



“A gente com dor tudo perde”: experiências de ‘dor crônica’ de mulheres da periferia

“We in pain lose everything”: experiences of ‘chronic pain’
of women from the periphery

*Patricia Martins*¹
*Laura Cecilia López*²

RESUMO

Aborda-se a experiência de ‘dor crônica’ de mulheres moradoras de dois bairros periféricos de Novo Hamburgo/RS, através de pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas biográficas. Analisam-se as corporificações marcadas por violências estruturais e por processos de farmacologização da dor, que acabam apagando as experiências de sofrimento social dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Dor. Mulheres. Sofrimento Social. Farmacologização.

ABSTRACT

The experience of ‘chronic pain’ of women living in two peripheral neighborhoods of Novo Hamburgo/RS is approached through qualitative research, based on biographical interviews. Corporations marked by structural violence and processes of pharmacologization of pain are analyzed, which end up erasing the experiences of social suffering of these women.

KEYWORDS: Pain. Women. Social Suffering. Pharmacologization.

* * *

¹ Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pela Unisinos. E-mail: pamartins@unisinos.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3141-0622>

² Professora dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ciências Sociais da Unisinos, Brasil. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. E-mail: lauracl@unisinos.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2454-063X>

Introdução

Este artigo aborda a experiência de “dor crônica” de mulheres moradoras de dois bairros periféricos da cidade de Novo Hamburgo/RS. Analisamos como essas experiências expressam corporificações do mundo social, sendo corpos marcados por violências estruturais, em contextos de profundas desigualdades (de gênero, de classe). Ao mesmo tempo, focalizamos em como essas experiências são atravessadas por processos de medicalização e farmacologização da dor.

Nota-se que as definições de dor na contemporaneidade vêm sendo monopolizadas pelas ciências biomédicas, que as delimitam na dicotomia entre “aspectos biológicos e socioculturais”, reagrupando, em alguns casos, as várias dimensões compartimentalizadas. Nesses referenciais, a dor é associada a um fenômeno neurofisiológico, tendo como pressuposto que a dor é uma experiência física universal, à qual se agregam significados psíquicos e culturais (SARTI, 2001). É o caso da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP - *International Association for the Study of Pain*), que define a dor como um fenômeno multidimensional, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (MERSKEY; BOGDUK, 1994; PEDROSO; CELICH, 2006). Observa-se, também, que a própria ideia de cronicidade é mensurada, do ponto de vista biomédico, através de uma temporalidade biológica, distinguindo se é uma dor “aguda” e passageira, ou “crônica”, sendo que persiste por mais de seis meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

Do ponto de vista epidemiológico, no Brasil, a dor crônica vem sendo considerada como problema de saúde pública, focando nas suas repercussões psicossociais e econômicas. Segundo este olhar, estima-se que a dor crônica acometa entre 30% e 40% da população e que seja a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadoria precoce, indenizações trabalhistas e baixa produtividade (CIPRIANO; ALMEIDA; VALL, 2011).

Estudos epidemiológicos visibilizam também que a prevalência de dor crônica na população geral é maior entre mulheres do que entre homens

(KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006). Uma das explicações para esta disparidade, apontada por Kreling, Cruz e Pimenta (2006), diz respeito aos diferentes significados que homens e mulheres atribuem à dor, sendo que esta diferença seria influenciada por “aspectos sociais e culturais” que permitem à mulher a expressão ou a manifestação de dor enquanto para os homens é sinal de virilidade desconsiderar essa sensação e se mostrar resistente a ela. De uma perspectiva de gênero, podemos repensar esta explicação focando na própria noção de “diferença” construída pelas ciências da saúde, dentro do discurso biomédico (ROHDEN, 2001), instigando-nos a problematizar as dimensões de gênero que estão sendo corporificadas na experiência da dor dessas mulheres.

Nesse sentido, para entender como os corpos das mulheres são atravessados por desigualdades e sofrimentos sociais, trazemos como pano de fundo as reflexões sobre as dinâmicas de gênero no Sul Global. Raewyn Connell (2016) nos remete a uma história de longa duração relacionada à colonização, sendo que a violência generificada teve um papel formador na configuração das sociedades coloniais e pós-coloniais. Veena Das (2011) nos faz refletir sobre as continuidades coloniais na construção do Estado-nação, ao ressaltar que as violências inscritas nos corpos femininos e as formas discursivas em torno delas, tornaram visível a imaginação da nação como masculina, e atribuíram um tipo particular de subjetividade às mulheres enquanto vítimas dessas violências. Mesmo sendo apagadas as possibilidades públicas de expressão dessas dores, “[A]través de complexas transações entre corpo e linguagem, elas foram capazes de dar voz e de mostrar os prejuízos causados a elas e também de dar testemunho do dano causado ao tecido social como um todo” (DAS, 2011, p. 11).

Do ponto de vista antropológico, pode-se entender que a dor é uma experiência eminentemente subjetiva e coletiva, no sentido de que expressa a trama de relações entre indivíduo e sociedade (SARTI, 2001). Assim, retomamos o conceito de sofrimento social elaborado por Arthur Kleinman, Veena Das e Margaret Lock (1997) ao entender que, em diferentes tempos e

sociedades, são produzidos certos tipos de sofrimento experimentados no corpo, ou seja, corporificados. Mesmo que se manifeste de maneira corporificada, não se trata de um sofrimento individual, mas de uma experiência sociocultural. Como afirma Ceres Victora (2011, p. 4), “o sofrimento existe como uma condensação corporificada do tempo histórico, ou seja, o sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é um processo social corporificado nos sujeitos históricos”. Reflete-se sobre como a combinação de processos sociais, políticos, culturais e econômicos produzem formas corporificadas de sofrimento e como essas formas também contribuem para a especificidade da vida social (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997; VÍCTORA, 2011).

Abordaremos, então, a experiência de “dor crônica” das mulheres participantes da pesquisa, analisando como as narrativas da dor expressam corporificações de sofrimento social e violências estruturais, entrelaçadas com materialidades biológicas que são traduzidas através do discurso biomédico. Usamos “dor crônica” entre aspas para ressaltar seu aspecto construído, tanto do ponto de vista do diagnóstico biomédico, quanto da corporificação social, não negando a sua materialidade enquanto experiência marcante na saúde e bem-estar dessas mulheres.

Indagaremos nas histórias/memórias da dor, assim como analisaremos os itinerários terapêutico na busca de diagnósticos e cuidados, na tentativa de lidarem com seus problemas de saúde, e principalmente com a dor. Entendemos que existe um processo de medicalização entrelaçado a um processo de “farmacologização” (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011; CAMARGO Jr., 2013), que nos casos analisados traduz a dor e o sofrimento social na categoria psiquiátrica de “depressão” e que envolve o apagamento das experiências sociais dessas mulheres.

