

**Algumas Percepções da Categoria Gênero Segundo Profissionais do Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS)**

**Some Perceptions of Gender Category According to Professionals of Psychosocial Care Center
(CAPS)**

Alessandro Vinicius De Paula

Doutor em Administração pela Universidade Federal de Lavras
Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais
Professor da Universidade Federal de Mato Grosso
E-mail: avpaula@yahoo.com.br

Christiane Batista De Paulo Lobato

Mestra em Administração pela Universidade Federal de Lavras
E-mail: chris_batista@yahoo.com.br

Endereço: Alessandro Vinicius De Paula

Endereço: Departamento de Psicologia/Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT - Campus Cuiabá). Avenida Fernando Corrêa da Costa, nº 2.367, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil – CEP 78060-900.

Endereço: Christiane Batista De Paulo Lobato

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Lavras DAE-UFLA, Caixa Postal 3037, Campus da Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil – CEP 37200-000.

Editor Científico: Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 24/08/2016. Última versão recebida em 19/09/2016. Aprovado em 20/09/2016.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação.

RESUMO

O presente estudo exploratório objetivou verificar se a variável gênero feminino é um fator de agravamento das condições de saúde das usuárias atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade do sul de Minas Gerais. Abordando a percepção dos profissionais que trabalham no CAPS, buscou-se investigar quais são as principais demandas/queixas relacionadas à violência de gênero e o percentual de mulheres que buscaram alguma forma de tratamento/intervenção na unidade do CAPS. Buscou-se identificar se as variáveis de gênero, raça/etnia e classe social são percebidas pelos profissionais do CAPS como fatores que podem desencadear/agravar os quadros de saúde das mulheres usuárias dos serviços da unidade. A amostra apresentou que há marcantes diferenças quanto às queixas/reclamações dos pacientes em função do gênero. Segundo a percepção dos profissionais que trabalham no CAPS, as mulheres tendem a apresentar mais sintomas depressivos e estão mais preocupadas com as questões familiares, seus conflitos e seu papel social na dinâmica casa/trabalho/família. Os homens, por sua vez, tendem a se preocupar mais com as responsabilidades financeiras/estruturais da família, com seu papel de provedor do lar. Outras pesquisas devem ser desenvolvidas para aprofundar a compreensão dos significados dos papéis de homens e mulheres na visão das usuárias dos serviços prestados pelo CAPS.

Palavras-chave: Gênero. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Condições de Saúde.

Abstract

This exploratory study aimed to verify if the variable gender (female) is an aggravating factor of the health of users assisted in the Center for Psychosocial Care (CAPS) in a town in southern Minas Gerais - Brazil. Addressing the perception of professionals working in CAPS, we sought to investigate what are the main demands / complaints related to gender violence and the percentage of women who sought some form of treatment / intervention in CAPS unit. We sought to identify whether the variables of gender, race / ethnicity and social class are perceived by the CAPS professionals as factors that can trigger / exacerbate the health staff of the women seen in the unit services. The sample showed that there are marked differences in the complaints / claims of patients by gender. According to the perception of professionals working in CAPS, women tend to have more depressive symptoms and are more concerned with family issues, conflicts and social role in the dynamic home / work / family. Men, in turn, tend to be more concerned with the financial / structural responsibilities of the family, with its role as home of the provider. Further research should be developed to deepen understanding of the meanings of the roles of men and women in the perspective of users of services provided by CAPS.

Keywords: Gender. Center for Psychosocial Care (CAPS). Health Conditions.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo exploratório objetivou verificar se a variável gênero feminino é um fator de agravo das condições de saúde das usuárias atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade do sul de Minas Gerais. Abordando as percepções dos profissionais que trabalhavam nessa unidade do CAPS, buscou-se investigar as seguintes questões: Quais são as principais demandas/queixas relacionadas à violência de gênero e o percentual de mulheres que buscaram alguma forma de tratamento/intervenção na unidade do CAPS? As variáveis de gênero, raça/etnia e classe social são percebidas pelos profissionais do CAPS como fatores que podem desencadear/agravar os quadros de saúde das mulheres usuárias dos serviços da unidade?

As mulheres acometidas por diversos tipos de violência buscam atendimentos também no CAPS. Cabe ressaltar que ao enfocarmos a violência como uma questão de Saúde Pública, torna-se de extrema importância analisar suas diversas formas de manifestação, assim como os meios de enfrentá-la. A Organização Mundial de Saúde define violência como uso intencional da força física/poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência no desenvolvimento e privação (LIMA, 2004).

