

Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira

**Expressão do sofrimento psíquico, itinerário  
terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de  
mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um  
Centro de Saúde Escola**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - área de concentração Saúde Pública - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) para a obtenção de título de Mestre

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu – SP  
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Nogueira, Cíntia Aparecida de Oliveira.

Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola / Cíntia Aparecida de Oliveira Nogueira. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira

Assunto CAPES: 4060009

1. Saúde mental 2. Atenção primária à saúde 3. Saúde coletiva

CDD 616.89

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde mental; Sofrimento psíquico

*Dedicat6rias*

---

*Ao Rogério, companheiro de todas as horas, projetos e sonhos.*

*Aos meus pais, João e Mafalda pela presença constante, apoio e incentivo.*

*Agradecimientos*

---

Às mulheres que participaram desta pesquisa, compartilharam suas histórias e deram vida a este trabalho.

Aos professores Antônio Pithon Cyrino, José Manoel Bertolote, Sueli Teresinha Ferreira Martins, Sumaia Inaty Smaira e Vânia Moreno pelas valiosas contribuições.

À Danusa de Almeida Machado por me ajudar tão prontamente na realização da coleta de dados.

Aos colegas do Centro de Saúde Escola pela agradável vivência diária, aos funcionários do arquivo pela disponibilidade e auxílio.

Em especial à equipe de saúde mental do Centro de Saúde Escola, que dividiram comigo essa caminhada, compartilharam e apoiaram a construção deste trabalho.

À amiga Betânia pelo carinho, otimismo constante e por fazer parte da minha vida.

Aos meus irmãos Danilo, Leonardo e Fernanda, por aquecerem a nossa família, tornando-a tão alegre e acolhedora.

Aos meus pais, que com o seu carinho e exemplo de vida me ensinaram o valor do conhecimento, a ser perseverante, o que certamente contribuiu para que eu chegasse ao final deste trabalho.

Ao Rogério pelo cuidado, incentivo, por compartilhar comigo a vida, a você todo o meu amor.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Teresa pela generosidade com que compartilhou sua sabedoria e me iniciou na arte da pesquisa, minha gratidão.

*Resumo*

---



Os serviços de atenção básica à saúde acolhem vários tipos de demandas, e vêm sendo cada vez mais solicitados pela população que busca cuidados para agravos à saúde de origem psicossocial. Este estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina com o objetivo de compreender a manifestação e expressão do sofrimento psíquico, conhecer o trajeto da busca de cuidados para esse tipo de sofrimento, e a identificar a percepção que as mulheres usuárias deste serviço têm sobre as alternativas de tratamento para sofrimento mental. A pesquisa teve um desenho qualitativo, e os dados foram obtidos por meio da técnica de Grupo Focal de Discussão, para o qual foi utilizado um roteiro de perguntas norteadoras para investigação do tema em foco. Foram compostos quatro grupos de mulheres, segundo as modalidades de tratamento que recebiam no serviço: uso exclusivo de psicofármacos, terapêuticas não medicamentosas e psicofármacos, terapêuticas não medicamentosas exclusivas e um grupo composto para recém ingressos no serviço, que estavam com o projeto terapêutico em formulação. O material obtido foi analisado segundo o procedimento da Análise de Conteúdo. Foram identificadas três grandes categorias temáticas: manifestações do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento. Observou-se que o sofrimento psíquico foi expresso por ampla diversidade de sintomas físicos e psíquicos, que produziam limitações nas atividades de vida diária e no relacionamento social e afetivo. A procura por serviços de saúde ocorria quando as sensações corporais que causavam mal estar eram identificadas e traduzidas como algo que necessitava de cuidado, ou quando profissionais de saúde ou pessoas do meio familiar identificavam o sofrimento e as alterações de comportamento como sintomas de algo que deveria ser tratado. Apenas os serviços de saúde foram relatados como lugar legitimado para cuidar da saúde mental, outros recursos, como religião e apoio familiar, foram identificados como potencializadores do tratamento tradicional. O sofrimento psíquico está presente na população atendida na atenção básica, entretanto os profissionais de saúde têm dificuldades para acolher e identificar essa demanda, o que dificulta o acesso ao tratamento adequado, ou o tratamento proposto não atende as reais necessidades dessa população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, saúde mental, sofrimento psíquico.

## **Abstract**

---

Basic medical care deals with various types of needs, and this level of care is increasingly sought out by the people looking for help with health problems of a psychosocial origin. This need is seen daily at the mental health service of the Teaching Health Centre, Botucatu School of Medicine, UNESP, Botucatu, SP, Brazil. This study was performed at this institution with the objective of understanding the meanings and feelings given to psychological suffering, and to know the path taken to find care for this type of suffering by this mental health service's patients. The study has a qualitative design, and data were obtained by the focus group discussion technique, using a list of questions directed towards investigating the theme in focus. There were four groups of women grouped according to type of treatment received at the service: exclusive use of medications, pharmacological plus non-pharmacological treatment, exclusive non-pharmacological treatment, and new patients who were on a developing treatment project. The material produced was analyzed by the Analysis of Content procedure. Three major thematic categories were identified: manifestations of psychological suffering, treatment program, and treatment alternatives. Psychological suffering was expressed through physical and psychological symptoms, which produced limitations in daily life activities and in social and affective relationships. Medical help was sought when bodily feelings causing discomfort were identified and interpreted as in need of treatment, or when health professionals or others in the family environment identified psychological symptoms in need of treatment. The health service was reported as the only proper place for mental health care; other resources, such as religion and family support were identified as reinforcing the effects of traditional conventional treatment. Psychological suffering is found in those seeking primary health care, however health professionals have difficulties in accepting and identifying this need, which impedes adequate access to treatment or proposed treatments that do not meet the real needs of this population.