Metodologia

O interesse por pesquisar tais experiências surgiu de reflexões da primeira autora em relação à sua prática clínica como fisioterapeuta, que, ao longo de 20 anos, observou a crescente demanda de mulheres com dor crônica

que buscavam o serviço de fisioterapia numa tentativa de promover alívio para o seu sofrimento e que, mesmo com a total adesão ao tratamento, tanto clínico e medicamentoso, quanto fisioterapêutico, o quadro de dor persistia, e, por vezes, não apresentava nem mesmo o alívio deste sintoma. Esta questão, somada aos aportes dos estudos de gênero e saúde da segunda autora, nos fez refletir sobre as experiências sociais localizadas e corporificadas dessas mulheres.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na ideia de que os fenômenos sociais e as práticas dos sujeitos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se aguçarmos o olhar e a escuta atenta para ampliar “as possibilidades de reconhecimento das formas de participação e construção da vida social” (ECKERT; ROCHA, 2008, p. 21).

O estudo foi realizado entre os meses de janeiro e julho de 2015, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em duas Unidades de Saúde da Família (USF) que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da cidade de Novo Hamburgo/RS. Este município, distante 40 km da capital do estado, está localizado no Vale do Rio dos Sinos e compreende uma população de 238.940 habitantes distribuída em 27 bairros.

A área de abrangência da USF1 é composta por uma população em situação de vulnerabilidade social. É um bairro de infraestrutura e moradias precárias, com indicadores de baixa escolaridade e elevado índice de analfabetismo, marcado também pela violência urbana. A USF2 abrangia uma população de renda mais elevada, sendo que a construção das residências e a infraestrutura da área eram de melhor qualidade em relação à USF1, embora também com famílias em situação de vulnerabilidade social.

As participantes desta pesquisa foram oito mulheres, usuárias da RAS do referido município, que apresentavam manifestações de dor de longa data, independente do diagnóstico clínico, de forma que essa dor não era eventual, mas que já fazia parte de seus cotidianos. Nosso contato foi realizado a partir de observação e de conversação informal nas referidas USF, assim como pela

indicação da equipe, principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), contatando as mulheres através de visitas domiciliares.

A técnica principal de produção de dados foi a entrevista biográfica (FLICK, 2009), na medida em que propiciou a emergência de narrativas a partir de questionamentos abertos. A entrevista foi realizada individualmente com cada uma das participantes através de questões disparadoras convidando as mulheres a falar sobre sua história de vida; a história e o cotidiano da dor; e os itinerários terapêuticos empreendidos para o seu alívio. Essas entrevistas foram realizadas nos domicílios das participantes, o que nos proporcionou uma maior aproximação com o contexto social das mulheres. As entrevistas foram gravadas com consentimento das entrevistadas e posteriormente transcritas.

Utilizamos a análise de narrativas biográficas, por considerar que a narração de histórias é uma das formas fundamentais com que as pessoas organizam sua compreensão do mundo (GIBBS, 2009). A análise aprimorada de “tópicos, conteúdo, estilo, contexto e o ato de compor narrativas revela a compreensão das pessoas dos sentidos dos eventos fundamentais em suas vidas ou suas comunidades e os contextos culturais em que vivem” (GIBBS, 2009, p. 80).

Organizamos o material no sentido de reconstruir trajetórias individuais, o que as aproximava e o que as diferenciava. Duas categorias de análise foram construídas em torno a eixos que surgiram do entrelaçamento das discussões teóricas e os dados empíricos. A categoria “dor, sofrimento social e gênero” decorre da intrincada relação que as histórias de vida das entrevistadas tinham com sua história de dor. A segunda categoria, “itinerários terapêuticos e farmacologização da dor”, surge a partir de reconstruir os caminhos de cuidado que cada mulher empreendeu, assim como experiências marcantes de diagnóstico e tratamento.

Dimensões éticas foram consideradas durante a realização de toda a pesquisa, que teve seu Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sendo que todas as participantes assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e, para que a identidade das mesmas fosse preservada, a elas foram atribuídos nomes fictícios.

Dor, sofrimento social e gênero

Em primeiro lugar, apresentaremos as nossas interlocutoras de pesquisa a partir de uma caracterização socioeconômica. Quanto ao perfil sociodemográfico, as entrevistadas situavam-se na faixa etária de 30 a 76 anos. Seis delas se auto-identificaram brancas e duas pardas. Quanto à escolaridade, duas nunca haviam frequentado a escola (Eva e Ilse), quatro tinham o ensino fundamental incompleto (Ana, Jussara, Sonia e Tânia), uma tinha o ensino fundamental completo (Gisele), e apenas uma delas havia completado o ensino médio (Maria). Além do predomínio da baixa escolaridade, as mulheres também verbalizaram baixa renda familiar. Só uma delas apresentava melhores condições financeiras e de moradia e era a única que morava sozinha, em apartamento em um condomínio (Maria). As demais moravam em casas mais simples com o marido ou com algum filho/a e/ou neto/a.

A maioria das entrevistadas era costureira de calçados e/ou empregada doméstica, assim como a maior parte dos moradores da região estudada, que migraram do meio rural do Rio Grande do Sul para trabalhar na indústria calçadista. Com ocupações diferentes, ressaltam-se Tânia, que era confeitadeira, e Maria (técnica em contabilidade, que também era a que tinha maior nível de escolaridade). Apenas duas delas continuavam trabalhando apesar das dores, Gisele e Ilse, as mais jovens, com 30 e 39 anos, respectivamente, que trabalhavam como empregadas domésticas. Ilse estava em processo de encaminhamento de documentos para solicitar o Auxílio-doença³, mas ainda

³ No Brasil, o Auxílio-doença é um benefício equivalente a um salário mínimo por incapacidade outorgado através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para pessoas acometidas por uma doença ou acidente que a torne temporariamente incapaz para o trabalho, conforme Lei 8.213/1991.

trabalhava informalmente porque estava sendo difícil para ela conseguir o benefício.

Sônia também estava aguardando receber o Auxílio-doença, sendo que não conseguia mais trabalhar devido às dores. Era beneficiária do Programa Bolsa Família⁴ e as despesas da casa ficavam por conta da filha e do genro. Jussara era aposentada, Eva era pensionista e Maria e Tânia já estavam recebendo o Auxílio-doença. Ana relatou ter parado de trabalhar devido ao agravamento das dores e para acompanhar o tratamento do marido, que tinha adoecido uns 5 anos atrás. Tânia referiu que se sentia muito incomodada por viver em uma situação de dependência, tanto financeira, pois dependia da ajuda de seus irmãos para complementar o Auxílio-doença, quanto física, para fazer as suas atividades, considerando-se um “*estorvo para a família*”.