Numa perspectiva psicossocial, encontramos o conceito de violência como resultado da conversão da diferença numa relação de desigualdade, sendo que nas relações de gênero, pautadas na hegemonia do patriarcado, caracteriza-se por relações de poder do tipo dominador-dominado que gera a opressão do outro (SAFFIOTI, 2004).

Nesse sentido, a violência deve ser tomada pelo aspecto da dominação/sujeição e não pelo da transgressão/violação, como é observado no aspecto jurídico como violação dos costumes e leis. Portanto, várias formas de violência podem estar baseadas nas relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, sendo possível reagrupá-las sob a denominação violência de gênero. Ressaltamos que abordamos apenas as percepções dos profissionais que atuavam no CAPS para levantar os dados aqui apresentados. As usuárias do CAPS não foram abordadas no presente estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve contextualização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

No Brasil, a reforma do setor saúde decorreu de intensa mobilização social. Algumas mudanças ocorreram desde a Reforma Sanitária as quais, por fim, legalizaram e normatizaram a saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde definiu que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, sendo uma das prioridades para reorganização do modelo de saúde, tendo como foco a Estratégia de Saúde da Família - ESF (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Atualmente, as políticas oficiais de saúde no Brasil preconizam a organização de Serviços de Saúde Mental substitutivos ao modelo asilar e coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica, tais como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as Residências Terapêuticas, as Oficinas de Geração de Renda, entre outros. A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios, etc. Tal rede deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, 2010).

As ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de núcleos de atenção integral na saúde da família. Estas equipes deverão dar suporte técnico (supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação) às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população: PSF e ACS (BRASIL, 2010).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo (SP), no contexto político da redemocratização do País e nas lutas pela revisão de marcos conceituais. Dentre tais marcos conceituais estão novas formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental que se fortaleceram a partir do final da década de 1980 na América Latina e no Brasil (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

O objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e

comunitários. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. É o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2010).

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS Ad) e Infanto-juvenil (CAPSi) de acordo com parâmetros populacionais e atendimento à realidade local, para a implantação destes serviços. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (ANDREOLI *et al.*, 2004; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2010).

Visto que os CAPS atuam como “a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação” (BRASIL, 2010), o presente estudo exploratório objetivou identificar as potenciais correlações entre os quadros de adoecimento mental das mulheres que buscam por esse serviço e as relações de gênero nas quais estão envolvidas.

2.2 Pensando gênero como categoria de análise dos fenômenos sociais

A discussão acerca dos estudos sobre as relações de gênero diverge, principalmente, em função da evolução do próprio conceito de gênero, sofrendo influências da época e do contexto da formação de cada perspectiva (CAPPELLE, 2006). Para Thompson (1987 citado por SARDENBERG; COSTA, 1994), “a consciência de gênero surge da mesma forma em tempos e lugares diferentes, mas nunca exatamente da mesma forma”.

O conceito de gênero é uma construção teórica, relativamente recente, que busca atender à necessidade de diferenciar as características sexuais dos seres humanos -

biologicamente estabelecidas - de seus múltiplos desempenhos sociais - traduzido em papéis sociais e expectativas de comportamentos tidos como masculinos e femininos (SCOTT, 1995). A categoria gênero, para Scott (1995), pode ser entendida como a organização social da diferença sexual, sendo uma forma de construção social que uma dada cultura estabelece para regular as relações entre homens e mulheres (masculino e feminino).

Os trabalhos dedicados a investigar gênero têm contribuído para o entendimento de uma dimensão importante das relações sociais e suas variações ao longo da história (STEARNS, 2007). Portanto, falar em gênero é uma forma de enfatizar o caráter social e histórico, das concepções baseadas nas percepções das diferenças sexuais (SOUZA; MELO; OLIVEIRA, 2008).

A diferenciação entre os conceitos de gênero e sexo é essencial nos estudos sobre as relações de gênero. Para as abordagens iniciais sobre gênero, consideravam-se as características biológicas de cada sexo como responsáveis pela desigualdade entre homens e mulheres (IZQUIERDO, 1994; SOUZA; MELO; OLIVEIRA, 2008). A ocorrência da diferenciação entre sexo e gênero é uma maneira de distinguir as limitações e capacidades implicadas pelas características sexuais, pelos padrões de identidade, modelos, posições e estereótipos moldados pelas características sociais, psíquicas e históricas (IZQUIERDO, 1994).