**Keywords:** primary health care, mental health, psychological suffering.

*Siglas*

---

---

AC:	Análise de Conteúdo
CID-10:	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
CSE:	Centro e Saúde Escola
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
FMB:	Faculdade de Medicina Botucatu
GFD:	Grupo Focal de Discussão
II CNSM:	Conferência Nacional de Saúde Mental
MS:	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PFS:	Programa de Saúde da Família
RP:	Reforma Psiquiátrica
SM:	Saúde Mental
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC:	Transtorno Mental Comum
UNESP:	Universidade Estadual Paulista

## *Sumário*

---

---

1. Apresentação.....	16
2. Introdução.....	20
2.1. O cuidado integral à saúde.....	26
2.2. O percurso e avanço da Reforma Psiquiátrica.....	28
2.3. O cuidado da saúde mental na atenção básica: desafios e nós na consolidação da Reforma Psiquiátrica.....	31
2.4. Itinerário Terapêutico.....	35
3. Justificativa.....	37
4. Objetivo.....	39
5. Metodologia.....	41
5.1. Fase exploratória.....	42
5.2. Trabalho de Campo.....	42
5.3. Análise e tratamento do material empírico e documental.....	58
6. Resultados e discussão.....	62
6.1. Manifestações do sofrimento psíquico..	63
6.1.2. O que leva ao sofrimento psíquico?.....	68
6.2. Itinerário terapêutico.....	73
6.2.1. Caminho percorrido pelo paciente com sofrimento psíquico até iniciar tratamento no serviço de saúde mental do Centro de Saúde Escola.....	77
6.2.2. Crenças em relação ao tratamento e ao sofrimento psíquico.....	82
6.2.3. Encontros e desencontros: a dificuldade dos pacientes no acesso e continuidade ao tratamento no serviço de saúde mental .....	85
6.3 Alternativas de tratamento para o sofrimento psíquico .....	88
6.3.1. A visão das mulheres em relação à medicação como recurso terapêutico.....	94
6.3.2. A visão das mulheres sobre as orientações recebidas dos profissionais de saúde mental .....	102
6.3.3 Conceitos e recursos protetores e potencializadores da saúde mental..	105
7. Conclusões.....	110
8. Referências bibliográficas.....	114
9. Anexos.....	124

# *1. Apresentação*

---



*”A minha saúde depende do sentido que eu dou a minha vida.  
Posso estar doente, posso sofrer, mas se minha vida tem  
sentido, eu posso transformar esse sentimento”*

*Jean-Yves Leloul*

A elaboração e construção desse projeto começou com a experiência de meu aprimoramento profissional em Psicologia em Saúde Pública, no Centro de Saúde Escola (CSE) de Botucatu. Especificamente, começou com a minha participação na triagem da área da Saúde Mental, uma das atividades desenvolvidas pela equipe e que fazia parte do meu programa de aprimoramento profissional.

O serviço de Saúde Mental do CSE funciona com “portas abertas”. Semanalmente é reservado um dia, no qual todas as pessoas que chegam ao serviço por demanda espontânea, encaminhadas por outras áreas do CSE ou outros serviços de saúde do município são atendidas na triagem. Este espaço prioriza a escuta ampliada que norteará, após discussão entre os membros da equipe de SM, a escolha do tipo de atendimento que poderá atender às necessidades do paciente, os projetos terapêuticos são pensados, procurando-se respeitar a singularidade de cada caso.

Desde 2003, a triagem conta com a participação de todos os profissionais não médicos da equipe da SM (psicólogos, assistente social, técnico em enfermagem e aprimorandos dos programas de psicologia e serviço social) para a realização desse primeiro atendimento. A partir daquele ano, para iniciar qualquer atendimento na SM, psicoterápico individual, grupos de convivência, terapêuticos, apoio, e atendimento psiquiátrico é preciso que o paciente tenha sido avaliado pela equipe da triagem. Foi estabelecido pela equipe que a meta dessa triagem é atender as necessidades dos pacientes, evitar a medicalização do sofrimento psíquico e a cronificação dos pacientes atendidos na SM.

No início, os psiquiatras não participavam dessa instância de atendimento. Em 2008, um dos psiquiatras da equipe, recém contratado e, com maior carga horária na instituição, passou a freqüentar as discussões de casos realizadas logo após o término da triagem, enriquecendo ainda mais esse espaço de trocas.

A triagem em SM existe há muitos anos no CSE, mas foi a partir de 2003 que esse modelo, que envolve os profissionais das diversas especialidades da SM e discussão conjunta de casos passou a ser realizado segundo o esquema descrito.

O início do meu aprimoramento profissional em psicologia da saúde pública ocorreu no mesmo ano em que esse novo modelo de triagem começava a ser executado. Nesse espaço de escuta e acolhimento das queixas dos pacientes, eu observava que muitos pacientes não articulavam seu sofrimento com os seus sintomas, alienando-se de sua dor emocional, não relacionavam como os fatos de sua vida, da vida cotidiana estavam imbricados na origem do seu adoecimento.

Muitos pacientes chegavam à Triagem SM buscando a medicação como recurso para enfrentarem e suportarem seus sofrimentos, suas dores. Como se fosse possível “ingerir” alívio com as pílulas, não pensavam e desconheciam outras possibilidades de tratamento, vendo nos remédios sua única possibilidade para tratar seus sintomas.

Procuravam um remédio para aliviar sintomas que muitas vezes haviam surgido após um conflito familiar, que emergiram da difícil convivência com o marido alcoolista, da dificuldade em criar os filhos, ou da perda do emprego. A procura de um lenitivo para essas situações, de algo que “anestesiasse” o sofrimento proveniente delas, causavam-me incômodo e perguntas começaram a me ocorrer. Será que existem remédios que possam combater a origem desse tipo de sofrimento? Quais as crenças das pessoas em relação à medicação ao procurarem a SM?

No momento de escuta da Triagem, reflete-se com o paciente sobre sua vida, com o intuito de levá-lo a compreender como seus sentimentos e dores podem estar conectados a sua história, ao seu cotidiano, com o intuito de levá-lo a apropriar – se desses sentimentos, dando sentido as suas vivências, com a finalidade de “transformar” sofrimento em entendimento de possíveis causas que podem estar compondo as engrenagens de seu adoecimento, acreditando-se que resgatar com ele a condição de sujeito de sua história é uma forma desejável de promover o cuidado.

Algumas vezes, os pacientes chegavam à triagem encaminhados por profissionais de outras áreas da saúde do CSE (saúde do adulto, da mulher e da criança), e de outros serviços. Esses pacientes muitas vezes traziam em suas mãos o papel do encaminhamento, sem compreenderem o que faziam ali. Alguns relatavam certa resistência, demorando para procurar o serviço que havia sido indicado, pois não entendiam o que a área da saúde mental poderia auxiliar em seu caso. Eu notava que muitos encaminhamentos eram realizados sem um esclarecimento sobre o motivo para essa conduta.