Através de suas narrativas, as nossas interlocutoras corporificavam a história/memória da sua dor com significados e temporalidades entrelaçados às suas histórias de vida.

Sônia Maluf (2010), ao discutir a relação entre gênero e saúde mental em pesquisa etnográfica realizada com mulheres moradoras de bairros periféricos da cidade de Florianópolis, destaca que as mulheres narravam suas aflições a partir de uma concepção que a autora chama de *sociológica* da perturbação, centrada nas diferentes experiências cotidianas e nas próprias histórias de vida. As dimensões sociais e históricas da aflição e do mal-estar se tornaram centrais naquela pesquisa, sendo que, no nosso estudo, apareceram também modelando as narrativas em relação à dor crônica. Podemos entender essas narrativas como generificadas, no sentido da centralidade das dinâmicas de gênero nas experiências corporificadas.

Entendemos gênero, seguindo a Joan Scott (2010), como categoria analítica que nos permite indagar nas construções de feminilidades e

⁴ O Programa Bolsa Família é uma política de transferência de renda que vincula o recebimento de benefício em dinheiro ao cumprimento de condicionalidades, pelas famílias beneficiadas, de um conjunto de contrapartidas nas áreas de Saúde e de Educação. O objetivo da política é o alívio imediato da situação de extrema pobreza, conforme Lei 10.836/2004.

masculinidades em relações de poder e dinâmicas sociais que estruturam a sociedade, com um olhar crítico às construções binárias da diferença sexual e às posições fixas e universais de mulher/homem.

Jussara foi uma das entrevistadas que residia na área da USF2. Tinha 76 anos no momento da entrevista, auto-identificada como branca, casada há 50 anos, estudou até a 2ª série do ensino fundamental, era aposentada com um salário mínimo. Trabalhou até os 60 anos como costureira de calçado em uma fábrica de Novo Hamburgo. Tinha um filho que morava em Campo Bom e mais três filhos e uma neta. Seu marido tinha 72 anos, era aposentado com um salário mínimo, mas ainda trabalhava em um estacionamento. Alugavam uma parte da casa em que moravam para outra família, complementando, assim, a sua renda familiar.

A história de dor de Jussara tinha iniciado há mais de 50 anos com dor na bexiga. Ela também referiu ter dor na coluna lombar há mais de 30 anos devido à hérnia de disco lombar, o que gerava também dores nas pernas e “*dor no asiático*”, ao se referir ao nervo ciático. Também se queixava de dor no braço devido à tendinite e artrose, além de dores no pescoço e nos pés do tipo “*queimação*” por ter esporão de calcâneo.

A sua dor acompanhou a vida de casada. Jussara relatou que o seu marido era muito “*festeiro*” e “*mulherengo*” desde antes de casarem. Ele saía para os bailes à noite e a deixava sozinha em casa cuidando do filho. No dia seguinte ela ouvia os comentários de que seu marido estava com outras mulheres nos bailes. Quando seu filho era jovem e já frequentava os bailes da região, ele encontrava o próprio pai com outras mulheres. Ela ficava muito triste e pensava em se divorciar, mas relatou que o tempo foi passando e ela foi se acomodando a essa situação. Quando viva, sua sogra era sua confidente, “*a minha sogra era a minha psicóloga*”, como narrou. Sua sogra sempre a defendia e chamava a atenção do filho “*mulherengo*”. Jussara relatou ter sofrido muito quando a sogra faleceu.

Sônia residia na área da USF1, tinha 58 anos, auto-identificada branca, divorciada após 35 anos de casamento, tinha 4 filhos e 7 netos. Com ensino

fundamental incompleto, trabalhava como costureira de calçado, empregada doméstica e ainda fazia trabalho de costuras em casa, mas no momento da entrevista estava afastada do trabalho, sem renda, e esperando receber o Auxílio-doença. Recebia Bolsa Família de 100 reais e as despesas da casa ficavam por conta da filha e do genro.

Sua história de dor tinha iniciado há 20 anos na coluna lombar e em uma das pernas devido à hérnia de disco lombar levando-a a ter que parar de trabalhar. Recentemente as dores agravaram muito e ela estava há 7 meses aguardando uma cirurgia para a coluna que havia sido solicitada em caráter de urgência para, no máximo, ser realizada em 30 dias. Além disso, relatou sentir-se ansiosa e depressiva por não poder trabalhar e ficar dependendo financeiramente da filha e do genro.

A casa em que morava com a filha, o genro e uma netinha de 1 ano de idade era ampla e de alvenaria. Morava nesta casa há 13 anos e ainda estava pagando as prestações para a casa ser dela, pois no divórcio ela ficou com o que já estava pago da casa e o ex-marido com o carro que era da família. Sônia relatou que sempre foi uma mulher independente, que criou os filhos sozinha, e ainda teve que “*aturar*” um marido que só lhe trazia “*incomodação*” com o qual o seu pai a obrigou casar mesmo sem gostar dele. Divorciada há 5 anos após 35 anos de casamento, relatou como se sentia após o divórcio:

Estou feliz, mas Deus o livre! Foi um descanso na minha vida. O casamento pra mim só foi sofrimento, o que eu tive de bom foi os filhos. Ele não bebia, mas ele era mulherengo, né? O dinheiro botava tudo fora. Não ajudava em nada! Eu me matava trabalhando pra poder criar os filhos! (Sônia).

Eva residia na área da USF1, tinha 77 anos, autoidentificada parda, viúva há 20 anos, tinha 14 filhos (9 homens e 5 mulheres), 30 netos e 18 bisnetos, nunca frequentou a escola, pensionista (recebia 1 salário mínimo), trabalhou como empregada doméstica até os 50 anos de idade. Teve que parar de trabalhar devido a fortes dores na coluna lombar após uma queda.

Ela sentia dor na coluna lombar fazia mais de 20 anos. Além da coluna, tinha dor nas pernas, no pescoço, nos braços e na cabeça. Outra dor que Eva sentia era dor no coração, e como seus pais e alguns irmãos morreram por cardiopatias ela tinha medo dessa dor: *“Essa dor no coração é uma dor que mata! Ai eu nem sei o que que a dor significa. Assim, eu tenho a impressão que tem uma hora que vai me dar e vai matar, né?”* (Eva).

