agressão! (M 7)

Algumas mulheres ao terem as primeiras relações sexuais foram arremessadas na vida adulta de forma brusca por terem engravidado (M 1, M 5 e M 7). Com a gravidez ganharam responsabilidades que as obrigaram assumir o papel de responsáveis por alguém, funções de mãe ou de esposa.

A observação sobre a vida adulta das mulheres foi realizada fazendo um recorte, predominantemente, sobre a qualidade de seus relacionamentos atuais, assim como a presença ou ausência de violência física, simbólica e/ou sexual no período atual de vida. Buscou-se investigar as várias relações pessoais inseridas no universo social e cultural das entrevistadas e também as dificuldades sentidas, principalmente no momento em que estas se encontram adoecida pela DPC.

Diante destes objetivos passamos a observar quais seriam os membros das redes sociais e quais eram estas redes formadas por elas. Encontramos mulheres com relações limitadas ao seu círculo familiar. Cuidar da família e dos filhos parece ser muito importante para estas entrevistadas, assim como *ser mãe* parece, para as mulheres, um elemento fundamental e estruturante da identidade delas. Para a maioria das entrevistadas, ter ou não filhos é um fato significativo, que marca profundamente suas relações interpessoais familiares e sociais mais amplas:

... separei quando descobri que não podia engravidar, aí virei a cabeça, porque qual a mulher que não quer ter filhos? Todas elas, né?!... é a única frustração que tenho mesmo é de não poder ter filhos. Só isso, o resto está indo tudo bem (M 9)

Ninguém me ama, eu tenho que me amar!... por mais problemas que eu tenho com meu marido, eu amo minha casa, amo minhas filhas, eu amo minha família... (M 4)

Não sou arrependida de ter casado com ele! Sou feliz, ele me deu quatro filhos que eu amo de paixão... (M 8)

...sempre tive muitos amigos... eu só me isolei muito depois que tive meu filho porquê ele nasceu prematuro.... ainda não tinha sete meses. Ai daí pra cá, eu reconheço que me afastei muito, ele precisou muito de mim. Mas depois não, ele era uma criança saudável, nunca teve problema de doença nenhuma, mas eu me afastei muito de muita coisa depois que tive ele... (M 10).

Três mulheres não têm filhos. Uma alegou não ter pensado nisso porque é nova e casou há pouco tempo (M2). Outras duas afirmaram que nunca conseguiram engravidar. Dessas que nunca engravidaram, uma (M9) foi submetida a cirurgia de “secação” das trompas e retirada dos ovários por causa das dores, que sentia na época:

... nunca entendi porquê não engravidei... já que casei queria ter filhos... nunca entendi porquê não engravidei, porque os médicos sempre falavam que não justificava o fato de ter tido ‘ovário policístico’ ... o outro marido só fazia, queria ter relação para ter filhos e não podia... ai problema sério [separaram se por este motivo] (M 3)

... cheguei até a engravidar, mas ai eu não tenho recursos, pra correr atrás, pra fazer as coisas, ai perdi... peguei uma gravidez tubária... eu vim aqui pra vê se eu engravidava, ai já não tinha mais jeito... tive que fazer uma operação, eu sentia muitas dores... minha vontade sempre foi ter um filho... (M9).

Duas entrevistadas perderam filhos ao longo de suas histórias de vida, e ambas afirmaram que suas dores iniciaram após o falecimento destes:

... foi em 87, nesse mesmo ano perdi esse filho, foi dia 04/01/1987, quando foi 10/09 do mesmo ano, a minha filha também foi pra Itália conhecer a família do noivo e lá mesmo se casou e só veio depois de cinco anos, são coisas que... que eu acho que a gente vai... vai acumulando na gente... (M 7).

De todas as mulheres, sete delas afirmaram manter relacionamentos conjugais à época da entrevista. As exceções ficaram por conta de M 7 que estava sozinha após viuvez de seu segundo marido; M 10 com um relacionamento há vinte

anos com duração de um ano e meio aproximadamente, e M 6 que, no momento da entrevista, estava separada de seu marido há três semanas: “... *do trabalho foi pra casa do pai dele e não voltou mais ... eu queria que ele fosse embora então, não afetou muita coisa não!*” (M 6).

As outras mulheres relataram relacionamentos com parceiros sexuais que consideram estáveis (M 1, M 2, M 3, M 5, M 8 e M 9). No entanto, todas passaram por experiências negativas em relacionamentos anteriores. O fato de manterem relacionamentos longos, não garantia proximidade e ajuda de seus parceiros quanto ao diálogo e compreensão de suas queixas de dor.

... é até uma tortura porque às vezes,... É sei lá, tem que fazer com dor é muito desagradável, às vezes até ta tudo bem, mas às vezes além de ser um marido que não é um marido que você sonhou e ainda tem que sentir dor, e sabe também se não sentisse prazer pra mim era indiferente! (M 4).

... eu nunca queria, sempre era uma antipatia porque bebia, porque fedia. Ele era lindo, mas depois se tornou um traste, de não agüentar mais... (M 7).

Ao longo das entrevistas podemos perceber a presença de relações identificadas como violentas por parte dos parceiros, mesmo que não sejam os atuais companheiros em sete das dez entrevistadas (M 2, M 3, M 4, M 6, M 7, M 8 E M 9). Duas mulheres declararam terem sofrido agressões do marido. M 7 separou-se por suas agressões e alcoolismo. M 4 ainda esta casada com o agressor:

... e eu pensei assim, vou largar esse marido, mas ele é um ser humano, ele me maltratou mas de repente ele sofreu mais do que eu ... fui conversando com ele e tal, e ele foi melhorando ... (M 4).

... ele começou bebendo muito... no último dia que eu fiquei com ele, ele me jogou até uma garrafa de água gelada, ai a minha filha mais velha falou: Você não vai mais voltar pra casa, não tem condições!... agredia, arrancava o cabelo, fazia tudo que ele queria de mau (M 7).

Algumas que não declararam diretamente sobre agressões sofridas, relataram, em momentos diversos, relacionamentos onde indícios evidentes de

menosprezo e desconsideração do desejo do outro no ato sexual podem refletir a presença de vários tipos de violência (M 2, M 3, M 6, M 8):

... como se eu tivesse num sacrifício,... ele também não tinha muita paciência... eu tinha medo, me apertava, me apertava muito, aquilo me irritava, ficava nervosa, irritada, ... ai isso foi desgastando o casamento ... (M 3).

A tendência à normalização de relações violentas, levando à não nomeação da violência, pode ser um indicativo do papel de gênero desempenhado por estas mulheres e parece ir ao encontro das relações hierarquizadas que estabeleceram ao longo de suas vidas.

Nem sempre conseguem ou querem dividir o que estão sentindo com os familiares e amigos, algumas na tentativa de se protegerem da acusação de “dengosas” (M 3) ou “doentes” (M 4), principalmente dos companheiros:

Ah, que ele acha que é essa dor? Ele é todo complicado. Acha que sou uma mulher muito doente, é o que ele acha! (M 1)

... o que mais me afeta mais na minha vida, eu acho, que dor que nada! Mas dor quem passa sou eu mesmo, eu não passo pra ninguém, não... eu não passo porque as pessoas são de uma ignorância imensa, o meu marido acha que a pessoa ta...[faz um gesto com o ombro e um muxoxo com a boca] Ah, deixa pra lá! (M 4)

No caso de M 1 ao dividir com os familiares o seu adoecimento, apesar das críticas do companheiro, divide com os outros membros da família a sua própria dúvida:

... eles ficam confusos igual a eu , né?! Eles me acompanham nos médicos, os médicos não falam nada, ai fica assim!

M 10 declara, quase que exemplificando, dando voz para todas as outras entrevistadas, a dificuldade dos amigos de trabalho e familiares entenderem e compreenderem o que sentem:

... as minhas irmãs e até mesmo o meu filho mais novo, tem horas que ele diz assim: - *Não é possível alguém sentir uma dor dessa que você*

sente. Eu acho que isso já é da sua cabeça, já é psicológico!... tem muita gente que pensa, principalmente no serviço... tenho uma irmã que ela cisma que tenho que ir ao psiquiatra, porque isso é da minha cabeça, que eu tenho que aprender a me controlar!