---

Por outro lado, observava que as pessoas que procuravam o serviço de Saúde Mental espontaneamente, identificavam mais facilmente a necessidade de ajuda especializada e, mais freqüentemente, aderiam às propostas terapêuticas.

Terminei o curso de aprimoramento em 2004, com muitas questões, e com o desejo de continuar estudando e refletindo sobre as vivências precipitadas por essa experiência profissional.

Em 2005, encontrei na disciplina “Saúde Pública e Saúde Mental” (que cursei ainda como aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), a possibilidade de buscar respostas para as dúvidas que me haviam ficado durante o aprimoramento.

Aliado a isso, naquele mesmo ano, retornei ao CSE para trabalhar como psicóloga, com um contrato temporário. Assim, voltei a entrar em contato com as minhas perguntas e angústias suscitadas na experiência anterior. Simultaneamente, a disciplina cursada na pós-graduação, tinha como exigência a produção de uma pesquisa. Aproveitei essa oportunidade, para desenvolver algo relacionado à minha prática profissional.

Após a elaboração da pesquisa em que realizei um diagnóstico da Área de Saúde Mental, permaneceram, entretanto algumas inquietações sobre o que pensavam esses pacientes, o que buscavam no serviço de saúde mental. Para isso, encontrei parceria com a professora Ana Teresa, que aceitou orientar e participar da construção do projeto “*Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola*”.

## *2. Introdução*

---

*“Sou como você me vê.  
Posso ser leve como uma brisa ou forte como uma ventania,  
Depende de quando e como me vê passar”.*

Clarisse Lispector

Desde que o ser humano nasce passa por vários desafios em seu processo de desenvolvimento, conhece e vivencia sentimentos de amor, alegria, amizade, gratidão, tristeza, frustração, angústia e ansiedade, entre tantos outros que serão vividos nas fases de crescimento e dificuldades que acompanham as pessoas no caminhar da vida. Algumas pessoas, porém, vivenciam determinadas experiências de forma mais intensa, ou são expostas a situações mais difíceis em longos períodos, o que gera sofrimento e/ou pode se transformar em grandes obstáculos para a vida cotidiana, com interferência em sua saúde e qualidade de vida (VASCOCELOS, 2001).

A experiência de sofrimento psíquico, pode afetar as pessoas em algum momento da vida. Com o passar dos anos a forma como a sociedade passou a lidar com esse tipo de sofrimento foi sendo modificada, no passado privilegiavam-se os sentimentos e os espaços para a reflexão e introspecção (PELLEGRINI, 2003). Atualmente, evita-se entrar em contato com o sofrimento, procura-se superá-lo rapidamente, afasta-se a dor. Na atualidade, quando a experiência da dor emocional é vivida, quase sempre é uma vivência solitária e não mais compartilhada (PELLEGRINI, 2003).

Para Luz (2005), isso ocorre porque a subjetividade sofre influências da cultura, houve uma interiorização dos princípios que regem e organizam o capitalismo nas relações socioculturais como competição, sucesso, individualismo, lucro, vantagem e consumismo, que interferem na subjetividade. Com as relações e redes de apoio fragilizadas, como consequência desse modo de viver da pós-modernidade, nota-se um aumento na procura dos serviços de saúde, devido aos agravos à saúde em decorrência de eventos de natureza psicossocial, que geram sofrimento psíquico, que, por sua vez, interfere no processo saúde-doença.

O sofrimento psíquico e suas manifestações abordadas neste estudo, estão embasados nas definições de Goldberg e Huxley (1992) que nomearam esse tipo de sofrimento como Transtorno Mental Comum, e de Valla (2001) que, posteriormente, denominou-os de : Sofrimento Difuso. Segundo esses autores, esse tipo de sofrimento

refere-se a um estado de saúde mental em que os indivíduos apresentam sintomas contínuos, mas, não preenchem os critérios formais para depressão, ansiedade segundo as classificações internacionais da CID-10<sup>1</sup> e do DSM-IV<sup>2</sup>, apesar de produzirem uma incapacidade funcional comparável e, às vezes superior às doenças mentais crônicas (MARAGNO et al., 2006; LACERDA & VALLA, 2005, SAVI, 2005).

Fonseca et al. (2008) definem sofrimento difuso:

*“queixas somáticas inespecíficas, tais como dores no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas”* (FONSECA et al., 2008, p. 286).

O sofrimento difuso pode ainda se manifestar como: irritação, falta de concentração, dores de cabeça, fadiga, esquecimento entre outras. Segundo Fonseca et al. (2008), essas queixas são freqüentes demandas de saúde nos serviços de atenção primária.

Para Fonseca (2007):

*“as queixas somáticas difusas e os transtornos mentais comuns (TMC) nem sempre se equivalem perfeitamente. Os TMC podem se apresentar através de queixas somáticas difusas e essas podem corresponder a manifestações de TMC. Contudo, pode haver queixas difusas que representem outros diagnósticos, assim como podem haver sinais de sofrimento que correspondem aos transtornos mentais comuns, sem necessariamente a manifestação de queixas difusas”* (FONSECA, 2007, p.64).

Fonseca (2007) avalia que existem algumas particularidades entre sofrimento difuso e TMC, entretanto, considera que são definições muito próximas, quase equivalentes. De acordo com outros autores, o sofrimento difuso enquadra-se no que a epidemiologia denomina Transtorno Mental Comum. (GUIMARÃES et. al., 2008).

O conceito de TMC foi utilizado inicialmente por Goldberg e Huxley (1992) para caracterizar sintomas que expressam sofrimento psíquico como: queixas somáticas, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento e dificuldade de concentração entre outros sintomas que poderiam indicar quadros que seriam classificados como depressivos, ansiosos ou somatoformes pela psiquiatria. (FONSECA, 2007).

---

<sup>1</sup> CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão).

<sup>2</sup> DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition).

Desta forma, parte das pessoas que apresentam TMC podem necessitar de tratamento especializado nos serviços de saúde mental:

*“o conceito de transtornos mentais comuns abrange uma gama mais ampla da população que necessita de cuidados, mas não necessariamente é portadora de um diagnóstico categorial encontrado nos manuais”* (FONSECA et al., 2008, p. 287).