Ana também residia na área da USF1, tinha 62 anos, autoidentificada parda, casada há 45 anos, tinha 9 filhos, 13 netos, estudou até a 2ª série do ensino fundamental, trabalhava como costureira de calçado para fábricas durante 15 anos, depois passou a cuidar de crianças em sua casa, era “tia crecheira”. Seu marido tinha 62 anos, era pedreiro e recebia Auxílio-doença de um salário mínimo há 6 meses por estar em tratamento de câncer na próstata. Recebiam ajuda dos filhos para pagar as contas da casa, após Ana ter parado de trabalhar devido ao agravamento das dores e para acompanhar o marido, doente há 5 anos, em seus tratamentos.

As dores que Ana sentia eram na coluna lombar por artrose e lesão do nervo ciático fazia 12 anos, dor na perna esquerda *“até o garrão”*, dor nos braços, dor de cabeça e no pescoço, sendo que essa dor no pescoço ela mesmo atribuía a *“sofrer dos nervos”*.

De repente a dor aparece e a gente fica ruim com isso, porque não é aquele costume que a gente estava, né? Eu acho muito ruim. Atrapalha a vida! Daí é uma coisa estranha na tua vida que tu não tinha e apareceu, né? Eu já me acostumei um pouco com a dor. É, a gente procura sempre melhorar. (Ana).

As experiências mais devastadoras referidas pelas quatro interlocutoras tinham a ver com a morte de filhos. Jussara teve uma filha que nasceu prematura já sem vida e outro filho que morreu com 3 meses de idade. Seu único filho vivo, que tinha 47 anos, também quase morreu ao nascimento devido a problemas uroginecológicos da mãe e sempre foi “doentinho” durante a sua infância. Ela refere ao filho como sendo “tudo

para mim”. Sônia perdeu seu filho 25 anos atrás, quando ele tinha 12 anos de idade, devido a uma paralisia cerebral. Eva tinha perdido um de seus filhos há uns 15 anos por afogamento no mar, quando ele tinha 40 anos. E Ana perdeu um de seus filhos quando ele tinha um mês de vida e o outro com 35 anos de idade em um acidente de carro sete anos atrás, sendo que após a morte do último filho suas dores e seu quadro depressivo pioraram. Sobre a morte desse último filho Ana falou que ainda sofria muito:

Foi difícil! Até hoje, não é fácil. Muito difícil, porque a gente é muito ligada aos filhos, muito, muito apegada! Daí sabe, assim... Esquecer a gente não esquece, ameniza aquela dor. Mas o dia que tu tens uma saudade assim ó, dá um desespero tão profundo que a gente não sabe o que fazer, não adianta, né? Vai fazer o que? (Ana).

Eva, viúva há 20 anos após 41 anos de casamento, comparou seus sentimentos em relação à perda do marido com a perda de seu filho:

Pois é, coisa engraçada! Do meu marido eu senti um pouco, mas não senti tanto como foi do meu filho. O filho da gente é um pedaço da carne da gente, né? E o marido eu não sei... A gente se dava bem, mas era um encosto que a gente tinha, né? É, marido é um encosto que a gente tem! Não é aquela coisa, um pedaço da gente que vai. Deus me livre! (Eva).

Tânia residia na área da USF2, tinha 61 anos, auto-identificada branca, solteira, ou como ela mesmo se intitulava “mãe solteira”, tinha 3 filhos (2 homens e 1 mulher) e 4 netos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, já havia trabalhado como confeitadeira, costureira de calçado e empregada doméstica. Recebia Auxílio-doença de um salário mínimo.

Em decorrência de uma queda sete anos atrás, Tânia “deslocou a bacia”, referindo-se à uma luxação de quadril à direita, que “não foi colocada no lugar” devido à osteoporose grave. Os médicos lhe falaram que se colocassem os ossos da articulação no lugar poderia quebrar e ela ficar

em cadeira de rodas. O seu caso complicou ainda mais quando, no mesmo ano, ela teve uma grave infecção na perna direita após ser picada por uma aranha. Fez um quadro de necrose, foi para a cirurgia para amputar a perna, mas não foi necessário. Tânia sentia dor na perna, na bacia e na coluna lombar. Relatou que tinha essas dores já fazia 7 anos. Apresentava muita dificuldade para caminhar, devido à luxação e também à obesidade mórbida, fazendo uso de um par de muletas. Ela relatou que a vida dela estava assim: “Da cadeira pra cama e da cama pro banheiro!”:

A dor me atrapalha muito! Porque a gente com dor tudo perde, perde a graça, né? Perde o sentido de tudo. Tu faz tudo assim na obrigação, né? E se tu não tem dor, tudo é bom sabe? É só ter vontade de fazer, vai fazer, porque dor é uma coisa e preguiça é outra. A vida sem dor seria bem mais leve né? (Tânia).

Ela se intitulava “mãe solteira”, nunca quis casar. Namorou o pai da primeira filha durante 12 anos e quando ela ficou grávida ele foi embora: “a vida dele era só bebida, boteco e violão!”. Ela conviveu durante 18 anos com o pai de seus dois outros filhos, mas se separou porque ele “só queria saber de beber”. Quando questionada se gostaria de ter outro companheiro ela respondeu: “Arrumar outro bêbado? Dois já foi suficiente! Além disso, homem dá trabalho!”.

Ilse residia na área da USF1, tinha 39 anos, auto-identificada branca, casada há 24 anos, tinha 2 filhos e 2 netos, nunca frequentou a escola, era faxineira, trabalhava há 15 anos nos serviços de limpeza de uma empresa. Estava em processo de encaminhamento de documentos para solicitar o Auxílio-doença e “se encostar”, mas ainda trabalhava informalmente porque estava muito difícil conseguir esse benefício. Seu marido era matizeiro em fábrica de injetados, ganhava em torno de 1000 reais por mês. Tinham casa própria e no momento da entrevista ela morava com o esposo, com os dois filhos e um dos netos que ela ajudava a criar.

Ilse relatou que tinha dor na coluna lombar fazia 15 anos devido à espinha bífida, sendo que essa dor se agravou um ano atrás, motivo pelo qual seu médico solicitou que parasse de trabalhar para que não ficasse em uma cadeira de rodas, pois fazer uma cirurgia na coluna também seria arriscado. Além disso, ainda apresentava dores nas pernas e nos braços, no pescoço, na cabeça e no esôfago por ter hérnia de hiato. Também relatou que já teve muitas dores pélvicas devido a miomas uterinos e que teve que fazer uma cirurgia para a retirada do útero.

Tenho medo de fazer cirurgia e de eu não poder mais caminhar! A minha vida nunca foi isso! Ah, é horrível guria, nem dá pra dizer que não é, sabe? É dolorosa aquela dor ela vai assim, ela vai esmagando parece que vai esfarelando o osso... Ela vai abrindo, vai esmagando junto ali, ah! Daí eu começo a ficar agoniada, sabe? (Ilse).