Algumas aprendem a não falar:

... eu não reclamo tanto mais,... eu tenho cuidado assim de nunca parecer vítima,... hoje quando ta doendo, as vezes está doendo sim, mas eu digo que ta tudo bem ... (M 3).

... se eu ficar comentando todos os problemas que eu tenho pros outros, eu vou sentir muita dor, sabe por quê? As pessoas vão dizer: - Nossa você só fala em doença!... são palavras que as vezes destrói ... (M 4).

No entanto, esta dificuldade de falar aquilo que sentem parece ter sido construída ao longo da história de vida destas mulheres. Foram histórias onde não havia espaço para que suas intimidades, desejos e fatos pessoais fossem valorizados; o falar nem sempre suscitava solidariedade.

*Porquê a minha mãe, veja bem, quando eu fiquei menstruada, a minha mãe, ela, eu gostaria que ela sentasse pra conversar comigo, mas ela era assim: se eu contasse alguma coisa pra ela os vizinhos todos sabiam. Quando eu fiquei menstruada, ela contou pra todos os vizinhos, quando eu passava na rua, os vizinhos falavam: *ah, virou mocinha! Ficou menstruada, cuidado!* Sabe aquela coisa que eu achava que ela não devia contar e ela contava? Não podia contar nada pra ela, até hoje ela é assim... (M 7)*

Chorava muito, foi assim a vida toda e agora que melhorou um pouco, depois que eu fiz tratamento com psicólogo um tempo... fiz terapia sozinha, não quis em grupo, já tinha problema de falar sobre isso... Era engraçado que a minha família assim, todo mundo se dava super bem, meus irmãos eram legais comigo, só que minha mãe me batia muito, não sabia porque apanhava... chorava a aula toda, tinha poucos amigos na escola, sempre tive poucos amigos... sempre fiquei sozinha... eu me fechava exatamente para não passar para as outras pessoas e eu não passava muito para as pessoas o que sentia não... passei a infância meio afastada, só eu e meus irmãos na Igreja...

cuidava bem dos meus irmãos, mas sempre fui muito pichada, sempre escrevi muito e rasgava tudo, jogava tudo fora...(M 3).

E o diálogo com seus familiares algumas vezes acontecia através do corpo, através do *não-dito*, e talvez por isso não compreendido. E o que se lia nestas entrelinhas mal escritas era opressão:

... minha mãe me batia muito, não sabia porque apanhava, sabe aquela coisa de mãe bater e não saber porque ta apanhando? (M 3).

... na época a maioria era ignorante. Mas a gente era criado assim. A gente respeitava o meu pai... tinha que respeitar porque ele é pai ... meu pai, meus irmãos também, era a lei do mais forte, então aqueles que eram mais velhos, tinham o direito de bater e fazer o que quiser. Entendeu? Então eu acho que isso não é vida! (M 4).

M 7 mesmo considerando que as dores não atrapalham o trabalho ou suas relações familiares, afirma que muitas vezes sentia dor e ficava quieta trabalhando. Esta mulher se autodenomina forte por agüentar tanto sofrimento referindo-se a dor e ao sofrimento emocional de perder muitas pessoas queridas e continuar na luta:”... *eu sou uma pessoa muito forte, mas eu acho que aquilo vai acumulando na gente, tem hora que agente, né?! ... entristece*”.

Os papéis desempenhados hoje por estas mulheres são um reflexo de suas histórias de vida. São histórias onde o público se mistura ao privado e talvez para se protegerem, estas entrevistadas, se calam e falam de maneira contraproducente, através do próprio corpo, prejudicando a si mesmas, as contradições dos papéis do gênero feminino. Parecem mostrar suas dores de maneira que o outro não possa recusar a escuta.

IV.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO

O produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado do qual nos fala Marx. Mas a sua compreensão jamais é contemplativa... revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (MINAYO, 1998:237).

Nesta etapa do trabalho objetivamos articular as categorias de análise propostas aos dados colhidos (GOMES, 1994) e, desta forma propõe-se a revelar o produto deste estudo. Este momento não é um momento fácil e externo ao investigador, que está incluído na tarefa, contextualizado por seu momento histórico, pelo estado do conhecimento científico, por seu pertencimento a uma classe social e por sua capacidade de objetivação (MINAYO, 1998).

Assim, concluímos que a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 1998:237).

Estaremos considerando de forma ampla a doença inserida nas relações interpessoais das mulheres entrevistadas. Para isso, utilizaremos como categorias básicas a representação da doença, a experiência da enfermidade e a atenção médica à mulheres com dor pélvica crônica (DPC). As categorias de análise apresentarão desdobramentos, se assim podemos considerar, em “sub-categorias” a serem descritas a partir deste momento.

PERFIL SÓCIO ECONÔMICO DAS ENTREVISTADAS

No que diz respeito à análise do perfil sócio-econômico das entrevistadas há uma predominância de mulheres vivendo com renda familiar menor do que dois salários mínimos por mês. Também é predominante a inserção no mercado de trabalho através da informalidade. Este fator coaduna com o que conclui um estudo realizado por Mello (2005) de que houve uma queda da massa salarial brasileira com um aumento da participação feminina no mercado de trabalho. Segundo ela, “há uma concentração da

atividade feminina nos segmentos menos organizados da economia, com maior recorrência de contratos informais” (MELLO, 2005:26).

Em um trabalho de pesquisa realizado por Brito (2000), é descrito que no Brasil e América Latina é significativa a presença de mulheres no setor informal. Segundo este estudo, talvez por isso a maior participação das mulheres no mercado de trabalho não traduziu-se em melhoria de renda familiar. Em um contexto econômico adverso, homens e mulheres recorreram a estratégias de sobrevivência que não foram capazes de reverter a precarização de suas condições de vida (Brito, 2000; Mello, 2005; Giffin, 2002).

Esta questão pode nos remeter a uma discussão da distância entre os direitos destacados nos documentos internacionais e a percepção de que “a situação de pobreza aguda da maioria das mulheres no mundo tem aumentado continuamente” (GIFFIN, 2002:104). No nosso estudo, vemos que as mulheres adoecidas exemplificam com suas histórias de vida esta realidade. A maioria delas, exceto uma (M 5), contribuem ou contribuam quando empregadas com o orçamento familiar, muitas desde a infância ou adolescência. E aquelas que não têm ou nunca tiveram suas carteiras assinadas fazem “bicos” para complementação da renda.

AS REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA

Pensar o problema da doença remete evidentemente à concepção que se tem de saúde, entendida aqui como uma expressão de condições sociais, culturais e históricas “subjetivas” de determinados grupos sociais. O problema do adoecimento envolve uma relação entre o sujeito e o corpo que vai além do fato de estar adoecido. Portanto, estar doente ou saudável nos fala de uma perspectiva onde o sujeito se coloca ativamente no ato de adoecer, numa visão construcionista sobre o sujeito e a realidade. Segundo Spink & Frezza (2004), tanto sujeito, como objeto, são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas. Neste estudo nos interessa mais ainda reconhecer que os conhecimentos que os sujeitos produzem sobre a sua doença também podem ser contextualizados historicamente como construções, e “não é uma coisa que as pessoas *possuem* em suas cabeças” (SPINK & FREZZA, 2004:27).

No entanto é preciso esclarecer, ao reconhecermos a construção presente nas noções de saúde e doença não nos colocamos numa posição radical de defesa do construcionismo e nem temos como proposta debater sobre a questão teórica essencialismo *versus* construtivismo (SPINK & FREZZA, 2004). Apenas pretende-se

reconhecer o papel ativo das entrevistadas na sua experiência de enfermidade, onde expressam através e a partir do adoecimento estratégias e experiências, particulares e ao mesmo tempo coletivas de lidar no mundo.

Os processos ativos de acomodação e resistência seriam formas de enfrentamento a situações de opressão e também uma forma de negociação do *estar no mundo* (ANYON, 1990). Desta perspectiva, os valores e atitudes internalizados também são respostas ativas às ideologias, algumas vezes contraditórias, dos papéis sociais e sexuais exigidos.