Os sintomas do TMC são considerados muitas vezes como leves, não se enquadrando nos diagnósticos psiquiátricos, mas Fonseca (2007) salienta que isso não significa menor sofrimento. Além disso, podem incluir também sintomas mais graves. A autora considera que causam prejuízos e incapacidades funcionais tanto quanto os transtornos crônicos, além de altos custos para a saúde pública com encaminhamentos e exames desnecessários.

Um das principais formas de apresentação do TMC são manifestações somáticas, as quais diferem das que compõem o transtorno somatoforme. (FONSECA et al., 2008).

Kirmayer & Robbins (1991) e Bridges & Goldeberg (1985) distinguem duas formas de manifestação do sofrimento psíquico por meio de queixas físicas nas unidades de saúde, denominando os “somatizadores de apresentação” e “somatizadores verdadeiros”. Os primeiros geralmente possuem quadros ansiosos ou depressivos de curta duração, reconhecem e relatam a origem psíquica de sua queixa, possuem pouca adesão ao papel de doente, praticamente não há nenhum ganho secundário, e representam 90% dos pacientes que procuram os serviços de saúde. Enquanto os “somatizadores verdadeiros” correspondem a 10% da clientela atendida nos serviços de saúde, são os pacientes que possuem grande resistência em admitir a presença de sofrimento psíquico, e que este está intrinsecamente ligado a causas relacionais e emocionais, que conseqüentemente contribuíram para o seu adoecimento. Esses consideram e valorizam apenas aspectos orgânicos em seu adoecimento (FORTES 2004).

Estudo realizado por Fortes (2004) sobre queixas somáticas dos “somatizadores de apresentação”, no programa de saúde da família no município de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, identificou que essa é principal forma de manifestação do sofrimento psíquico. Para a autora, isso pode ocorrer devido ao modelo de compreensão de saúde e doença dessa população, segundo o qual o que é físico ou

corporal é legitimado como sofrimento real. A expressão da dor emocional através do corpo é um código cultural da presença de doença, e por isso deve receber cuidado (FORTES, 2004).

De acordo com a literatura TMC está diretamente relacionado com fatores socioeconômicos, havendo maiores taxas de prevalência desse tipo de transtorno entre as pessoas pertencentes aos estratos socioeconômicos mais baixos. O TMC também associa-se a outras variáveis sociais com inserção no mercado de trabalho e redes de apoio (FONSECA et al., 2008; ARAÚJO et. al., 2005).

Estudo populacional realizado por Lima et al. (2008) no município de Botucatu encontrou a prevalência de 21,7% de TMC. Esta pesquisa, identificou que a procura pelos serviços de saúde estava relacionada com a presença de TCM e não à renda familiar. Para os autores, o fato desses dados se diferenciarem de outros estudos sobre o tema, deveu-se as características específicas desse município, onde há ampla oferta de serviços de saúde, e os serviços de atenção básica são distribuídos por densidade demográfica o que facilita o acesso desta população. TMC não se associou nem a baixos salários e nem a escolaridade. Neste mesmo município, pesquisa realizada por BRAGA (2007) em profissionais da rede básica, verificou que 42,6% desses servidores apresentavam TMC.

Maragno et al. (2006) observaram que maior ocorrência de TMC nas populações estudadas, encontraram maior prevalência em mulheres (27,99%) e menor em homens (20,94%), corroborando a literatura que demonstra que há diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Andrade et al. (2006), apontam que mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade, enquanto homens maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtorno de personalidade anti-social e esquizotípica, transtorno do controle de impulso, déficit de atenção e hiperatividade na infância.

Para Ludemir (2008), a maior presença de TMC em mulheres está associada à presença da baixa auto-estima e menor controle sobre o seu contexto de vida. Segundo a autora, devido às mudanças atuais no mundo do trabalho com o aumento do desemprego masculino, muitas mulheres vêm somando às atribuições tradicionais do lar (trabalho doméstico, educação dos filhos, cuidado com a família) as jornadas ampliadas de trabalho. Essa sensação de sobrecarga pode gerar fadiga, estresse e sofrimento



psíquico. Araújo et al. (2005) realizaram uma pesquisa, na qual identificaram alta prevalência de TMC em mulheres com sobrecarga de trabalho doméstico, mesmo as que trabalhavam fora de casa demonstraram níveis de sofrimento similares aos causados pelos sintomas depressivos. As mulheres que trabalhavam em casa sofriam com a rotina diária, a monotonia, a repetitividade com que realizavam os seus afazeres, a falta de reconhecimento desse trabalho pela sociedade e muitas vezes pelos próprios familiares. Por outro lado, as mulheres que trabalhavam fora do lar, se desgastavam devido ao acúmulo de tarefas, realizadas no trabalho e no lar, como cuidar de filho e da casa, entre outras atividades. Este estudo ainda identificou que a prevalência de TMC era alta em mulheres separadas, as que não tinham lazer e eram chefes de família. A presença de TMC em mulheres com alta sobrecarga de trabalho foi de 49,5%, entre as mulheres com sobrecarga média de trabalho de 38,5%, enquanto, entre as que relataram baixa carga de trabalho doméstico a prevalência de TMC foi de 33,1%.

Outro fator de risco para os agravos à saúde mental das mulheres, é a violência física, mental e/ou sexual, que predispõe esse gênero a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior exposição a comportamentos de risco (sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas), maiores taxas de suicídio e tentativas de suicídio (ANDRADE et al., 2006).

A violência contra a mulher muitas vezes deixa problemas físicos, sociais e psicológicos, podendo resultar em morte, ou conseqüências que podem ser imediatas ou se manifestarem tardiamente e estender-se por longos anos (ANDRADE et al., 2006).

Estudo realizado por Andrade et al. (2008) identificou maior probabilidade das mulheres com dores crônicas terem sofrido algum tipo de violência em determinado período da vida. Essas mulheres, geralmente, procuraram mais os serviços de saúde e apresentaram dores abdominais / pélvicas e cefaléias. Os autores dessa pesquisa identificaram em pacientes que procuravam os serviços de saúde com a queixa principal de dor crônica, que 93,4% possuíam histórias de violência verbal / simbólica, 90,1% de violência física e 46,2% de violência sexual.