Ela expressou “ter nojo” do marido por se sentir obrigada a manter relações sexuais com ele mesmo sentindo dores intensas. Falou que ele não compreendia a situação que ela passava e que quanto mais tentava explicar, menos ele entendia.

Ah, tem que fazer, né? Eu vou te dizer é horrível, é horrível! Passo doendo o tempo todo! O tempo todo. E se tu dizer que dói é pior, porque daí ele fica brabo e diz que vai dá pra outra sabe? E ele quer todos os dias! Tem dias assim, bah! Dá vontade de pegar assim ó, tá louco! Tem dias que eu tô braba e eu não dou! (Ilse).

Percebemos nos relatos situações de assimetrias de gênero, sendo destacadas aflições decorrentes de desrespeitos, violências, que vão permeando as narrativas através das reclamações de uso de álcool e de infidelidades por parte dos maridos, até a referência à violência sexual. As narrativas nos trazem masculinidades que são exercidas de maneira violenta sobre as mulheres. Essas masculinidades podem ser entendidas

em uma dinâmica de gênero que reproduz um modelo dominante de “ser homem”, mas que distribui de maneira desigual os benefícios do patriarcado entre os próprios homens, ao levar em consideração os marcadores sociais como o de classe, entre outros (VIVEROS-VIGOYA, 2018).

As temporalidades da dor parecem ser as temporalidades da vida, das dinâmicas de gênero. O gênero constitui essas experiências: na parentalidade centrada na figura da mãe e a perda de filhos expressa em uma dor corporificada profunda (“O filho da gente é um pedaço da carne da gente”); nas assimetrias conjugais (traições, violência sexual); na organização e divisão generificada do trabalho na família (centralização do cuidado nas mulheres; marido como “encosto”: tem que cuidar e tem que trabalhar mais porque ele passa “fazendo festa”) e fora de casa (a dupla ou tripla jornada; as condições de trabalho; etc.).

Podemos relacionar com a proposta de Das (2008), de que, por meio da expressão da dor, é possível sair da privacidade sufocante dela, e chamar a atenção para a negação da dor por parte de um outrem. No caso das nossas interlocutoras, as aflições decorrentes das assimetrias de gênero parecem ser negadas ou naturalizadas não só pelos companheiros, mas pelas redes próximas. Ainda, segundo Das (2011), eventos devastadores produzem um tipo de conhecimento que só é alcançado pela experimentação do sofrimento, um conhecimento venenoso. Assim, violências extremas e eventos críticos não seriam apenas responsáveis pela destruição de vidas e corpos. Atuam, também, na construção de sujeitos e linguagens da dor.

As narrativas citadas nos permitem visualizar como a medicalização permeia a vida dessas mulheres, não só num sentido de regulação dos seus corpos, mas também produz efeitos nas subjetividades e nas narrativas acerca da dor crônica. As entrevistadas parecem assumir os diagnósticos médicos como constitutivos das suas experiências, passando a narrar as memórias da dor com uma linguagem biomédica. Ao mesmo tempo, a

vivência da dor parece não se encaixar nos compartimentos criados pelos diagnósticos, seja pela sua intensidade (“É dolorosa aquela dor ela vai assim, ela vai esmagando parece que vai esfarelado o osso”), seja pela sua interface com o sofrimento social (parentes que morreram de cardiopatias e as perdas são expressas através de “dor que mata”; distanciamento de parentes que ocasionaram a dor; assim como as situações que foram visibilizadas no item anterior). Notório também foi a precisão dos momentos de início, da quantidade de anos que a dor está presente, trazendo temporalidades para a dor que acompanham os seus cursos de vida.

Essas memórias incorporam a linguagem biomédica, mas também expressam uma amplitude de significados não abarcados por essa linguagem. Os saberes biomédicos parecem ser reorganizados por significados e temporalidades, que integram as várias dimensões da vida dessas mulheres. Relacionaremos, a seguir, a medicalização com a farmacologização da dor.

Itinerários terapêuticos e farmacologização da dor

Nessa categoria, refletiremos sobre os itinerários terapêuticos que elas empreenderam na busca de atenção, diagnósticos e cuidados para o alívio da dor, sendo vistos como estratégias complexas fundamentadas na elaboração de relações sociais e de práticas de inserção social (GERHADT, 2006). Nessa pesquisa, evidenciaram-se itinerários terapêuticos predominantemente centrados na assistência dos profissionais da saúde, marcados pela medicalização. Junto com isso, um fenômeno que chamou nossa atenção foi a centralidade do uso de medicamentos. Este fenômeno pode ser relacionado com a *farmacologização* dos cuidados em saúde.

Por farmacologização entendemos o processo de transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para a intervenção farmacológica (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011). Mesmo na

estreita interação com a medicalização, ela pode ocorrer respondendo a outras lógicas, como aponta Camargo Jr. (2013), seja a da subjetivação através da utilização de determinados fármacos, seja a própria lógica de mercado da indústria farmacêutica.

Das oito mulheres entrevistadas, sete relataram que faziam uso frequente de analgésicos e anti-inflamatórios por via oral, (Ibuprofeno, Paracetamol, Diclofenaco), e relaxante muscular como o Dorflex®, na tentativa de aliviarem as suas dores:

Olha o que eu estou tomando bastante pras dor é o Dorflex, relaxante muscular, né? Eu tô tomando bastante esse. Hoje eu não tomei, mas ontem eu tomei dois. Agora que eu vou encarar um emprego novo na faxina eu disse hoje pro meu marido: - 'Eu tenho que comprar uma cartela de Dorflex!' Eu pego o Dorflex e vou! (Gisele).

Interessante notar, nessa última fala, como o medicamento parece encarnar uma “companhia” na sua vida (“*Eu pego o Dorflex e vou!*”), e encorajar/possibilitar agências (“*Agora vou encarar um emprego novo na faxina*”).

Decorrente do processo de medicalização e de seu fenômeno correlato de farmacologização já mencionado, o contato das pessoas com medicamentos aumentou consideravelmente nas últimas décadas, levando a uma progressiva apropriação leiga dessa lógica terapêutica nos cotidianos da saúde, sendo que as respostas corporais, na experiência direta ou compartilhada, é o critério que legitima a continuação ou a interrupção do uso desses medicamentos (LOPES, 2007).