Entendemos que a construção da identidade das mulheres deste estudo, considerando como categoria de análise as relações de gênero, reflete também estratégias de acomodação e resistência às situações conflitantes e violentas vivenciadas por elas. No entanto, no caso das entrevistadas, os papéis desempenhados hoje e ao longo de suas histórias parecem respostas que não visaram, ou não conseguiram, a transformação das estruturas sociais vivenciadas. Evidenciando assim a DPC como um possível “sintoma” das contradições de gênero vivenciadas.

Segundo Bordo (1997) a inscrição das normas e hierarquias, atravessada pelas ideologias de gênero, é efetuada nos corpos. Assim sendo, a autora considera que algumas doenças podem ser formas de protesto contra as regras impostas ao feminino. Protesto que segundo a autora, revela-se “contraproducente, tragicamente autofrustrante” (p. 29), pois “os sintomas dessas desordens isolam, enfraquecem e minam as afetadas”. (p. 29). As mulheres deste estudo parecem exemplificar este processo com suas histórias de vida, e mais ainda com a inscrição em seus corpos, das normas e hierarquias vividas em suas relações sociais.

As histórias de vida destas mulheres foram atravessadas pela violência física e sexual na maioria absoluta dos casos. Sete entre dez mulheres apresentaram relatos de situações consideradas violentas na infância e/ou adolescência; dessas, cinco foram abusadas sexualmente na infância e uma ainda na vida adulta. Os resultados discutidos aqui coadunam com os encontrados por Florenzano (2001) que afirma que há uma forte conexão entre violência prévia na história de vida de mulheres com dores crônicas. No estudo dela, o agente agressor que mais se destacou foram os pais (83,5%) seguidos do companheiro (79,3%).

Ainda importa considerar que das dez mulheres entrevistadas, quatro afirmam que existem mulheres na sua família que também apresentam DPC. Todas referem parentes diretas: mães, filhas e irmãs. E das seis mulheres que não confirmaram a presença na família de mais casos de DPC, duas não sabem responder porque,

segundo elas, não se conversa na família sobre estas coisas. A partir da consideração desta relação alta entre violência e incidência familiar e dos relatos de história de vida das mulheres entrevistadas, percebemos o quão complexa, “subjetiva” e coletiva, pode ser a experiência de DPC.

As ‘normas de silêncio’ frequentemente apontadas no caso de violência familiar, assuntos da sexualidade feminina, IST e HIV em mulheres casadas, etc. parecem coibir uma expressão verbal mais direta do ocorrido. Não seria a DPC, em pelo menos alguns destes casos, uma dessas patologias de protesto à violência, uma maneira contraproducente de expressar seus anseios, suas dúvidas, seus problemas?

O problema do silêncio, da não escuta familiar, não é específico das questões do feminino, porém talvez não possa ser pensado, no caso destas mulheres, descolado delas. Os estereótipos de gênero são estabelecidos culturalmente e transpassados no social, principalmente nas relações sociais mais próximas, a família é, e foi para as entrevistadas, um local propício para esta transmissão cultural dos referidos estereótipos.

Para a maioria das mulheres entrevistadas, “*ser mulher*” lhe obriga a servir também sexualmente ao outro e, como vimos, a obrigação de servir ao outro foi um tema recorrente durante as entrevistas. Uma postura de silêncio, construída ao longo de suas histórias de vida, também pode estar refletida na postura adotada diante de seus relacionamentos sexuais: “*não gostava, mas tinha que fazer. Era meu marido...*” (M 7).

Diante disto, o silêncio aprendido por essas mulheres deve ser pensado nos aspectos mais gerais, “objetivos e concretos”, como também para questões do feminino, mais “subjetivos” e talvez “profundos”, inconscientes.

“Sinto dor há muito tempo”! (M 4)

Ao investigarmos sobre o tempo de queixas das entrevistadas, encontramos mulheres sofrendo com o problema da Dor Pélvica Crônica (DPC), em média de quinze anos. Esse prolongamento do estado enfermo, anunciado por diversos teóricos, nos leva a discutir o problema da doença crônica dentro de uma perspectiva que entende que para poder lidar com sua condição, os doentes crônicos “não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas uma multidão de outros atores disseminados em todos os lugares da vida social” (ADAM & HERLICH, 2001:121).

No dia a dia, o estado de saúde e/ou doença faz diferença e se reflete nas relações interpessoais mais íntimas e profissionais destas mulheres. As relações familiares e interpessoais de amizade e trabalho são atravessadas pelo adoecimento crônico e suas conseqüências.

Tanto a doença como a fadiga e outros pequenos desconfortos têm um papel mediador nos diversos tipos de relações sociais, em particular nos lugares de trabalho e até mesmo na escola (ADAM & HERLICH, 2001:121).

No relato das entrevistadas este atravessamento pode aparecer de forma explícita ou não. Algumas reconhecem o quanto, no ambiente de trabalho, a DPC ocupa lugar de destaque, impossibilitando inclusive de exercer suas funções rotineiras. São dias de trabalho perdidos, empregos que não podem assumir e o sofrimento “na pele” da desconfiança, por parte dos colegas e patrões, sobre a veracidade ou não da dor que sentem no momento.

Entende-se que toda doença crônica estaria no centro das relações sociais que as pessoas estabelecem, o que mostrou-se de extrema relevância para as mulheres com DPC. Para compreender esta centralização imposta pelo adoecimento é preciso atentar para além da experiência vivida e dos transtornos existenciais proporcionados pela doença. É preciso buscar as estratégias adotadas pelas entrevistadas para relacionarem-se com seu universo sócio-relacional.

Em todos os lugares da vida social afetados pela doença, a pessoa enferma é assim um ator principal, obrigada a fazer escolhas e tomar iniciativas (ADAM & HERLICH, 2001:125).

No que diz respeito à interpretação da dor pelos outros, este processo seria mediado por vários fatores, sociais, culturais e psíquicos – incluindo as representações de gênero. O homem que sofre de dores localizadas na região pélvica não sofre dos mesmos preconceitos que as mulheres, freqüentemente tidas como exageradas, ou como “problema de cabeça”.

A “*não escuta*” familiar parece ter sido reforçada, com relação à DPC, por condutas médicas de também “*não escuta*” das suas questões mais íntimas de saúde:

“... mas sempre estou falando isso com os médicos, eu falo, falo, falo tudo o que sinto...” (M4)

A medicina é uma ciência que se realiza a partir de exercícios de interpretação, e parcela importante da sua matéria são as informações, sinais e histórias contadas pelos pacientes. No caso das mulheres entrevistadas parece que os profissionais não conseguem ouvir suas histórias e queixas, que não conseguem explicar sob o paradigma estritamente biomédico. Este parece ter encontrado, a partir de uma parca leitura da teoria freudiana, embasamento que fortalece a interpretação ideológica tradicional e preconceituosa sobre as desordens consideradas femininas.

Em consequência, a prática médica torna-se permeada de preconceitos anunciados em apelidos de gênero pejorativos: as “*pitiáticas*” e “*histéricas*”. Quando os profissionais se dispuseram a ouvi-las, não falaram de forma que as entrevistadas pudessem “ouvi-los”. Muitas das mulheres se queixam de não entendimento da linguagem e por isso não conseguem compreender “que negócio na pélvica é esse!”.

Para que sejam compreendidas em suas queixas, as mulheres tentam incorporar e apreender o discurso médico. Ciência e senso comum se unem formando um híbrido de linguagem, que nem sempre, ou quase nunca os signos são compreensíveis para as partes. Falam quase que em idiomas diferentes. Este é um problema da relação médico-paciente muito comum, talvez pela formação médica, acentuado pela freqüente diferença de classes e de poder assimétrico das pessoas envolvidas, e potencializado pelos preconceitos de gênero.

No entanto, quando o problema de saúde em foco não encontra explicação dentro do saber médico, hegemonicamente cartesiano e biológico, a situação se agrava. Tanto paciente, quanto médico tentam dar conta de uma linguagem que não possuem, que não entendem. Adotam um discurso dicotômico e excludente: ora a dor é física, ora é, subjetiva, psicológica. Como se uma parte pudesse sobreviver sem a outra:

“Ta, mas mais o que você tem além da dor?”

A doença por si é uma ameaça à integridade de quem adoecer. É uma ruptura que ocorre dentro de um universo social ímpar, que diz respeito ao contexto individual da pessoa adoecida. Para Perissinotti & Figueiró (2005) a dicotomia conceitual que tradicionalmente divide as doenças em orgânicas e psíquicas, introduz na

prática clínica problemas difíceis de serem resolvidos, por divulgarem uma idéia irrealista e desfavorável do indivíduo adoecido.