Para a OMS (2000), a violência contra a mulher traz conseqüências negativas para a auto-estima da mulher, e é considerada a principal causa, relativa a gênero, de depressão em mulheres. Mulheres que sofreram algum tipo de violência são mais ansiosas e utilizam mais antidepressivos e ansiolíticos.

O TMC, freqüentemente encontrado na população em geral, é considerado

por Golderberg & Huxley (1992) como uma das principais causas de dias perdidos de trabalho, o que representa um alto custo social e econômico, além de elevarem a procura pelos serviços de saúde.

Segundo Fonseca (2007), é alta a prevalência de TMC na atenção básica, pois este nível de atenção é o primeiro serviço de saúde procurado pelos pacientes. É necessário que esses serviços acolham e cuidem desse tipo de sofrimento, entretanto para que ocorra uma intervenção terapêutica eficaz, há a necessidade de identificar esse tipo de sofrimento e suas interferências na saúde das pessoas, o que muitas vezes não ocorre. Assim, se essa população com sofrimento psíquico não receber a atenção e cuidados necessários, continuará sofrendo e demandado direta ou indiretamente respostas por parte do sistema de saúde, aumentando os gastos com consultas médicas, exames e encaminhamentos. Embora o TMC seja uma demanda freqüente nas unidades básicas de saúde, não investimentos em políticas públicas nessa área (LIMA et al., 2008; FONSECA, 2007).

## 2.1 Cuidado integral à saúde

*“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação”.*

Mario Quintana

Para proporcionar o cuidado integral, as necessidades de saúde da população precisam ser reconhecidas e consideradas pelos profissionais e serviços de saúde. Há, muitas vezes, ofertas de serviços na área da saúde, mas nem sempre atendem o que a população demanda, e o que se demanda, nem sempre converge com a real necessidade da população que buscam os serviços de saúde (PINHEIRO, 2001).

A oferta nos serviços de saúde, geralmente está relacionada à disponibilidade de recursos em determinada localidade, que sofre influências da cultura médica e ideologia da política local. A demanda está relacionada com as atitudes das pessoas que buscam os serviços de saúde, com a intenção de receberem algum tipo de tratamento, pessoas que muitas vezes desconhecem o que necessitam, pela desinformação da existência de outros recursos e possibilidades para resolverem os seus problemas. Reconhecer as necessidades do paciente vai além de oferecer tratamento ou

corresponder a sua demanda, pois nem sempre o que é oferecido ou demandado, corresponderá ao que, de fato, o paciente precisa para restabelecer ou promover a sua saúde (TRAVASSOS et.al., 2000).

Alguns autores consideram que as práticas realizadas pelos profissionais da saúde na atualidade não contemplam a necessidade dos pacientes, pois, com os progressos tecnológicos, busca-se intensamente conhecer os mecanismos das doenças e estabelecer diálogos com os pacientes por meio de exames, medicação e procedimentos técnicos, deixando de incorporar no diagnóstico a subjetividade, a afetividade, a situação sócio-econômica. (SILVA JR et al., 2005; MERHY,1998).

Alves e Guljor (2005) consideram que o cuidado integral da saúde ocorre, quando as necessidades dos diversos campos do sujeito em sofrimento são identificadas, reconhecidas e tratadas.

Portanto, para se exercer o ato do cuidado integral em saúde, como apresenta Basaglia, citado por Amarante (1996), é necessário que os profissionais da saúde coloquem a doença entre parênteses e olhem para o paciente. Utilizar os recursos tecnológicos disponíveis, mas não recorrer somente a eles, mas além deles/ ou com eles, estabelecer diálogos, escuta, acolher sofrimento, restabelecer vínculos, olhar para as dificuldades e necessidades dos pacientes, estimulando a sua autonomia e autocuidado (SILVA JR et al., 2005)

É preciso superar o modelo tradicional da clínica que cuida da doença, e estabelece com o indivíduo uma “*comunicação de caráter informativa, investigativa, normativa e limitador da liberdade e da autonomia do outro*” (FAVORETO, 2008, p. 106) e substituí-lo pelo modelo da comunicação, é preciso passar da clínica tradicional para uma clínica ampliada, capaz de proporcionar um cuidado integral a saúde. Para isso é fundamental que paciente, e o que ele tem a dizer, sejam considerados, pois, também o paciente possui um conhecimento, uma compreensão, uma representação sobre seu adoecimento e expectativas em relação ao tratamento. (FAVORETO, 2008).

Muitas vezes o que ocorre na comunicação entre profissional de saúde e paciente é que

*“o diálogo fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre o seu processo saúde-doença-cuidado, construídas a partir de suas vivências, e que são expostas nas narrativas sobre o adoecimento. Um saber prático que a pessoa adoecida reconhece técnica, social e culturalmente como insuficiente para*

---

*responder as suas necessidades de cuidado, de restabelecimento da vida e de novas formas de viver” (FAVORETO, 2008, p.106).*

Na prática do Cuidado como “fio condutor” da integralidade, a escuta e o acolhimento devem estar presentes, pois isso permitirá trocas no diálogo entre profissional e paciente, articulação dos saberes e não sua fragmentação (MERHY,1998).

Acolher o paciente e sua necessidade, não deve ser reduzido ao ambiente e recepção da demanda, pois:

*“Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário apresenta. Talvez possamos adaptar uma velha máxima da medicina que afirma que: ‘todo bom tratamento começa com bom diagnóstico’, para, ‘todo bom projeto de cuidado começa com bom acolhimento e recepção’, pois é deste momento inaugural que se principia a relação vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário” (YASUI, 2006, p.131).*

Assim, pode-se entender que o envolvimento afetivo com o Outro, na dimensão do cuidado, vai além de tratar do sintoma ou intervir no corpo por meio de tecnologias, e se amplia na relação que se estabelece com o paciente enquanto sujeito possuidor de uma história, saberes, e na responsabilidade que se assume no tratamento desse sujeito.