O sexo é a diferença biológica e anatômica entre homens e mulheres, enquanto gênero reconhece aspectos psicológicos, sociais e culturais constitutivos da identidade masculina e feminina (CAPPELLE, 2006; FONSECA, 2010). Segundo Sohiet (1997), gênero é o termo utilizado, desde a década de 1970, para teorizar a questão da diferença sexual, indicando uma rejeição ao determinismo biológico (sexo ou diferença sexual). Sohiet (1997) complementa sublinhando o aspecto relacional entre homens e mulheres, segundo o qual não pode haver nenhuma compreensão de qualquer um dos dois, em um estudo que os considere totalmente em separado.

Silva (2004, p. 148) entende “gênero como uma relação entre sujeitos historicamente determinados, e não apenas como um conceito descritivo que designa o masculino e o feminino”. Para Scott (1995), tal concepção implica uma nova história, escrita com o desenvolvimento do gênero como categoria de análise, desconstruindo seu conceito fixo de oposição binária entre masculino e feminino, e como uma rejeição ao determinismo biológico.

Os papéis de gênero são definidos como um conjunto de expectativas em relação aos comportamentos sociais que se esperam das pessoas de determinado sexo (MARODIN, 1997). Para Mead (1988), é a cultura que constrói o gênero, simbolizando as atividades como

masculinas ou femininas, ou seja, as diferenças sexuais são socialmente construídas. Louro (2007) ressalta a importância de entendermos o dinâmico processo envolvido na formação das identidades sociais, incluindo a identidade de gênero:

Reconhecer-se numa identidade supõe, pois, responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência. Nada há de simples ou de estável nisso tudo, pois essas múltiplas identidades podem cobrar, ao mesmo tempo, lealdades distintas, divergentes ou até contraditórias. Somos sujeitos de muitas identidades. Essas múltiplas identidades sociais podem ser, também, provisoriamente atraentes e, depois, nos parecerem descartáveis; elas podem ser, então, rejeitadas e abandonadas. Somos sujeitos de identidades transitórias e contingentes. Portanto, as identidades sexuais e de gênero (como todas as identidades sociais) têm o caráter fragmentado, instável, histórico e plural [...] (LOURO, 2007, p. 12).

Para Sardenberg e Costa (1994), a consciência de gênero é a forma como as experiências comuns são tratadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, ideias e formas institucionais. Como exemplo, afirmam que mulheres em condições sociais, econômicas e culturais percebem de formas distintas sua situação de dominação/subordinação.

Gênero é uma categoria relacional e hierarquizada que define papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres, relações estas marcadas pelas diferenças de poder entre homens e mulheres vigentes atualmente em nossa sociedade (SAFFIOTI, 2004).

Desta forma, o conceito de gênero surge como instrumental teórico, para dar respaldo científico e, sobretudo, acadêmico aos estudos feministas sobre as condições das mulheres nas sociedades modernas (PEDROSA, 2006). Após a segunda metade da década de 70, após a separação dos termos sexo e gênero ser firmada nas comunidades de antropólogos, é que a diferença sexual passou a ter grande importância analítica nas pesquisas (TEDESCHI, 2005).

Sardenberg e Costa (1994) propõem um recorte na consciência do gênero, agregando a consciência de classe dentro do gênero. Em se tratando de mulheres, além do conhecimento das especificidades da biologia feminina, há que se conhecer e compreender as especificidades da condição da mulher no espaço social considerado. Não apenas através da classe social pode-se determinar a posição do indivíduo na sociedade; as especificidades da própria biologia, por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, acabam também determinando o “lugar social” de cada um. Outros recortes analíticos podem facilitar a compreensão dos fenômenos sociais e, dentre eles, o próprio processo saúde-doença, tais como a raça/etnia e o gênero (FONSECA, 1997).

Sohiet (1997) vai mais além, propondo a reescrita (científica) da história (das mulheres), articulando gênero, classe e raça/etnia, compondo esta nova história com a fala dos oprimidos, os eixos da organização desigual do poder:

Definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação - que é uma relação histórica, cultural e linguisticamente construída - é sempre afirmada como uma diferença de ordem natural, radical, irredutível, universal (SOHIET, 1997, p. 09).