Todas as mulheres entrevistadas, exceto Gisele e Maria, relataram que quando a dor ficava muito intensa sem que houvesse resposta à medicação analgésica elas procuravam o serviço de saúde para fazerem algum tipo de medicamento injetável: “*E tenho dor nesse braço, daí o médico mandou bater radiografia, e ele viu que era artrose e eu fiz naquele dia cinco injeções! Fiz as*

cinco injeções e melhorei!” (Jussara). Mas o alívio promovido pela injeção, não é “para sempre”:

Eu tomava uma injeção, aquela vermelha que é pra coluna, agora eu não sei como é o nome daquela injeção das vitaminas que o médico me deu... Acho que é Citoneurin, não lembro mais! Eu tomava uma, daí tomava outra depois de uma semana. Aquilo passava dois dias ficava sem dor, passava e depois daquilo voltava terrível a dor. Porque o médico diz que o remédio já está tomando conta do corpo, né? (Ilse).

Além da avaliação dos efeitos diferenciados dos medicamentos prescritos pelos profissionais da saúde feita pelas mulheres conforme as suas experiências de alívio à dor, também é incorporada outra gama de medicamentos indicados por pessoas próximas: *“A minha filha disse que tem um spray que também é muito bom pra dor, mas eu ainda não comprei.” (Eva),* ou indicados pela mídia:

E agora eu comprei um por conta que é esse aqui ó, o Ômega 3, que diz que é pra coluna! Eles tavam vendendo aí na rua, eu vi na TV também que o Ômega 3 é bom pra quem tem problema na coluna e pra algumas vitaminas, repor assim, aí eu disse: - Vai que dá certo! (Gisele).

Apenas uma das mulheres (Maria, entrevistada com maior nível de escolaridade e inserção em trabalhos melhor remunerados) relatou que não fazia mais uso de medicamentos para a dor, mas que os utilizava até que um médico lhe explicou que a aplicação do gelo no local da dor poderia aliviar os seus sintomas dolorosos: *“esse doutor te obriga a trabalhar o gelo. Realmente trata a infecção, e eu não tomei mais remédio nem pra dor, que eu já tinha do outro médico. O gelo resolve tudo, muita coisa, né? O meu pé quase congelava, mas realmente resolveu!” (Maria).*

Ana e Gisele também relataram que faziam uso de gelo para alívio de suas dores. Gisele usava gelo dentro de uma bacia para colocar os pés. Ana foi

orientada pelo médico para fazer bolsa quente ou aplicação de gelo, mas preferiu o gelo:

Daí eu boto lá, como o doutor mandou, a bolsa de água quente onde me dói aqui na coluna. Ele mandou eu botar gelada ou quente. Daí eu boto gelada, porque diz que a gelada é melhor do que quente, né? Aí eu deixo uma meia hora! Eu boto com a toalha em cima pra não gelar de verdade, né? Porque diz que se deixar muito é capaz de queimar (Ana).

Das entrevistadas, quatro relataram já terem realizado fisioterapia na RAS (Jussara, Eva, Sônia e Maria). Relataram que a dor aliviava com a fisioterapia, mas que em seguida ela retornava: *“Há três anos atrás eu fiz um pouco de fisioterapia. Daí foi lá no Centro. Não melhorava a dor, acalmava, né? Dava uma acalmadinha assim, mas não que melhorava. Acho que a coluna melhorar não sei, porque eu em todos esses anos não achei o que melhorasse.”* (Sônia). Uma delas também já havia realizado fisioterapia aquática em um serviço conveniado à prefeitura:

O médico me disse: -‘tu começa a procurar o que fazer!’ Aí ele me tirou o gesso do pé e me botou em fisioterapia. Eu acho que eu fiz umas vinte ou trinta sessões de fisioterapia. Eles me liberaram, disseram que não ia mudar, mas eu não caminhava direito, sabe? Só de muleta! Aí a minha coluna começou a dor, né? Aí, na fisioterapia aprendi a ter coragem, né? Me doía pra fazer fisioterapia, mas depois alivia. Teve até algumas sessões que elas fizeram com aqueles choquezinhos. Eu fiz também umas quinze sessões de fisioterapia na água e eu melhorei pra caminhar! (Maria).

Entretanto, algumas mulheres se queixaram que os serviços de fisioterapia conveniados pelo SUS na cidade são de difícil acesso devido à longa distância a ser percorrida, ao custo com transporte e por sentirem muita dor para se deslocarem: *“naquele tempo [que fazia fisioterapia] eu pagava passagem, tinha que ter dinheiro pra passagem. Daí eu parei e o médico me*

deu injeção!” (Eva); “eu não consegui ir até a parada pra pegar o ônibus por causa da minha perna, daí não adiantava porque eu ia chegar lá com dor e a minha pressão ia tá alta e eles não iam conseguir fazer” (Sônia).

Ilse, Gisele e Ana relataram que já haviam realizado quiropraxia, pois o acesso era mais facilitado, uma vez que este tipo de atendimento era realizado dentro da própria USF que recebia acadêmicos da quiropraxia de uma universidade local que faziam estágio curricular nas referidas USF. Porém, nem todas as mulheres que trabalhavam conseguiam acessar esse serviço devido ao horário de atendimento: *“eu fui no médico pra falar das dores nas pernas e daí ele mandou eu fazer a quiro. Eu fiz três sessões, daí depois eu comecei a trabalhar nas faxinas daí não tinha mais tempo pra mim fazer. Mas me aliviou!” (Gisele); “eu só fiz uma vez, daí eu não pude mais ir por causa do serviço. Aliviou aquela dor assim, sabe? Ela ficou mais levezinha a dor. Mas eu vou te dizer assim, não dá! Aí eles te pisam em cima, te esmagam não sei como eles fazem!” (Ilse).*

Por um lado, aponta-se o uso massivo de medicamentos como reflexo da aceitação e legitimação dos diagnósticos e prescrições médicas, por outro, as pessoas incluem nos seus itinerários variadas formas de lidar com suas perturbações, algumas recomendadas pelos próprios profissionais de saúde e outras advindas de experiências sociais mais amplas não restritas ao campo biomédico. Nossas interlocutoras relataram fazer uso de pomadas e cremes para massagear o local no qual sentiam dor, é o que chamavam de *“fomentação”*, assim como a utilização de algum tipo de *spray* para uso tópico.

Faço afumentação nas costas. O meu filho afumenta, eu deito de noite, ele tapa as minhas pernas e puxo aqui a roupa e ele me afumenta bem afumentado! Aí às vezes passam dias que não me dói as costas. Eu comprava sempre um remédio na pecuária, no dia que eu comprei estava cinco reais, agora esses dias ele trouxe já por dez reais na pecuária. Eu passo essas coisas assim, bem fedorento! Se é fedorento, é forte, né? (Eva).