## **2.2 O percurso e avanço da Reforma Psiquiátrica**

*“O correr da vida embrulha tudo,  
a vida é assim – esquenta e esfria, aperta e afrouxa, sossega e  
depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.*  
(Guimarães Rosa)

No Brasil, o campo da SM tem sido marcado pelo intenso debate sobre a Reforma Psiquiátrica (RP), com uma forte crítica ao modelo de tratamento do doente mental, centrado em hospitais psiquiátricos, que além de iatrogênicos, cerceiam a liberdade dos pacientes, impendem na construção da sua identidade e exercício de sua cidadania (AMARANTE, 1996).

Contra a falta de humanização encontrada nos ambientes hospitalares e as

precárias condições de tratamentos que os pacientes com transtorno mental recebiam, iniciou-se na década de 70, discussão e questionamento dessa forma de cuidado, que tomaram corpo e forma no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru – SP, em 1987. Esse movimento foi composto por profissionais, portadores de transtornos mentais e seus familiares que denunciavam os maus tratos e violência sofrida pelos pacientes nas instituições psiquiátricas, e reivindicava melhores condições de trabalho e direito à atenção psicossocial. Ficou conhecido pelo lema por ele difundido: “Por uma sociedade sem manicômio”, lema que perpetuou no país, convidando a sociedade a participar e se comprometer no processo da desinstitucionalização. (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2008; DALLA VECCHIA, 2006; YASUI, 1999; AMARANTE, 1996).

Em 1990, um importante momento para o fortalecimento e consolidação da RP foi a participação do Brasil na Declaração de Caracas, a qual propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica, com base nos princípios de: territorialização, descentralização, prevenção e integralidade (DALLA VECCHIA, 2006).

Em 2001, esse movimento foi marcado por dois acontecimentos que impulsionaram a RP no Brasil, a aprovação no Congresso Nacional da lei federal n. 10.216<sup>3</sup>, a qual prevê que o cuidado ao paciente com transtorno mental seja realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que as internações sejam realizadas quando necessárias em hospitais gerais e de curta duração, e regulariza direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais. Outro acontecimento foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNMS), realizada em Brasília, que reafirmou a importância dos serviços substitutivos na comunidade aos hospitais psiquiátricos na realização de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. (YASUI, 2006; BRASIL, 2005).

Com o movimento da RP, e a formulação de políticas públicas de SM foram instituídas estratégias pelo MS (BRASIL, 2005) para a organização da rede de atenção aos portadores de transtorno mental como: (1) a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, como rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, (2) a expansão da Saúde Mental na atenção primária em articulação com Programa de Saúde

---

<sup>3</sup> Em 1989, na época o deputado Paulo Delgado, deu entrada no Congresso Nacional, no projeto de lei que previa os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, e extinção progressiva dos manicômios no país. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, esse projeto foi sancionado em 2001, na Lei 10,216 (Brasil, 2005).

da Família. (3) Programa de Volta pra Casa, que oferece auxílio para pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internações psiquiátricas, (4) Serviços Residenciais Terapêuticos, que visam a desinstitucionalização e a reintegração de pessoas com transtornos mentais graves na comunidade, (5) Centros de Convivência, para promover a sociabilidade, produção cultural e inclusão e (6) Programa de Inclusão Social pelo trabalho, com o objetivo de promover a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social.

Para Alves e Guljor (2005) ao pensar em estratégias para o desenvolvimento em assistência pública à saúde mental, é fundamental considerar o que a OMS preconiza: “*que o serviço de saúde deve ser a expressão concreta da política que deve chegar aos indivíduos*”. De acordo com a OMS (2001), a atenção à saúde mental:

*“deve ser não somente local e acessível como também deve estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos. Em última análise, ela deve visar a emancipação e usar técnicas de tratamentos eficientes, que permitam às pessoas com distúrbios mentais aumentar as suas aptidões de autocuidado, incorporando o ambiente social informal da família, bem como mecanismos de apoio formais. ... A boa atenção, não importa como e onde seja aplicada, flui a partir de princípios orientadores básicos, alguns dos quais são particularmente relevantes para atenção em saúde mental como: diagnóstico, intervenção precoce, participação do usuário, parceria com a família, envolvimento da comunidade local e integração na atenção primária a saúde”* (OMS, 2001, p.53).

Este caminho, ao priorizar o desenvolvimento do cuidado da saúde mental na atenção básica, tem como objetivo atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, bem como tratar pacientes egressos de internações, além de intervir precocemente no adoecimento psíquico, ações que além de evitar futuras internações, previnem possível cronificação dos doentes mentais (DALLA VECCHIA, 2006).

Nesse sentido, além da Declaração de Caracas e da IICNSM como marco na reformulação da assistência psiquiátrica, como apresenta Dalla Vecchia (2006), a Portaria 224/1992 foi fundamental para a reformulação da assistência em SM. Seguindo os princípios do SUS, essa portaria definiu normas para atenção à saúde mental em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial), quanto em nível hospitalar. As unidades básicas de saúde devem contar com uma equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social entre outros) e oferecer atendimento individual, grupal, visita domiciliar e atividades educativas e de promoção e prevenção a saúde.

A assistência na atenção básica vem se modificando, desde 1994, quando o MS adotou como forma de organização do serviço da atenção básica o Programa de Saúde da família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF possui muitos pontos que convergem para os princípios propostos pela RP como conceitos de território, rede, responsabilidade e de integralidade, atenção a saúde em equipe multiprofissional (DALLA VECCHIA, 2006; PINTO, 2004).

Para fortalecer a ESF, o Ministério da Saúde criou por meio da portaria 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de implantar o apoio matricial. Esses núcleos são formados por diversas especialidades, incluindo profissional da Saúde Mental, e devem funcionar de forma integrada com a rede de serviços de saúde.

Com a criação dos NASF na comunidade, pretende-se que a prática de encaminhamentos seja revista, pois objetiva-se com esse recurso fortalecer a responsabilização compartilhada do pacientes entre os profissionais da atenção básica de saúde e NASF.

### **2.3 O cuidado da saúde mental na atenção básica: desafios e nós na consolidação da reforma psiquiátrica**

*“Querer reduzir tudo aos seus limites leva à morte.  
Querer alargar-se às dimensões de todos é o caminho da vida...”*

Rose Marie Muraro

A rede de atenção básica da saúde, segundo Dalla Vecchia & Martins (2009), é fundamental para a consolidação da RP, para isso, é necessário que ela esteja articulada com outros serviços e equipamentos da comunidade.