Segundo os relatos colhidos, as dores foram tratadas na maioria das vezes como subjetivas, por isso naturalizadas como “*coisa de mulher*”. E mais ainda como “*coisa de mulher fresca*” e carente, que não “*namora bem*”. Além de preconceituosa esta atitude favorece uma interpretação que sugere ao doente a sensação de que suas queixas estão sendo desconsideradas, em um aprofundamento de uma dialética negativa e contraproducente:

Tal atitude tende inegavelmente a incrementar reações adversas como as de raiva, atuações inconscientes e vínculos perniciosos, aumentando as defesas como resistência à adesão ao tratamento e a desconfiança por parte dos pacientes em relação à equipe de saúde, acompanhadas de efeitos negativos, visíveis na relação médico-paciente... (PERISSINOTTI & FIGUEIRÓ, 2005:95)

Mesmo reconhecendo que existem significados sociais e psíquicos no ato de adoecer, a biomedicina pouco explica sobre o sofrimento, sobre “a singularidade e a estranheza de *sentir-se doente*” (SILVEIRA, 2000:17). Ao longo do trabalho de campo, nos contatos com vários médicos, estes reconheceram a importância de um olhar, que não o exclusivamente biológico, sobre as pacientes; reconheceram a subjetividade do ato de adoecer. No entanto, este discurso não se traduziu num atendimento integrador das partes *corpo-mente-social*. Na assistência à mulher com DPC, ainda predomina um olhar dividido e a dor é tratada apenas como sinal de que algo não está funcionando bem, e para os médicos algumas vezes o que não está bem é a cabeça das pacientes.

Desde Freud e seus apontamentos sobre a histeria, houve uma vasta difusão da idéia, baseada muitas vezes em interpretações pouco aprofundadas da teoria freudiana, de que os fenômenos dolorosos observados em mulheres, sem causa orgânica que os justifique, estariam associados ao fenômeno histérico.

O diagnóstico médico de histeria nestas condições é tão reducionista quanto aquele que busca nas dores crônicas, incessantemente, causas orgânicas, sem considerar que os indivíduos têm mente, corpo e se situam num ambiente social integralmente, e não de forma excludente. Segundo Baptista, Ebel & Fortes (2005) no modelo biomédico que prioriza a busca de sintomas, a confirmação de diagnósticos previamente hipotetizados e a busca de determinados tratamentos, quando não são

encontradas respostas a estas questões, inicia-se uma relação difícil, pois esses pacientes “não preenchem a expectativa do médico”:

Na dor crônica podemos citar dois grandes problemas: pacientes com lesões que, mesmo sendo bem conhecidas, não podem ser resolvidas, levando à permanência do sintoma; ou então, temos sintomas dolorosos, sem lesões que os expliquem de forma que possamos elimina-los, levando os profissionais a considerar que esses pacientes “não têm nada”, ignorando a ampla gama de processos que geram sintomas dolorosos e que não necessariamente apresentam alterações anatomopatológicas claramente definidas (BAPTISTA, EBEL & FORTES, 2005:167).

O reducionismo leva ao risco de termos uma visão parcial sobre o indivíduo que adoce e que não é visto de forma total, sim retalhado, dividido. A teoria médica baseada na sobreposição da mente sobre o corpo tanto quanto aquela que considera apenas o orgânico evidencia um problema maior - o dualismo na atenção médica.

A medicina em geral trata só do corpo, ao entender o papel da mente como desvinculado de problemas físicos. Neste modelo, ‘problemas psíquicos’ seriam tratados apenas pela ‘*área psi*’, seja da psiquiatria ou da psicologia. Não há embasamento para o atendimento de qualidade e integrador dos diversos fatores presentes no fenômeno do adoecimento. Atender integralmente não se traduz apenas pelo reconhecimento de que o indivíduo tem problemas psíquicos, e que algumas doenças podem ter causas psíquicas ou sociais. Esta visão isoladamente é também dicotômica.

Nos caminhos percorridos pelas mulheres desta pesquisa, encontramos um olhar reducionista sobre as pacientes. Sendo que o diagnóstico excludente de problemas psíquicos no caso das pacientes entrevistadas, reduziu a chance destas mulheres serem ouvidas quando apresentaram outros problemas ginecológicos. Dificultou o acesso ao tratamento adequado porque suas queixas passaram a ser “desmerecidas”, como se tivessem recebido uma marca, àquela da “*mulher que inventa doença*”.

Quando a dor das mulheres ganha o *status* médico de “*uma dor com causa*”, elas são prontamente medicadas e a parcela subjetiva e social de todo adoecimento esquecida. Nas histórias colhidas, porém, onde suas dores não encontraram uma causa orgânica, elas encontraram dois caminhos. No primeiro, sofreram uma

bateria de exames investigativos, de procedimentos invasivos, inclusive cirúrgico, para encontrar respostas para a causa da dor. No segundo, foram classificadas como “*dor de causa psicogênica*” mas no nosso estudo de dez entrevistadas apenas duas (M 3 e M 4) receberam encaminhamento para o atendimento por profissional da área “*psi*”.

Em marcar desta forma o não reconhecimento de vivências e necessidades emocionais e culturais das mulheres com DPC pelo serviço de saúde; ou o reconhecimento destas necessidades de forma que as excluem de possíveis diagnósticos clínicos (**ver anexo 8**), estaremos utilizando e defendendo uma bandeira de luta dos teóricos e defensores da humanização do atendimento, movimento aliado aos defensores da integralidade. Resgatar a humanidade do atendimento é afirmar o “outro” em toda sua complexidade, como ser integral.

Esta discussão nos leva a pensar a assistência dada à mulheres que apresentam dores inespecíficas, de difícil compreensão por um saber biomédico, predominantemente pautado em estruturas físicas. O orgânico prevalece e neste modelo se não há lesão de tecido, não há doença. Várias das mulheres entrevistadas ao procurarem ajuda médica não tiveram suas queixas consideradas por não se juntarem a outros sintomas que “fechassem” um diagnóstico clínico-médico. *Só a dor não é suficiente!*

As mulheres entrevistadas apresentaram necessidades que não foram priorizadas por quem às atendeu no serviço público durante seus quinze anos de adoecimento (tempo médio de adoecimento do grupo entrevistado). Talvez porque as especificidades culturais sobre o adoecer físico de mulheres não foram, ou não puderam ser abordadas pelos profissionais de saúde, dentro da epistemologia dualista, exatamente por encontrarem neste ponto um problema epistemológico e que, aliado à uma interpretação ideológica preconceituosa e reducionista sobre as mulheres, dificultou um olhar mais integral às entrevistadas.

Esta “barreira epistemológica” dificulta “agregar” para as práticas assistenciais, os aspectos sociais e culturais do adoecimento na compreensão do indivíduo. Este é um grande desafio a ser ultrapassado para a construção de uma assistência integral de fato e de qualidade.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar as representações de mulheres com Dor Pélvica Crônica (DPC), esta pesquisa procurou observar a relação entre os sujeitos e o seu adoecimento, considerando que as relações sociais perpassam esta relação. Desta forma, as interações que o sujeito estabelece influenciam suas representações do que é ser doente e de como ele vivencia suas situações de adoecimento. O adoecimento, portanto, contém mensagens que podem ser lidas através das representações que os sujeitos têm sobre sua enfermidade.

Observar as representações dos indivíduos é observar as interações que se estabelece ao longo da vida, é falar da experiência da enfermidade como entrelaçada nas relações interpessoais do indivíduo e, ao mesmo tempo falar das relações sociais de uma época, de um contexto social e político único.

Inicialmente este estudo procurou investigar as representações construídas pelas mulheres que sofrem de Dor Pélvica Crônica (DPC) sobre o seu adoecimento. Como objetivos específicos, investigamos a percepção, das mulheres com DPC, de como a doença atua no cotidiano das suas relações inter-pessoais, e intentamos possibilitar a reflexão sobre a questão da DPC no sentido de um olhar mais integral para a assistência destas pacientes pela rede pública de saúde.