Segundo Catley e Jones (2002 citados por MUNIZ, 2008), a violência simbólica é representada pelos regimes invisíveis que subjagam e atormentam as pessoas de forma muito mais poderosa que a força brutal, pois sua pressão é silenciosa e constante. Michaud (1989), afirma que há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses ou em suas participações simbólicas e culturais.

Diante do exposto, percebe-se como é importante compreender as diversas formas de violência que impactam na saúde das mulheres que buscam os serviços públicos de saúde, incluindo o CAPS. Desta forma, torna-se extremamente importante estudar as percepções dos profissionais que trabalham nas unidades do CAPS. As formas como tais profissionais percebem as demandas/queixas relacionadas à violência de gênero, enfrentada pelas mulheres e como podem impactar no serviço que prestam aos usuários.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Procedimentos para coleta e análise de dados

A fase de coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2010. Uma vez obtida a autorização para a realização da pesquisa junto à diretoria do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), foram adotados os seguintes procedimentos: observação participante da rotina dos trabalhadores do CAPS e realização das entrevistas com os quatorze sujeitos selecionados para constituir a amostra do estudo.

Após o fornecimento de informações/esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, bem como orientações acerca do caráter voluntário de participação no estudo, deu-se início à realização individual das entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada um. Cada entrevista foi realizada na sala de reuniões e teve duração de, aproximadamente, 60 minutos.

Todas as entrevistas foram anotadas pelos pesquisadores com a devida autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas para a realização da análise dos dados.

O método de análise que melhor se enquadrou na pesquisa foi a análise de conteúdo (BARDIN, 1995), dessa forma o material coletado pôde ser analisado dentro dos objetivos deste estudo. Buscando compreender os discursos dos trabalhadores, utilizou-se a análise por categorias que foi dividida em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação e, por fim, 3) tratamento, inferência e interpretação dos resultados. A categorização possibilitou a organização dos elementos coletados semelhantes entre si, permitindo a atribuição de sentido e a interpretação qualitativa dos discursos.

3.2 Instrumentos

Utilizou-se neste estudo uma abordagem qualitativa que permitiu incorporar as questões dos significados e das intencionalidades dos sujeitos como condições inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2004).

Na primeira fase do estudo, realizou-se a observação participante (MINAYO *et al.*, 1994) da instituição com a intenção de observar e registrar dados referentes à rotina e ao comportamento dos trabalhadores em todos os setores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o que permitiu obter informações sobre a dinâmica de funcionamento da instituição.

Na segunda etapa, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido especificamente para o presente estudo, contendo questões abertas e fechadas, abordando os elementos que buscavam investigar as possíveis relações entre o perfil dos casos atendidos no CAPS e as seguintes variáveis: gênero, raça/etnia e classe socioeconômica, bem como fatores referentes às condições sociodemográficas, relações interpessoais, qualidade de vida e saúde dos trabalhadores do CAPS.

3.3 Participantes

Participaram do presente estudo exploratório quatorze sujeitos (dez mulheres e quatro homens) sendo que todos apresentavam vínculo profissional com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os critérios estabelecidos para a inclusão dos participantes na amostra foram: estarem registrados no CAPS; disponibilidade para participação do estudo e pertencer a diferentes cargos/níveis hierárquicos na instituição, visando à obtenção de relatos de

múltiplos profissionais/níveis da instituição estudada. Os dados sociodemográficos estão descritos na Tabela 1, de acordo com profissão, escolaridade e sexo.

Tabela 1: Distribuição dos participantes por profissão/escolaridade/sexo

Nº d@ participante	Profissão	Escolaridade	Sexo
P 1	Artista plástica	Superior completo	F
P 2	Assistente social	Superior completo	F
P 3	Auxiliar administrativo	Ensino Fundamental	M
P 4	Auxiliar administrativo	Ensino Fundamental	F
P 5	Auxiliar de enfermagem	Médio completo	M
P 6	Educador físico	Superior completo	M
P 7	Enfermeira	Superior completo	F
P 8	Nutricionista	Superior completo	F
P 9	Psicóloga	Superior completo	F
P 10	Psicóloga	Superior completo	F
P 11	Psicóloga	Superior completo	F
P 12	Psicóloga	Superior completo	F
P 13	Técnico de enfermagem	Médio completo	M
P 14	Terapeuta ocupacional	Superior completo	F