Desde a Conferência de Alma-Ata (1978), a atenção básica vêm sendo considerada na Política Nacional da Saúde Mental vigente no Brasil. O MS (2009), reforça a importância desse nível de atenção à saúde como alternativa para substituir o modelo tradicional da assistência na SM (hospitalocêntrico, medicalizante, psicologizante, focado na doença), tendo como objetivo principal garantir ao paciente um olhar amplo sobre suas necessidades (individuais e sociais) e não atender somente a demanda dos usuários dos serviços de saúde.

A Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, que ocorreu em 2005, produziu um documento intitulado “*Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*”. No capítulo que aborda a saúde mental na atenção básica, o documento afirma:

*“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença (...). Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também e sempre de saúde mental, e que toda a saúde mental é também e sempre produção de saúde. Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Por essa razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de atenção básica nos grandes e pequenos municípios”* (Brasil, 2005, p. 35).

De acordo com o MS, aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais leves, e entre 6 a 8% algum tipo de transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Os casos de doença mental considerados mais graves, geralmente são identificados com mais facilidade e são absorvidos pelos serviços especializados. No entanto, os casos considerados menos graves, que procuram os serviços de saúde, seja por queixas somáticas difusas, nervosismo, dificuldades afetivas e relacionais, capacidade maior ou menor de enfrentar os problemas cotidianos, falta de vontade de sair de casa ou outras necessidades que demandam também escuta e orientação, possuem dificuldades para serem acolhidos e tratados nos serviços de saúde (SILVEIRA & ONOCKO-CAMPOS, 2009; FONSECA, 2007).

*“É do conhecimento geral que a maioria das doenças mentais graves vistas em estudos comunitários não são detectadas pelos serviços de saúde mental. Torna-se claro que existe um processo de triagem em funcionamento entre a comunidade e a proteção do hospital psiquiátrico, que é seletivamente permeável aos portadores de transtornos mentais graves”* (GOLDERBEG & HUXLEY, 1996, p.4).

Ressalta-se que, apesar dos encaminhamentos dos casos graves, muitos deles podem permanecer na comunidade, sem identificação e cuidados necessários.

A atenção básica/ESF funcionam como porta de entrada dos serviços de



saúde do SUS. Em 2003, a Pesquisa Nacional por Amostras a Domicílio (PNDA) identificou que 80% da população brasileira freqüentava algum serviço de saúde de forma regular, e as unidades básicas de saúde foram ressaltadas como o recuso mais utilizado por essa população (SILVEIRA & VIEIRA, 2009).

Esse nível de atenção acolhe vários tipos demandas, segundo Valla (2005), ele vem sendo cada vez mais procurado por uma população que demanda cuidados devido agravos à saúde de origem psicossocial.

Entretanto o relatório da OMS (2001) aponta que os profissionais de saúde desse nível de atenção possuem dificuldades para cuidar desse tipo de sofrimento, pois, *“muitas vezes os profissionais de atenção primária vêem, mas nem sempre reconhecem a angústia emocional”* (OMS, 2001, p.90). Para Figueiredo e Onocko-Campos (2009), além da dificuldade do reconhecimento do sofrimento psíquico, quando esse é identificado pelos profissionais da saúde, na maioria das vezes, esses não conseguem lidar com a angústia e subjetividade dos pacientes devido a sua formação profissional. A forma muitas vezes encontrada para solucionar o problema de saúde é por meio da realização de exames desnecessários, encaminhamentos para especialidades, ou medicalização da queixa (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009; DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009, FONSECA et. al., 2008).

O cuidado dos pacientes fica focado no corpo e em suas alterações, com pouca abertura para a realização de acolhimento, com isso, não há oferta de atenção integral da saúde. Apesar disso, os profissionais da área da saúde vêm sendo solicitados cada vez mais para cuidarem desse tipo de agravos, mas encontram dificuldades, devido a uma formação profissional que não os prepara para cuidar e acolher o sofrimento e estabelecer um olhar amplo sobre o processo de saúde e doença. Tratam as pessoas com remédios e com condutas que possam intervir diretamente nos sintomas ou lesão corporal, e esse é o cuidado que esses profissionais reconhecem como práticas de sua profissão. Em muitos casos, o tratamento poderia ser a escuta, apoio mútuo e solidariedade, mas o profissional médico encontra dificuldades para incorporar essas práticas em suas condutas (LACERDA & VALLA, 2005).

Outro fator que dificulta a prática do cuidado integral na rede básica de saúde é o fato dos profissionais reproduzirem práticas de serviços privados (consultas individuais, medicalização do sofrimento) neste contexto. Práticas essas que não são eficazes ou não atendem os pacientes de forma integral, pois suas necessidades

geralmente não são reconhecidas ou identificadas. O resultado disso é o aumento para o risco de psiquiatrização do sofrimento psíquico e a psicologização dos problemas sociais. (SILVEIRA, 2003; BEZERRA, 1987).

O desafio para se atingir o cuidado integral na saúde mental é superar a cultura medicocêntrica e de medicalização do sofrimento (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009). Para desatar esse nó o MS enfatiza que é necessário *“investir nas potencialidades dos sujeitos, auxiliar na formação dos laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social, fortalecer ações intersetoriais e o trabalho multiprofissional”* (BRASIL, 2009).

O apoio matricial tem sido indicado desde 2003 pelo MS como estratégia para capacitar os profissionais da rede básica para a lidarem com os problemas relacionados à SM (BRASIL, 2009).

Segundo alguns autores,

*“o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades”* (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 130).

Além disso, a inserção do apoio matricial na atenção básica promove discussões clínicas conjuntas entre equipe de SM e de referência, o que permite o fortalecimento do vínculo e acolhimento, reorientar a demanda para a saúde mental, além de promover a co-responsabilização do sofrimento mental pelas equipes de referência através do atendimento compartilhado (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009). Desta forma, as equipes podem ampliar o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, proporcionar maior resolutividade na atenção à saúde, e encaminhar apenas os casos que realmente necessitem de acompanhamento com especialista da SM. De acordo com a OMS (2001), 80% dos casos dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental, não necessitam de atendimento especializado (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Outro desafio é ampliar o olhar sobre a existência do sofrimento, compreender a singularidade de cada caso e, criar novas formas de produção de saúde além das já consolidadas (medicação, consulta individual psiquiátrica e psicológica, grupos terapêuticos,) como: grupos de convivência, artesanato, caminhadas, oficinas terapêuticas, como recursos estratégicos para a atenção a saúde, além dos já existentes

na comunidade por meio dos quais se promovam medidas de autocuidado e melhora na qualidade de vida. (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009; DALLA VECCHIA MARTINS, 2008).