Ao longo do trabalho fomos nos dando conta que de fato, sobre esta vivência “subjetiva” de adoecer, o modelo biomédico de forma isolada pouco explica, principalmente no que refere à singularidade e a estranheza de sentir-se doente sem causa orgânica definida, e sobre as possibilidades sociais e culturais deste fenômeno, a DPC, que representa um caso limite para o olhar biomédico. Por isto o conceito teórico de integralidade no atendimento e na avaliação das pacientes com DPC, foi se impondo como essencial para a compreensão destas mulheres e da atenção dispensada a elas.

O cenário do atendimento à saúde sexual e reprodutiva nos trouxe evidências da falta de uma compreensão integral sobre o que as mulheres sentem e vivem em torno do seu adoecer. Evidenciou também um silêncio à categoria de gênero como constructo social, variável articuladora das relações sociais, e um desafio sobre o como enfrentar as iniquidades reveladas pelo atendimento as mulheres pelo sistema de saúde brasileiro. Parafraseamos Castellanos (1997) entendendo que “este desafio se nos apresenta ao nível conceitual, ao metodológico e nas modalidades de nossa prática cotidiana” (p. 32).

Porém, não um silêncio de desconsideração, mas um silêncio que considera as questões do feminino naturalizadas. As dores na maioria dos casos relatados foram tratadas como “*coisa de mulher*”, reforçando uma visão muito antiga, infelizmente não ultrapassada, de que a mulher nasceu para sofrer. Ao mesmo tempo, parece permanecer um silêncio social sobre os sofrimentos femininos, particularmente em assuntos de violência e sexualidade. Neste sentido discutir e reivindicar uma saúde sexual mais integral é também lutar por um olhar mais real e global para a mulher.

No entanto, na rotina ambulatorial, no dia-a-dia da saúde muitas vezes o que predominou foi um olhar dicotômico sobre o indivíduo: ou mente ou corpo; os diagnósticos pareceram excludentes e limitadores do acesso das mulheres deste estudo ao serviço público de saúde.

Os sujeitos neste estudo foram tratados como sujeitos únicos e concretos que negociam sua forma de *estar no mundo* com os outros, através de suas relações de gênero, classe e de suas representações e experiências do processo de adoecimento. As mulheres entrevistadas foram ouvidas como *seres-em-relação*, com um olhar ampliado para os estudos sobre a saúde, sob os referenciais escolhidos.

As construções feitas por nossas entrevistadas foram realizadas por elas, mas nem sempre de forma com que conseguissem se impor enquanto sujeitos de ação. As estratégias de sobrevivência que formularam, foram cerceadas por um contexto que muitas vezes não as valorizava enquanto indivíduos.

Existiram em diversas situações familiares, de violência física ou “subjetiva”, uma imposição do silêncio, do *não-dito*. As conseqüências desta imposição devem ser pensadas nos aspectos globais mais imediatos do adoecimento, como também para questões mais íntimas, talvez mais “subjetivas e inconscientes”. A “*não escuta familiar*” pode ter contribuído para uma postura de aparente “passividade” destas mulheres; reforçada, através da DPC, por condutas médicas de também “não-escuta” das suas questões de saúde.

Neste sentido, os resultados da pesquisa nos mostraram que os papéis desempenhados hoje por estas mulheres são um reflexo de suas histórias de vida. São histórias onde o coletivo se mistura ao particular e talvez para se protegerem estas mulheres falam de maneira contraproducente, através do corpo. Parecem mostrar suas dores de maneira que o outro não possa recusar a escuta.

Sua dor, seu adoecimento transmite mensagens para aqueles que se dispõem a ouvir o que realmente têm a dizer, mas os códigos transmitidos precisam ser

traduzidos, tanto para as mulheres, quanto para os serviços de saúde. Porquê parece que nem as mulheres aprenderam a ouvir suas dores, o que e do que elas falam.

Este estudo não tem a intenção de encerrar todos os detalhes envolvidos no problema complexo da DPC e do adoecimento das mulheres. Mas pretende iniciar os questionamentos a respeito do adoecimento de mulheres que têm dor pélvica crônica, onde não encontramos respostas prontas e universais. O fenômeno do adoecimento é complexo e exige maiores aprofundamentos teóricos das diversas disciplinas que se dedicam ao seu estudo.

A partir destes questionamentos, também pretendemos provocar discussões sobre as formas de tratamento da DPC e as relações estabelecidas entre as mulheres, os profissionais de saúde e o SUS. Entendemos que a humanização exige formas de atendimento não reducionistas, que valorizem a informação e a comunicação na relação “médico-paciente”, “usuária-sistema de saúde”.

Esperamos, com o olhar das Ciências Sociais, ter contribuído com a possibilidade de uma prática assistencial mais integral, onde consideramos que esta não exclui, assim como não nega a medicina e seus saberes. Apenas integram-se em busca de uma melhor assistência.

VI. BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, J. M. **Mulheres, aids e o serviço de saúde: interfaces**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004. No prelo.

ALMEIDA, F. M. **A prática invasiva na dor pélvica**. Femina, Goiás, 2001.

ALVES, P. C. **A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/set, 1993.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. M.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ANYON, J. **Intersecções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sociais**. CADERNOS DE PESQUISA (73): 13-25, 1990.

BAPTISTA, C. M. A.; EBEL, R.; FORTES, S. **Grupoterapia e Dor Crônica** In FIGUEIRÓ, J. A. B., ANGELOTTI, G. & PIMENTA, C. A. DE M. (orgs) **Dor & Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BERNARDES, N. O. **Eletroestimulação intravaginal no tratamento da dor pélvica crônica**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) Campinas, Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP, 2003.

BESSE, S. **Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil**. São Paulo: USP, 1999.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORDO, S. **O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault**. In Jaggar, A.; Bordo, S. **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa Dos Tempos, 1997.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B. Tentativa de suicídio. In Botega, N. J. (Org) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRITO, J. **Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16, p. 195-204, 2000.

CAMARGO JR., K. **As Ciências da AIDS & A AIDS das Ciências: o Discurso Médico e a Construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

CARDOSO, G. C. P. **Representações Sociais da Soropositividade: um estudo a partir das práticas de adesão a tratamento**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

CARDOSO, M. Helena C. I. A. & GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2):499-506, abr-jun, 2000.

CARIDADE, A. A construção cultural da sexualidade. In RIBEIRO, M. **O prazer e o pensar**. São Paulo: Gente/CERES, 1999.

CARVALHO, M. M. M. J. **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

CASTELLANOS, P. L. **Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida**. Considerações conceituais. In BARATA, R. B. (ORG) Saúde movimento: condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997.

CASTRO, M. G. **Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos**. [MIMEO]

COLLETT, B-J.; CORDLE, C.; STEWART, C. **Setting up a multidisciplinary clinic**. *Baillière's clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14 (3): 541-556, 2000.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *Cad. Saúde Pública*, out./dez. 1999, vol.15, no.4, p.701-709. ISSN 0102-311X.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2004, vol.9, no.1 [citado 01 Junho 2005], p.7-14. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. **Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos**. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Set-Dez 2000, vol. 16 n. 3, pp. 221-231.

DINIZ, S. D. A Atenção integral e a Caixa de Pandora: notas sobre a experiência do Coletivo Feminista Sexualidade Saúde. In GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (orgs) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOX, S. D. **Chronic pelvic pain in women**. *Medicine and Health*. Rhode Island, 86 (1): 9-11, 2003.

FLORENZANO, A. P. A. **A dor como pedido de socorro**: investigação de história de violência em mulheres com queixa de dor. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) Rio de Janeiro, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2001.

FORTES, S. O Paciente com Dor. In Botega, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FORTES, S. Grupos com Pacientes com Dor Crônica. In Mello Fº et al, J. **Grupo e Corpo**: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GELBAYA, T. A. & EL-HALWAGY, H. E. **Focus on primary care: chronic pelvic pain in women**. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2001.

GIFFIN, K. **Nosso Corpo nos Pertence: a Dialética do Biológico e do Social**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 7 (2): 190-200, abr/jun, 1991.