Legenda: P = Participante M = Masculino F = Feminino

A idade dos participantes variou entre 25 e 45 anos. Em relação à escolaridade, 72% dos funcionários concluíram o ensino superior completo; 14% possuem o ensino fundamental completo e 14% ensino médio completo. Ao realizarmos o levantamento sobre o sexo dos participantes, constatou-se que 71% da amostra foi composta por mulheres e os demais 29% por homens.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As categorias raça/etnia e nível socioeconômico não apresentaram dados relevantes na análise da amostra. Constatou-se apenas que, por ser um serviço público (gratuito), a maioria dos pacientes que procuram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pertencem a classes socioeconômicas menos favorecidas.

“Infelizmente trabalhamos com usuários de SUS, o que pressupõe, na maioria das vezes, usuários de baixa renda com pouco acesso a bens e serviços de qualidade” (P 2).

Embora o CAPS seja destinado a atender pacientes de qualquer classe social (após o devido diagnóstico para tratamento), os entrevistados afirmaram que isto dificilmente ocorre, pois, na maioria dos casos, as pessoas de classe socioeconômica mais abastada acabam custeando tratamentos privados. De acordo com os participantes do estudo, isso ocorre porque eles sentem-se envergonhados e desconfortáveis em relação à convivência com os “pacientes de nível socioeconômico inferior” (grande maioria dos pacientes no CAPS na atualidade).

A maioria dos participantes do estudo afirmou que as mulheres procuram mais o serviço oferecido pelo CAPS, apenas dois participantes indicaram que a procura pelos serviços era aproximadamente igual entre mulheres e homens. Alguns estudos (AQUINO, 2006; FONSECA, 2008) já indicaram que as mulheres buscam mais os serviços de saúde.

“Percebo que a demanda dos homens, para ficar no serviço em atendimento, é menor, porém, quando esse entra para o serviço, o processo de tratamento é mais complexo e prolongado em relação ao da mulher [...]” (P 14).

De forma mais genérica, as mulheres já têm uma cultura/hábito de cuidar da saúde. Já os homens ainda veem como fragilidade demonstrar que estão doentes ou que necessitam de auxílio. No sistema hegemônico de funcionamento da masculinidade, buscar ajuda pode “demonstrar fraqueza”. Já as mulheres partilham experiências pessoais de forma mais efetiva, devido à forma como ocorre sua socialização (NOLASCO, 1993). Tal realidade pode ser confirmada nos relatos dos participantes do estudo:

“Percebo diferença quanto à comunicação; mulheres falam mais de si e de suas dificuldades” (P 1).

“O homem não procura muito o serviço de nutrição, pois o aumento de peso para eles não é uma coisa muito importante. Se procuram é devido a uma perda de peso considerável de alguma patologia. Já as mulheres têm uma preocupação maior e procuram mais o serviço de nutrição devido à importância que dão ao corpo e a sua manutenção” (P 8).

Também foi possível perceber nos relatos dos profissionais que atuam no CAPS algumas consequências à saúde da mulher, atribuídas aos múltiplos papéis desempenhados por elas na sociedade atual:

“A maior queixa [das mulheres] é quanto à funcionalidade das mesmas nas atividades domésticas e laborativas. Também se queixam de relacionamento com a família, que muitas vezes não aceitam e nem compreendem a dança das mesmas [...] as mulheres queixam mais em relação à família, preocupam-se com os filhos e o marido” (P 14).

“Entre as mulheres percebe-se o alto nível de problematização no que tange aos vários papéis sociais das mulheres e dificuldade de lidar com esta dinâmica. Incidência maior em famílias de formação atípica” (P 2).

“Cultural, mulheres estão sobrecarregadas com casa, filhos, serviço etc. grande queixa que percebo da fala das mulheres como um todo, gerando assim crises de ansiedade, chegando a ter crises depressivas” (P 9).

“A mulher tem mais diferença porque tem seus afazeres em casa, filhos [na] escola” (P 13).

Como visto, embora nem todos os profissionais do CAPS estabeleçam diretamente o nexo causal entre as especificidades das diferenças de gênero e as consequências na saúde das mulheres, é possível perceber alguns indicativos dessa provável relação ao mencionarem a sobrecarga de trabalho doméstico experimentada pelas usuárias do serviço CAPS.