Quando eu tô com dor eu tomo remédio pra ver se acalma e vou deitar, deito ali na sala, deito na minha cama e as minhas meninas vem fazer massagem. Ai eu dou um creme pra elas, agora eu comprei o Doutorzinho... Daí eu digo pra elas: - 'Vem fazer massagem nos pés da mãe!', e elas vêm fazer. Massagem muito relaxante, porque os dedinhos delas é tão fininho, né? (Gisele).

Interessante notar nas narrativas como se agenciam as relações de cuidado: são as mães pedindo para os seus filhos passarem os produtos e massagearem. O produto usado é um mediador do contato entre corpos, dispondo afetos, relaxamento e alívio à dor.

Outras estratégias para diminuir a dor incluíam descansar deitada ou sentada, sendo que deitar com os membros inferiores elevados era a escolha de duas mulheres e uma gostava de tomar um banho. Gisele e Sônia relataram beber algum tipo de chá quente, outras duas optavam por beber chimarrão como alternativa para diminuir a dor e uma delas bebia café para a mesma finalidade.

Ana relatou que cuidava para não erguer peso, Sônia disse que tinha cuidados com a postura, Maria falou que cuidava da alimentação e fazia caminhadas para emagrecer, Eva disse que amarrava batatas na cabeça para aliviar a dor de cabeça e Gisele relatou que fazer sexo com o marido lhe dava alívio das dores.

Além disso, todas relataram sentirem-se aliviadas indo à Igreja ou rezando em casa, o que mostra a importância da espiritualidade para lidarem com a experiência da dor. Ao serem questionadas em relação à religiosidade Gisele e Sônia informaram que frequentavam a Igreja Assembleia de Deus, Jussara, a Igreja Batista, Ilse, a Igreja Universal do Reino de Deus, Eva, a Igreja Católica, Ana era espírita, Tânia frequentava a Igreja dos Mórmons e Maria relatou que não seguia nenhum tipo de religião, mas que acreditava em Deus: *“E a gente tem que ter Deus no coração, né? Assim até as dores melhoram. É muito bom! Às vezes a gente tá nervosa, muito encucada assim, e aí a gente se pega com Deus. Pede força! Ajuda bastante!”* (Jussara); *“na*

igreja alivia a dor da gente. Daí tu tá lá escutando uma coisa que é de Deus e aquela agonia parece que alivia. Daí parece que a gente desabafa, né?” (Sônia).

Rabelo (1993) refere a função terapêutica dos cultos religiosos a partir “das diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretam a experiência da doença e modificam a maneira pela qual doente e comunidade percebem o problema” (p. 316). Para entender esse processo, é necessário abordar a religião sob a perspectiva da experiência religiosa e das formas pelas quais os seus símbolos são vivenciados e ressignificados nas relações sociais que se estabelecem nesse meio.

Uma última questão a ser analisada nesta categoria diz respeito ao que podemos nomear como “saúde mental”, que emergiu nas narrativas das mulheres no contexto dos itinerários terapêuticos. Todas elas se identificaram como sendo muito “nervosas” e “ansiosas” e terem sido diagnosticadas com depressão. Esse diagnóstico foi realizado pelos médicos da Atenção Primária (não foi elaborado por psiquiatra) e foi encaminhado tratamento com medicamentos psicotrópicos.

A maioria de nossas interlocutoras fazia uso de medicação antidepressiva e/ou ansiolítica, exceto Jussara, que embora o médico tenha prescrito esse tipo de medicamento ela não usava por “*medo de viciar*” e Gisele que já tinha usado esses medicamentos, mas não os usava mais, pois se sentia “*dopada*”.

Gisele narrou que tinha diagnóstico de fibromialgia, mas que tinha depressão devido às dores assim como crises de ansiedade e de pânico. Seu médico lhe falou que fibromialgia era um outro nome dado para depressão:

O médico falou que eu tava com fibromialgia porque não aparecia nada nos exames. Eu fiz um monte de exame e dava tudo normal. Daí ele falou que essas dores que eu tinha não existia! Eu disse como que não existe se eu sinto a dor, como que não existe? É uma doença, ele falou que era assim ó, fibromialgia foi o nome que eles acharam pra botar pra depressão. (Gisele).

Maria relatou que tinha depressão, a qual atribuía a problemas na infância, principalmente com a sua mãe. Disse que apanhava muito da mãe e que sua mãe queria que ela fosse um menino. Decorrente disso, ela praticamente se isolou de sua família.

Algumas mulheres relataram que “*sofriam dos nervos*” ou se “*atacavam dos nervos*”, conforme seguem os relatos: “*tem meses que eu passo assim, barbaridade! Muito atacada dos nervos! Qualquer coisinha assim, eu não sei o que que eu tenho. O doutor me disse que a minha doença mais é os nervos, depressão e a coluna, foi o que ele me disse*” (Eva); “*tem dias que eu tô bem atacada dos nervos! Até perdi muito cabelo, fiquei careca assim e o médico falou que era dos nervos! Eu tenho muita ansiedade! Eu alevanto pra comer de madrugada, sabe? Eu sou obrigada a comer por causa dos nervos!*” (Ilse); “*a primeira vez que eu tive a crise foi bem pior porque me deu aquela crise de pânico mesmo! Não foi só a dor, sabe? Me atrofiou os nervos e tudo! E daí eu tive mais umas três, mas era mais fraca, duas vezes eu fui no médico e duas vezes eu fiquei em casa*” (Gisele).

No estudo etnográfico de Luiz Fernando Dias Duarte (1986) realizado entre grupos de classes trabalhadoras urbanas do Rio de Janeiro sobre a construção de identidades sociais relacionadas às experiências de trabalho daquele grupo social, a “doença dos nervos” (ou, como o autor passou a chamar, “perturbações físico-morais”) apresentou-se como paradigmática para compreender noções de corpo, pessoa e saúde das classes populares. Maria Lucia da Silveira (2000) incorpora a perspectiva de gênero num estudo etnográfico realizado na década de 1990 em uma comunidade do interior de Florianópolis, chama a atenção para o uso que as mulheres faziam da linguagem dos nervos para chamar atenção sobre seus padecimentos cotidianos, vinculados ao casamento e às atribuições tidas como femininas. Nesse contexto, os “nervos” apareciam para visibilizar uma alteração no cotidiano e como uma forma de reconhecimento de si no contexto familiar. Sem ter suas queixas acolhidas ou levadas a sério pelos médicos, as mulheres

“nervosas” acabavam sendo tratadas com calmantes. Aquilo que aparecia como um idioma que expressava dimensões pessoais e sociais em que assimetrias de gênero ganhavam destaque, ao ser medicalizado e “domesticado pelas drogas”, perdia essa visibilidade social, tirando de cena atores e o próprio drama social (TORNQUIST; MALUF, 2010, p. 442).