_____. **Estudos de Gênero e Saúde Coletiva**: Teoria e prática; *SAÚDE EM DEBATE* [Rio de Janeiro] 46, p. 29-33, 1995.

_____. Corpo e conhecimento na saúde sexual. In GIFFIN, K.; COSTA, S. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

_____. (a) Algumas reflexões sobre sexo e trabalho. In: Oliveira, S (org) **Saúde, Reprodução e Trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

_____. (b) **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde**: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002, vol 18 supl, p. 103-112. ISSN0102-311X

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A Representação e a Experiência da Doença: Princípios para a Pesquisa Qualitativa Em Saúde. In: Minayo, M. C. de S. (org) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GRACE, V. M. **Mind/Body dualism in medicine: the case of chronic pelvic pain without organic pathology**. A critical review of the literature. International Journal of Health Services, vol.28 (1):127-151, 1998.

GUIMARÃES, S. S. Introdução ao estudo da dor. In, Carvalho, M. M. M. J. **Dor**. Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. **Mortalidade feminina em idade reprodutiva, no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995**: causas básicas de óbito e mortalidade materna. Revista de Saúde Pública, 34 (1): 64-70,2000.

HEISE, L. **Violência e Gênero: uma epidemia global**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 135-145, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. **A problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença**. PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol 1,nº 2,1991.

HERZLICH, C. & ADAM, P. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

KERGOAT, D. Em defesa de uma Sociologia das relações sociais. In: KARTCHEVSKY-BULPORT, A. et al. **Sexo do trabalho**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____ Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In LOPES, M. (org). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In BUARQUE DE HOLANDA, H. (org) **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

MATHIAS, S. D. et al. **Chronic pelvic pain: prevalence, health related quality of life, and economic correlates**. *Obstet Gynecol*, (87): 321-327, 1996.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MELLO, H. P. **Linha de Pobreza: um olhar feminino**. Textos para discussão, UFF/ECONOMIA, 2005. ISSN 1519-4612.

MINAYO, M. C. S. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25(3): 233-238, 1991.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998.

MINAYO, M. C. S. & REIS, A. C. & SOUZA, E. R. & MALAQUIAS, J. V. **Mortalidade feminina por causas externas: Brasil e macro regiões** (1979 a 1999). In: http://www.socwatch.org.uy/es/informeimpreso/pdfs/panorbrasileirod2002_bra.pdf

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: Minayo, M. C. S.; DESLANDES, S. (org) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORRISON, A. R. & BIEHL, M. L. **A família ameaçada; violência doméstica nas Américas**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

PERISSINOTTI, D. N.; FIGUEIRÓ, J. A. B. Psicoterapias: Indicação, Modalidades e Tratamento para Doentes com Dor. In FIGUEIRÓ, J. A. B., ANGELOTTI, G. & PIMENTA, C. A. DE M. (orgs) **Dor & Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PIMENTA, C. A. M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In, Carvalho, M. M. M. J. **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

PIMENTA, C. A. M. et al. Epidemiologia da Dor. In FIGUEIRÓ, J. A. B., ANGELOTTI, G. & PIMENTA, C. A. DE M. (orgs) **Dor & Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

RAPKIN, A. J. Dor Pélvica e Dismenorréia. In BECKER, J. S. **Novak – Tratado de Ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ROMITO, P. Trabalho, maternidade e saúde das mulheres: algumas notas metodológicas. In MENICUCCI, E.; SCAVONE, L. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB Editora, 1997.

ROTH, R. S.; PUNCH, M. R.; BACHMAN, J. E. **Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain.** Journal of Psychosomatic Research (51): 563-569, 2001.

SCHOR, E. et al. Dor Pélvica Crônica. In BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. **Ginecologia.** Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manole/UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, 2005.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Traduzido por Dabat, C. R. & Ávila, M. B (mimeo – SOS Corpo). Texto original: Gender: an useful category of historical analyses. Gender and politics of history. New York, Columbia University Press, 1989.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde:** algumas estratégias para a integração. Ciência e Saúde Coletiva, 5:187-192, 2000.

SILVA FILHO, L. M. et al. Religião e Dor (Crenças e sua Relação com a Dor). In FIGUEIRÓ, J. A. B., ANGELOTTI, G. & PIMENTA, C. A. DE M. (orgs) **Dor & Saúde Mental.** São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala:** a linguagem da doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SILVER, L. D. Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (orgs) **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SILVESTRE, P; GÓMEZ, P. **Aspectos psicosociales de las mujeres con dolor pélvico crónico que consultan a la clínica de dolor del Instituto Materno Infantil .** Revista Colombiana de obstetrícia e ginecologia, 1993.

SIMÕES BARBOSA, R. H. S. As mulheres, a Aids e a questão metodológica: desafios. In: Czeresnia, D.; Santos, et al. **Aids: pesquisa social e educação.** Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995.

SIMÕES BARBOSA, R. H. S. **Mulheres, Reprodução e Aids**: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. Doutorado (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2001.

SPINK, M. J. P. **O conceito de representação social na abordagem psicossocial**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/set, 1993.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In SPINK, M. J. P (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, M. J. et al. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In, Carvalho, M. M. M. J. **Dor**: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. In GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WILLIAMS, S. J. **Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness?** Reflexions on a core concept. *Sociology of health and illness*, vol. 22 (1): 40-67, 2000.

ANEXOS

ANEXO I - APRESENTAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS¹³

M 1

M 1 tem cinquenta anos, é casada e tem quatro filhos. Atualmente trabalha como “pizzaiola” numa pizzaria próxima a sua residência, até começar a trabalhar neste local, trabalhava como doméstica. Desde a infância trabalha para ajudar a mãe, sendo a sexta filha de nove irmãos. Tem quatro filhos, sendo um do seu primeiro casamento aos quinze anos. É casada com o pai de três dos seus filhos, segundo ela ele lhe considera uma mulher muito doente. Muito introvertida para a realização da entrevista, parece não gostar de falar de si e não relatou nenhuma lembrança de sua infância. Disse que sua vida era só trabalho e que não tinha nada pra lembrar. Refere o início de sua dor após a cirurgia de ligadura de trompas, três meses depois do parto de sua quarta filha que hoje tem quinze anos.

M 2

M 2 tem vinte e três anos, casada há um ano e três meses, não tem filhos. Têm quatro irmãos, um adotivo e um fora do casamento, de uma relação extra-conjugal do pai. Sua infância e início da adolescência foram muito conturbados pelo alcoolismo e uso de drogas do pai. Tentou suicídio aos doze anos tomando comprimidos de benzodiazepínicos, ficando dois dias desacordada. Foi noiva durante três anos, e com este parceiro teve suas primeiras relações sexuais. Coursou até o quarto ano de Fisioterapia, largando o curso por não conseguir acompanhar os conteúdos, se sentindo incapaz devido às muitas dificuldades familiares que a impediram de desenvolver-se intelectualmente (SIC¹⁴). Sente dor há mais de um ano.

M 3

M 3 tem trinta e nove anos, casada há seis anos e meio, sem filhos. Trabalha como artesã e está cursando o segundo ano do Ensino Médio. Seu relacionamento atual é seu segundo casamento; o primeiro foi aos vinte e um anos. Sexta filha de nove irmãos. Teve uma infância e adolescência com dificuldades de relacionamento e que para ela ficou muito marcada por ter sofrido uma tentativa de estupro aos sete anos de idade por um vizinho próximo da casa de seus pais. Afirma que era muito amiga de seu pai, o que não conseguia com sua mãe, que lhe batia muito. Tinha febres emocionais, chorava muito e crises de ansiedade. Apesar de tudo isso, nunca ninguém soube do ocorrido. Em seu primeiro casamento não foi muito feliz principalmente por não poder ter filhos, cobrança do marido com quem ficou casada por dois anos e meio. Não entende porque não engravidou, e refere que suas dores começaram após o primeiro casamento, há dezessete anos.

¹³ As descrições realizadas aqui seguem as falas trazidas pelas mulheres sobre como elas próprias se descrevem. São informações colhidas com as pacientes, a partir de suas falas.