Ao indagarmos se existe alguma diferença nas demandas/queixas trazidas por homens e mulheres, quase todos os participantes indicaram que os homens, em geral, procuram os serviços do CAPS com mais queixas de alcoolismo e uso de outras drogas. Ainda referente às demandas/queixas dos homens, há referências aos casos de desemprego (ou falta dele), colocando em evidência o “papel do provedor” atribuído aos homens (TRINDADE; NASCIMENTO; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2006).

“Os homens já se queixam mais em relação ao trabalho, ao sentimento de utilidade e o seu papel de gestor da família” (P 14).

“Os homens se queixam mais da questão socioeconômica e as mulheres sobre a questão sentimental” (P 6).

As mulheres queixam-se de desânimo, baixa autoestima, depressão, “questões financeiras, sexuais, abandono” (P 7), solidão (especialmente, separação conjugal) e queixas relativas aos conflitos familiares provenientes da “falta de carinho em casa com seus familiares” (P 13). As principais demandas/queixas das mulheres podem ser ilustradas pelos depoimentos seguintes, nota-se também a comparação entre as demandas de mulheres e homens:

“Ao longo dos anos observei nos atendimentos uma demanda/queixa relacionada a sintomas depressivos entre as mulheres. Sintomas ansiosos também são comuns. [...] homens tendem a trazer questões mais relacionadas ao estresse do trabalho, às cobranças e dificuldades de relacionamento. Envolvimento com álcool” (P 10).

“Na maioria das vezes, a ansiedade e a depressão são os [sintomas] que mais aparecem, pois, com eles, há um aumento ponderal considerável, o que faz com que as mulheres tenham uma baixa estima. Nas mulheres, como dito anteriormente, ansiedade e depressão, e nos homens alguma patologia como diabetes e hipertensão etc.” (P 8).

“As mulheres estão mais voltadas (suas queixas) para questões relativas à realização pessoal, familiar e trabalho. Quanto aos homens, as queixas são relacionadas às dificuldades de relacionamento, cobranças sociais, responsabilidades, trabalho e dificuldades de ajustamento às situações cotidianas” (P 10).

“Na minha opinião, as diferenças são poucas, na maioria, por parte dos homens (álcool, droga). Das mulheres depressão, falta de emprego, separação conjugal” (P 5).

Silveira (2000), ao fazer algumas considerações sobre a questão dos “nervos”, apontou para a construção social da relação entre o “nervosismo” e o “feminino”. Muito embora o ‘nervoso’ seja comum a homens e mulheres, “nos homens essa correlação parece não ter tanta

evidência, já que eles, com frequência, são nervosos, mas não sofrem dos nervos” (SILVEIRA, 2000, p. 54).

No caso das mulheres, elas teriam a afecção dos nervos como uma perda de controle sobre si mesmas, causada entre outros fatores por “problemas relacionados aos ciclos femininos (menstruação, gestação, puerpério, menopausa), fraqueza constitucional (que nem sempre se ligaria a fatores hereditários, seria uma espécie de qualidade individual, inata mas não herdada, que inclui tanto a fraqueza orgânica quanto a afetiva ou moral, como a das pessoas fracas, que não podem ver o sofrimento alheio, as injustiças, sem adoecer também)”, além de causas transcendentais ou religiosas, fraqueza moral e, finalmente, falta de homem (de relações sexuais)” (SILVEIRA, 2000, p. 54).

É possível perceber, portanto, uma estreita relação entre o nervosismo e os atributos culturais e/ou biológicos reconhecidamente tidos como femininos, o que reforça os estereótipos de gênero ainda presentes na nossa sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as percepções dos profissionais que atuam na unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) investigada, existem diferenças marcantes quanto às queixas/reclamações dos usuários/usuárias, revelando nuances relacionadas ao gênero. Segundo os relatos da nossa pesquisa, os usuários do CAPS pertencentes ao sexo masculino tendem a se preocupar mais com as responsabilidades financeiras/estruturais da família e com seu papel de provedor da família.

As usuárias, por sua vez, tendem a apresentar maior índice de sintomas depressivos e estão mais preocupadas com as questões familiares, seus conflitos pessoais e seu papel social na dinâmica casa/trabalho/família. As mulheres também se queixam mais de desânimo, baixa autoestima, solidão (especialmente em consequência de algum episódio de separação conjugal) e queixas relativas aos diversos conflitos intrafamiliares que administram.