Pode-se pensar que no “contexto atual de disseminação da depressão como a língua social das aflições contemporâneas e do uso de medicamentos psicotrópicos, principalmente por mulheres” (TORNQUIST; MALUF, 2010, p. 442), acentuou-se também o processo de invisibilização do sofrimento social dessas mulheres. Predominando um paradigma *fisicalista* entre os profissionais da saúde, como mencionamos anteriormente, a dor e as aflições parecem ser “ouvidas”, mas reduzidas a diagnósticos médico-psiquiátricos, e farmacologizadas, anulando o que elas expressam de seus dramas sociais.

No caso das entrevistadas, todas as experiências de sofrimento social (relatadas na primeira categoria) parecem desaparecer na hora de diagnosticar depressão, como um diagnóstico meramente fisicalista.

As narrativas nos dão indícios da produção de cuidados de si dessas mulheres, pensando no sentido de Michel Foucault (2005) que, mais do que individual, o cuidado de si tem a ver com uma dimensão relacional, com uma teia de relações sociais. Seja na adesão a tratamentos medicamentosos e as subjetivações que os fármacos provocam nas suas vidas (se tornam “acompanhantes”, por exemplo), na incorporação de “hábitos saudáveis” disseminados pelos profissionais da saúde (caminhar, emagrecer, fazer fisioterapia, etc.), nas relações de cuidado estabelecidas com seus filhos (massagens, fomentações), na participação de cultos religiosos, a dimensão relacional do alívio à dor está presente. As mulheres entrevistadas construíram suas estratégias terapêuticas e de enfrentamento de condições adversas de saúde a partir de suas histórias de vida, de suas experiências sociais, levando-se em conta os recursos terapêuticos disponíveis, bem como o acesso (às vezes difícil) aos mesmos.

Considerações finais

Analisamos como os relatos das entrevistadas referiam a sofrimentos relacionados a formas distintas de violência disseminadas no cotidiano sejam provocadas por seus companheiros ou relacionadas à perda de filhos podem ser pensadas como *conhecimento venenoso*, na medida em que constituem uma linguagem (e experiência) da dor, nem sempre reconhecida. Nas narrativas das nossas interlocutoras parece não ser possível desvincular as suas histórias de sofrimento relacionadas às dificuldades financeiras, conjugais, de perdas de filhos e de outros tipos de violência com a dor que sentem em seus corpos, já que constituem experiências encarnadas, feitas corpo.

As narrativas mostram também como a medicalização permeia a vida dessas mulheres, seja na regulação de seus corpos (por exemplo, através dos diagnósticos de depressão que acabam comprimindo amplas aflições), seja na incorporação da linguagem biomédica como constitutiva de suas histórias/memórias de dor, sendo essa linguagem reorganizada por outros significados, integrando as várias dimensões da vida dessas mulheres.

Os itinerários terapêuticos que elas empreendem na busca de atenção e cuidados para o alívio da dor estão marcados por escolhas centradas no médico e no medicamento. Mas, ao mesmo tempo, essas mulheres construíram as suas estratégias terapêuticas e de enfrentamento de condições adversas de saúde a partir de suas histórias de vida, de suas experiências sociais de assimetrias de gênero, classe, e incorporando dimensões coletivas do cuidado de si na rede próxima. Entretanto, a perpetuação da dor, mesmo seguindo determinados itinerários terapêuticos, pode demonstrar uma corporificação do sofrimento engendrado nas suas vivências sociais e histórias de vida. Aquilo que aparece como linguagem que expressa dimensões pessoais e sociais em que assimetrias de gênero ganham destaque, ao ser medicalizado e “domesticado pelas drogas”, parece perder visibilidade social, tirando de cena atores e o próprio drama social.

Assim, ressalta-se a importância desse estudo para um melhor entendimento do quanto a dor crônica de mulheres pode transcender às marcas biomédicas para uma experiência de dor que corporifica dimensões de sofrimento associadas ao seu mundo social, e dessa forma, necessitar de um olhar atento dos profissionais de saúde para a produção de um cuidado que abarque todas essas dimensões.

Referências

CAMARGO Jr., Kenneth R. de. “Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2019.

CIPRIANO, Anderson; ALMEIDA, Daniel B.; VALL, Janaina. “Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil”. *Revista Dor*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a03v12n4.pdf>> Acesso em: 24 out. 2019.

CONNELL, R. *Gênero em termos reais*. São Paulo: nVersos, 2016.

DAS, Veena. “Lenguaje y cuerpo: transacciones en la construcción del dolor”. In: DAS, V. *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Ed. Francisco A. Ortega: Bogotá, 2008, p. 343-373.

_____. “O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade”. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 37, p. 9-41, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq, 1986.

ECKERT, Cornelia; ROCHA, Ana L. C. *Etnografia: saberes e práticas*. Iluminuras: Série de Publicações Eletrônicas do Banco de Imagens e Efeitos Visuais, UFRGS, Porto Alegre, v. 9, n. 21, p.1-23, 2008.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade III: O cuidado de si*. São Paulo: Ed. Graal, 2005.

GERHARDT, Tatiana E. “Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

GIBBS, Graham. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margaret (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.

KRELING, Maria Clara; CRUZ, Diná; PIMENTA, Cibele. “Prevalência de dor crônica em adultos”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Jan. 2013.

LOPES, Noémia M. Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 78, p. 119-138, out. 2007. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/760>>. Acesso em: 24 out. 2019.

MALUF, Sônia. “Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais”. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen S. *Gênero, Saúde e Aflição. Abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, p. 21-67.

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.

PEDROSO, Rene A.; CELICH, Kátia. “Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem”. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 out. 2019.

RABELO, Miriam. “Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, jul./set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 out. 2019.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SARTI, Cynthia. “A dor, o indivíduo e a cultura”. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 out. 2019.

SCOTT, Joan. “Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis?” *La manzana de la discordia*, v. 6, n. 1, p. 95-101, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/77276533.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2019.

SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo fala, o nervo cala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TORNQUIST, Carmen S.; MALUF, Sônia. “Nervos e nervosas no contexto das aflições contemporâneas”. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen S. *Gênero, Saúde e Aflições. Abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, p. 441-457.

VÍCTORA, Ceres. “Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia”. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.5, n.4, p.3-13, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764>>. Acesso em: 24 out. 2019.

VIVEROS-VIGOYA, Mara. *A cor das masculinidades. Experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América*. Rio de Janeiro: Papeis Selvagens, 2018.

WILLIAMS, Simon; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. “The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis”. *Sociology of Health & Illness*, v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371048>>. Acesso em: 24 out. 2019.

Recebido em maio de 2020.
Aprovado em julho de 2020.