¹⁴ Segundo Informações Colhidas - SIC

M 4

M 4 tem quarenta e seis anos, natural da Paraíba, casada e com duas filhas. Filha do meio do total de treze irmãos. Quando pode faz faxinas para complementar a renda familiar. Veio para o Rio de Janeiro aos quatorze anos com toda a família. Relata histórias de muito sofrimento, com maus tratos na infância e adolescência por familiares, e por colegas de escola, incluindo uma tentativa de estupro por parte de um dos irmãos. Casou virgem aos vinte e seis anos com o primeiro namorado e continua casada com ele até hoje. Tinha muita esperança de que seu marido lhe tirasse da vida de sofrimento, mas segundo ela isso não aconteceu. Sua filha mais velha tem problemas de comportamento. Há vinte anos M 4 sente dor pélvica.

M 5

M 5 tem vinte e dois anos, casada, desempregada e tem um filho de quatro anos e uma filha falecida aos dois meses de vida com problemas de coração. Esta filha falecida há três anos possuía Síndrome de Down. É a mais nova de uma família de três filhos, tem dois irmãos. Nasceu em Valença, interior do Estado do Rio. Aos dois anos de idade veio morar no Rio por problemas de saúde com sua mãe e por isso passou a morar com uma tia até que a mãe, que precisou fazer hemodiálise e ficou três meses em coma, tivesse condição de ficar com ela. Seus irmãos foram criados pelos avós. Após a gravidez do primeiro filho, casou e parou os estudos. Sente dor há dois anos.

M 6

M 6 tem trinta anos, uma filha de três anos e meio. Tem o Ensino Médio de Técnico em Enfermagem, porém nunca trabalhou na área. Desempregada há dez anos, seu único emprego foi de caixa de supermercado. Separada do marido há poucas semanas, segundo ela “ainda bem”. Casou com vinte sete anos com o ex-noivo que a estuprou. Tem um casal de irmãos, sendo a mais velha dos três. Sua família materna é da Bahia, de onde a mãe veio fugida por tentar matar um tio que a estuprou. Pai muito violento com os filhos e a própria mãe, porém separados há muitos anos. Quando pequena teve problemas de saúde o que fazia com que o pai a batesse muito. Começou a trabalhar aos onze anos em casa de família. Além do estupro aos vinte e sete anos, houve uma tentativa de estupro aos doze anos por um mendigo e por um tio, irmão do pai. Sente dores há três anos e seis meses.

M 7

M 7 tem cinquenta e oito anos, manicure sem trabalhar no momento. Tem cinco filhos vivos, dois falecidos, um com um mês de vida e o outro com vinte e um anos – afogado numa praia do Rio de Janeiro. Mais velha de nove irmãos, desde cedo ajudou a cria-los. Divorciada do primeiro marido, quem lhe agredia de várias maneiras, inclusive sexualmente; viúva do segundo marido com quem disse ter sido muito feliz. Seu primeiro casamento aos dezoito anos foi por ter engravidado de um namorado. Como este já tinha compromisso, um segundo assumiu a criança casando com ela. Mora atualmente com dois filhos, uma filha e um neto. Um casal de filhos mora na Europa. Seus pais separaram-se quando tinha dezesseis anos, quando sua mãe fugiu de casa com um homem

que pretendia namorar M 7. Aos sete anos um vizinho tentou estupra-la. Sente dor há dezoito anos.

M 8

M 8 tem quarenta e dois anos, trabalha fazendo bicos de acompanhante. Casada, possui quatro filhos. Natural do Ceará, veio para o Rio de Janeiro aos dezessete anos. Casou aos dezenove anos, porque engravidou do primeiro homem que teve relações sexuais. Fala com muito carinho dos pais e de sua infância no Ceará, para onde sonha em voltar; é a mais nova de seis irmãos. Sente dor há vinte e cinco anos.

M 9

M 9 tem quarenta e três anos, vive com seu terceiro companheiro, artesã. Atualmente trabalha de empregada doméstica, profissão que também exerceu por muito tempo antes de viver do artesanato. Segundo ela o artesanato é muito difícil de ser mantido devido aos altos investimentos necessários para gerar capital. Não tem filhos, devido à uma cirurgia exploratória para investigar a causa de suas dores onde “secaram” suas trompas. Seus pais se separaram quando tinha um ano e oito meses, e aos três anos foi adotada por um casal numa cidade vizinha à sua cidade de origem no interior de Alagoas. Porém, só descobriu que era adotada aos doze anos, segundo ela um choque muito grande. Seus irmãos adotivos zombavam dela desde então, xingando-a de “filha de vagabunda”, de “mulher da vida”. Reencontrou sua mãe biológica aos vinte e seis anos. Sua mãe adotiva tinha problemas mentais, sem que tivesse liberdade de conversar com ela, ter um bom diálogo. Ficou em pânico quando ficou menstruada, época que colocava todas as suas calcinhas de uma vez até que ficassem sujas e depois ficava dentro do rio para lavar e secar as calcinhas sujas. Do seu primeiro marido separou-se por não poder ter filhos, depois disso viveu como amiga de seu segundo companheiro (SIC). Teve suas primeiras relações sexuais aos treze anos. Seu atual marido é para ela um bom marido e companheiro. Sente dor há trinta anos.

M 10

M 10 tem cinquenta e quatro anos, é secretária executiva do serviço público federal. Tem três irmãs e dois filhos: um de trinta e quatro e o mais novo vinte anos, sendo o mais velho adotado. Nunca se casou, seu único relacionamento, do qual nasceu seu filho durou dois anos. É natural do interior do Estado do Rio de Janeiro, onde mora até hoje. Família com regalias no local onde foi criada, por isso teve uma infância abastada e tranqüila. Sua família antes muito unida dispersou quando da morte de seus pais. Sempre foi uma pessoa com muitos amigos até o nascimento de seu filho, que ao nascer prematuramente tinha que ter cuidados especiais o que a fez afastar-se de todos. Sente além de dor pélvica há vinte anos.

IRMÃOS: ()		
CUNHADO(A): ()		
SOGRO (A): ()		
OUTROS: Quem? _____ _____ _____		
16. Têm familiares morando próximos (qual o grau de parentesco)?		

HISTÓRIA DE VIDA:

A gente gostaria agora de conversar sobre sua vida como criança. As vezes, isto pode ter algo a ver com o tipo de dor que você sente.

17. Onde foi sua infância?	
18. Você pode falar um pouco sobre como foi sua infância e a vida na sua família?	
19. Havia alguma dificuldade ou conflito nos relacionamentos familiares?	
20. E na escola, como foi para você? Você gostava da escola, ou tinha alguma dificuldade?	
21. Como foi sua adolescência? Foi uma época fácil ou difícil para você? Porque?	

22. Você começou a namorar na adolescência? Como foi?	
23. Com que idade você teve sua primeira relação sexual? Você pode dizer como foi? (com quem, como aconteceu, como se sentiu)	
24. Quando você era criança ou adolescente, algum adulto lhe tocou ou fez alguma coisa sexual com você que você não gostou?	

HISTÓRICO DA DOR

26. Como está se sentindo hoje?	
27. Quando começou sua dor (idade / tempo / que época da vida)?	28. ONDE E QUANDO DÓI?
29. Você lembra quando foi a primeira vez que você tentou fazer algo para melhorar esta dor? O que fez?	
30. Como foi?	
31. O que você sabe sobre esta dor?	
32. Você sabe qual o diagnóstico médico?	
33. Como soube do diagnóstico?	
34. Tem algo que piora ou melhora a dor?	

35. Tem algo que você costuma fazer para aliviar a dor?	
36. Na família alguém mais apresenta este tipo de dor?	
37. Esta dor afeta suas relações com sua família (mãe, pai, irmãos, etc)? Como é isto?	
38. Você fala sobre a dor com alguém? Quem?	39. O que pensam sobre isto?
40. E com seu companheiro, você costuma conversar sobre isto? Como é isto? O que ele pensa sobre isto?	
41. Esta dor afeta sua relação com ele?	
42. E afeta as suas relações sexuais?	
43. Você em algum momento da vida foi forçada a alguma prática sexual que você não queria?	

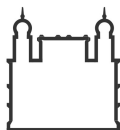
TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO

44. Quando foi que você procurou atenção médica pela primeira vez?	
45. O que aconteceu?	
46. Como chegou neste serviço?	

47. Esteve em outra(s) instituição?	
48. Como foi sua experiência lá?	
49. Como foi o atendimento nesta instituição?	
50. Você sente alguma dificuldade em comunicar sua experiência com esta dor, ou tem sido fácil falar e ser compreendida?	
51. Gostaria de mudar alguma coisa no seu tratamento? O que?	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

52. Você já conversou com alguma outra mulher que sofre este tipo de dor?	
53. Como foi?	
54. Você acha que isto poderia ser útil? Porque?	