O presente estudo permitiu-nos observar que as formas como os profissionais do CAPS percebem as demandas/queixas de quem busca atendimento podem impactar no serviço que prestam aos usuários. Nesse sentido, é de extrema relevância que a formação técnica desses profissionais contemple as questões teórico-práticas de gênero como temática obrigatória para abordar de forma mais abrangente e eficiente os desafios profissionais experimentados cotidianamente.

Outras pesquisas devem ser desenvolvidas para aprofundar a compreensão dos significados dos papéis de gênero vivenciados por homens e mulheres na visão dos usuários/usuárias dos serviços prestados pelo CAPS. Essa visão complementar sobre a categoria de análise gênero - na perspectiva dos usuários/usuárias dos serviços - permitiria uma compreensão complementar do tema aqui abordado.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S. B. *et al.* Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, 2004.

AQUINO, E. M.. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40 (n. especial), p. 121-132, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995. (Primeira edição francesa data de 1977).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1>. Acesso em: 06 nov. 2010.

CAPPELLE, M. C. A. **O trabalho feminino no policiamento operacional**: subjetividade, relações de poder e de gênero na Oitava Região da Polícia Militar de Minas Gerais. 2006. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

FONSECA, F. P. **Associações e mulheres**: possibilidades de (re)construção identitária e empoderamento. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2010.

FONSECA, J. L. C. L.. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil**: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, 1997.

IZQUIERDO, M. J. Uso y abuso del concepto de género. In: VILANOVA, M. (Org.). **Pensar lasdiferencias**. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1994.

LIMA, R. H. G. Violência doméstica: os desafios para o Setor Saúde. In: FRANCO, F.; RIBEIRO, P. M.; GRYNER, S. (Orgs.) **A violência começa quando a palavra perde o valor**. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção a Violência, 2004.

LOURO, G. L.. Pedagogias da Sexualidade. In: LOURO, G. L.. **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução: Tomás Tadeu da Silva. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

MARODIN, M. As relações entre o homem e a mulher na atualidade. In: STREY, M. N. **Mulher, estudos de gênero**. São Leopoldo: UNISINOS, 1997.

MEAD, M. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

MICHAUD, Y. **A violência**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. (Temas sociais).

MUNIZ, M. M. J.. **Políticas e práticas de gestão de pessoas como expressão de controle e violência em uma organização bancária**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2008.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C.. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl. 1), p 8-15, 2009.

NOLASCO, S.. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

PEDROSA, C. H. **Cuidar? Sim; Olhar de Gênero? Não**. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SAFFIOTI, H. I. B., Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.) **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SARDENBERG, C. M. B.; COSTA, A. A. A.. Feminismos, feministas e movimentos sociais. In: BRANDÃO, Margarida L. R.; BINGEMER, M. C. (Orgs) **Mulher e relações de gênero**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, p.71-99, 1995.

SILVA, I. P. As relações de poder no cotidiano das mulheres cuidadoras. In KARSCH, U. **Envelhecimento com dependência revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 2004.

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

SOHIET, R. História, mulheres, gênero: contribuições para um debate. In: SOHIET, R. **Gênero e Ciências Humanas**. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos. 1997.

SOUZA, R. M. B. C.; MELO, M. C. O. L.; OLIVEIRA, M. C. S. M.. Empreendedorismo na perspectiva das relações de gênero: perfil, características, desafios e satisfação de empreendedores de empresas de base tecnológica de Belo Horizonte. **Anais... Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2008.

STEARNS, P. N.. **História das Relações de Gênero**. São Paulo: Contexto, 2007.

TEDESCHI, L. A.. Gênero: uma palavra para desconstruir sentido e construir usos políticos. **História Unisinos**, v. 9, n. 2, p. 139-144, 2005.

TRINDADE, Z. A.; NASCIMENTO, A. R. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Resistência e mudança: Representações Sociais de homens e mulheres ideais. In: ALMEIDA, A. M. et al. (org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em Representações Sociais**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2006.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

PAULA, A. V; LOBATO, C. B. P. Algumas Percepções da Categoria Gênero Segundo Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. FSA**, Teresina, v.13, n.6, art.12, p. 203-219, nov./dez. 2016.

Contribuição dos Autores	A. V. Paula	C. B. P. Lobato
1) concepção e planejamento.	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X