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Rio de Janeiro, ___ / _____ / 2005.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “**Mulheres e dor pélvica crônica: um olhar das Ciências Sociais**”. Você foi selecionada aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. Você não é obrigada a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha sido começada ou depois de terminada. Caso você não queira participar não terá, por causa disso nenhum tipo de problema comigo, com os profissionais que a atendem ou com o hospital. E de forma alguma isto será anotado no seu prontuário ou comentado com qualquer outro profissional desta instituição.

Vamos conversar, por mais ou menos uma hora, sobre a dor pélvica e seu tratamento, sua vida depois que soube que tinha esta doença e como é ser mulher e ter dor pélvica. Para que eu possa anotar tudo o que você quiser me falar precisarei gravar esta entrevista em fita cassete. Mas estas informações serão confidenciais e nem o seu nome, nem o deste hospital serão revelados no meu trabalho. Isto quer dizer que o que você tem para me falar é importante para que eu possa estudar e conhecer mais sobre a vida das mulheres com dor pélvica, mas ninguém saberá que foi você quem me disse isso. Por esta razão quando eu terminar o meu trabalho esta fita será queimada.

Este estudo tem como objetivo geral investigar o que as mulheres entendem por DPC, investigar a percepção destas mulheres com DPC de como a doença atua no cotidiano das suas relações inter-pessoais. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder à perguntas relacionadas ao tema central: dor pélvica crônica. Ao participar deste trabalho você estará contribuindo para a melhoria dos estudos nesta área de adoecimento, contribuindo indiretamente para a melhora da qualidade dos serviços que se destinam a atender mulheres com o referido problema.

Se você não se sentir bem depois de falar sobre estas questões ou quiser conversar mais sobre isso outras vezes poderei encaminhá-la para um atendimento com uma psicóloga. Mas lembre-se que você é livre para desistir de participar desta pesquisa a hora que quiser.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador no final da folha¹⁵, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar

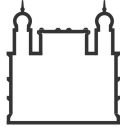
¹⁵ Pesquisadora: Luciana P. Silva
Escola Nacional de Saúde Pública.
Leopoldo Bulhões, 1480, 9º andar, Manguinhos, RJ
Telefone para contato: **2598-2525**

ANEXO IV - PARÂMETROS ÉTICOS UTILIZADOS

De acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a presente pesquisa se dispôs-se a:

1. só realizar a coleta de dados após aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido aos indivíduos-alvo da pesquisa, em respeito a sua dignidade e autonomia;
2. comprometer-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, dada a relevância social da pesquisa que implica em vantagens significativas para o grupo pesquisado;
3. caso a situação da entrevista desencadeasse reações emocionais, haveria um respaldo da equipe do hospital, e o entrevistado receberia o devido encaminhamento;
4. assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização do grupo pesquisado e da instituição, bem como a garantia da não utilização das informações em prejuízo do mesmo, inclusive em relação a sua auto-estima, prestígio e situação econômica;
5. de acordo com o interesse e disponibilidade do grupo pesquisado e da instituição onde foi realizada a pesquisa, houve um comprometimento com o retorno dos benefícios possibilitados pela pesquisa;
6. após o término da pesquisa as fitas contendo a gravação das entrevistas serão devidamente inutilizadas para melhor segurança do anonimato dos entrevistados.

ANEXO VI



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

PROJETO DE PESQUISA "DOR PÉLVICA CRÔNICA"

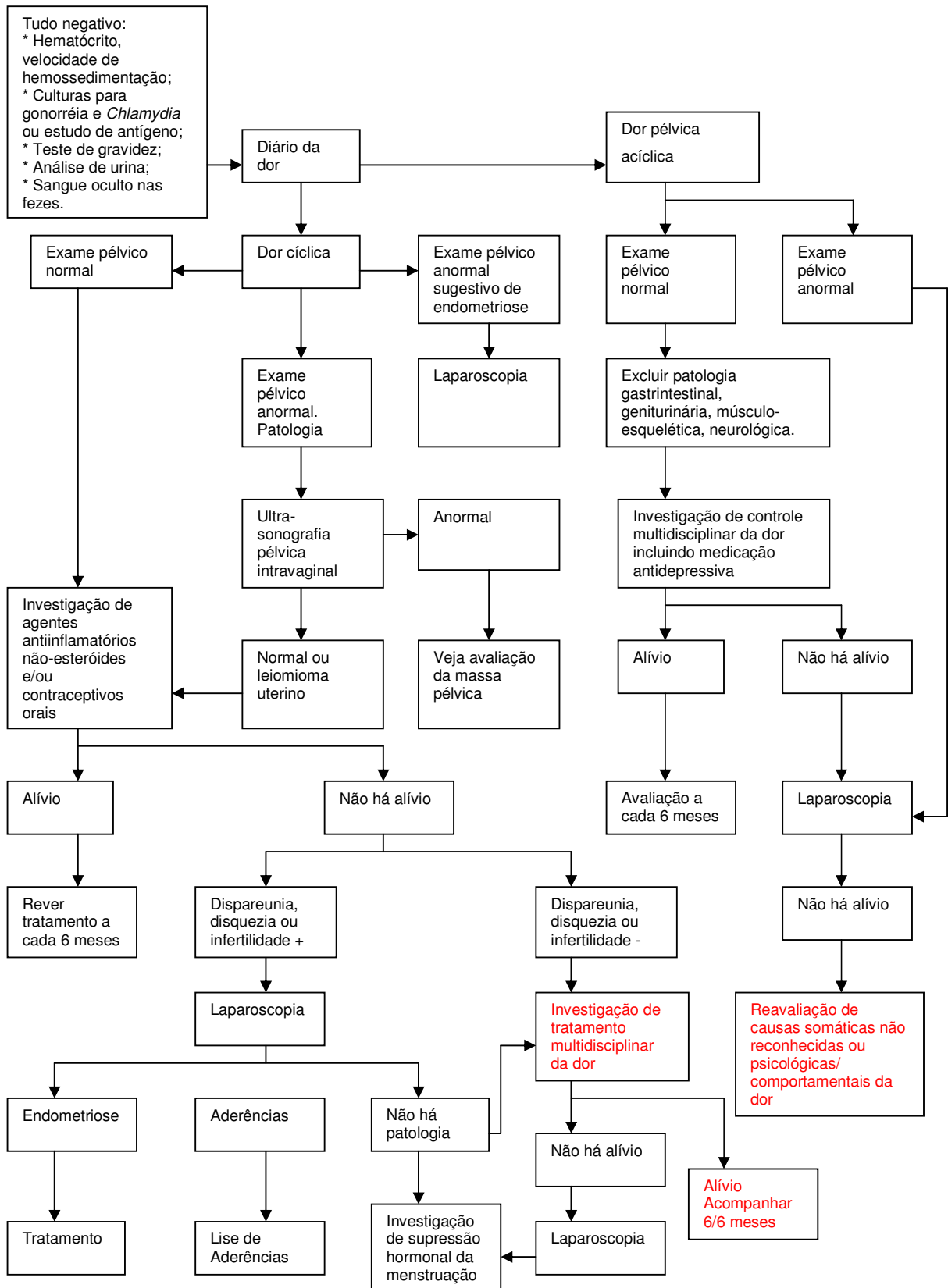
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- Apresentar Dor Pélvica há no mínimo um ano
- Ter mais de 20 anos e menos de 60 anos
- Não ser usuária de drogas ilícitas
- **EXCLUIR ENDOMETRIOSE E/ OU QUALQUER PATOLOGIA OU PROBLEMA ORGÂNICO QUE POSSA PROVOCAR OU ESTAR PROVOCANDO A REFERIDA DOR.**

Luciana Silva

MESTRANDA EM SAÚDE PÚBLICA ENSP/FIOCRUZ
LOCAL DA PESQUISA: AMBULATÓRIO GERAL

Anexo VII - AVALIAÇÃO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA¹⁶



¹⁶ BEREK, J. S. *Novak – Tratado de Ginecologia*. Ed Guanabara Koogan, 12ª ed, 2003.