#### 2.4. Itinerário terapêutico

*“... a trajetória não é apenas um modo de ir.  
A trajetória somos nós mesmos.  
Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes”.*  
(Clarisse Lispector)

Na maioria das vezes, a população recorre ao serviço de atenção básica, quando identifica a necessidade de algum cuidado em saúde. (SILVEIRA & VIEIRA, 2009). Ao identificar algum problema de saúde, o indivíduo desencadeia uma seqüência de práticas, na tentativa de solucionar terapeuticamente o que lhe causa incômodo ou traz algum tipo de sofrimento (REINALDO, 2003).

Essa trajetória de busca de cuidados é nomeada por diversos autores como itinerário terapêutico, o qual busca descrever e analisar práticas individuais e sócio-culturais dos caminhos percorridos para solucionar os problemas de saúde. Essa trajetória, processo de escolha e adesão ao tratamento sofre influências de vários fatores: experiência anterior de adoecimento, contexto sociocultural e econômico. (GERHARDT, 2006; REINALDO, 2003; QUEIROS et. al., 2000; ALVES & SOUZA, 1999; ALVES, 1993).

Compreender o itinerário terapêutico não é apenas identificar quais recursos estão disponíveis na comunidade e quais são utilizados pelas pessoas que vivenciam a experiência do adoecimento, mas é ainda compreender os aspectos cognitivos e os sentidos que permeiam o processo de escolha do cuidado. (ALVES & SOUZA, 1999). Para esses autores o itinerário terapêutico é:

*“um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento de uma aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais”* (ALVES & SOUZA, 1999, p. 135).

A partir do reconhecimento do itinerário terapêutico, há o conhecimento das redes existentes na comunidade, e a forma como essas são utilizadas (MERINO, 2007). Para a apreensão da busca de cuidados é necessário considerar o contexto dentro do qual

---

o indivíduo está inserido, pois cada meio possui características próprias e especificidades, o que faz com que o entendimento desse processo de escolhas seja complexo (GERHARDT, 2006).

Alves & Souza (1999) consideram imprescindível que,

*“os estudos sobre itinerário terapêutico desçam ao nível dos procedimentos usados pelos atores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macro processos socioculturais”* (p.132).

Estudar o itinerário terapêutico proporciona ao profissional de saúde o entendimento de como as pessoas aderem, avaliam determinadas formas de tratamento, e constroem possibilidades de enfrentar e resolver os seus problemas de saúde-doença. (ALVES & SOUZA, 1999).

Para Merino (2007) conhecer o itinerário terapêutico possibilita aos profissionais da saúde reconhecer a multiplicidade de saberes e como cada indivíduo lida com o adoecimento, adequar as suas orientações de forma que elas possam ser compreendidas e que o cuidado seja efetuado, considerando a realidade sócio-cultural, além de possibilitar a prevenção de riscos à saúde.

### *3- Justificativa*

---

Como foi apresentado, os serviços de saúde vêm sendo muito solicitados por uma população que possui demandas relacionadas à Saúde Mental. Agravos à saúde, ocasionados ou influenciados pelo sofrimento psíquico, estão presentes na rotina da atenção básica. Assim, considerou-se necessário explorar a forma como se expressa essa demanda e o percurso em busca de cuidados para a mesma, visando obter informações que possam contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental que atendam as reais necessidades dos seus usuários.

## *4-Objetivos*

---

Estudando mulheres atendidas na área de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (CSE – FMB) UNESP, o presente trabalho teve por objetivo:

- Compreender a manifestação e expressão do sofrimento psíquico;
- Identificar o trajeto da busca de cuidados para esse tipo de sofrimento;

Conhecer as alternativas de tratamento utilizadas e desejadas por mulheres atendidas na área de Saúde Mental.



## *5-Metodologia*

---

O presente estudo utilizou como desenho a **pesquisa qualitativa**. Essa metodologia aplicada á saúde apóia-se nos pressupostos das Ciências Humanas e busca entender “*o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes*” (MINAYO, 2007, p.21). Esse conjunto de fenômenos humanos é compreendido como integrante de uma realidade social e partilhado entre os indivíduos que pertencem, e interagem com essa realidade. (MINAYO, 2007b; POPE & MAYS, 2005).

A abordagem qualitativa não trabalha estatisticamente, sua matéria prima é a vivência do cotidiano e se aprofunda nos significados dessas vivências, sem a intenção de quantificá-los, mas com objetivo de interpretá-los segundo influências e interferências de um determinado contexto social.

Para Minayo (2007), nessa abordagem o processo do trabalho de pesquisa baseia-se em três etapas: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

### **5.1 Fase Exploratória**

Esta fase correspondeu ao momento de construção do projeto de pesquisa, revisão bibliográfica, levantamento dos recursos necessários (físicos, humanos e tecnológicos), obtenção de consentimento e autorização da direção da instituição e da coordenação da área de saúde mental do Centro de Saúde Escola, da Faculdade de Medicina de Botucatu, para a realização do presente estudo.

Após a obtenção da autorização, foi elaborado um cronograma e feito o reconhecimento da população atendida, e das diferentes modalidades de tratamento oferecida pela área de SM, momento em que se confirmou que o número de mulheres em tratamento na área era quase o dobro da população masculina.

### **5.2 Trabalho de Campo**

Na primeira etapa desta fase, utilizou-se o instrumento de obtenção de dados e levantamento de material documental entre outros.

### Contexto da Pesquisa

O estudo foi realizado na área de SM, do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (CSE-FMB) – UNESP, que possui uma população adscrita de 30.000 pessoas. O serviço é subdividido em áreas de assistência: saúde do adulto, saúde da criança, saúde da mulher e saúde mental.

### O serviço de saúde mental do CSE

Com o intuito em aderir aos princípios da RP, proporcionar tratamento aos pacientes com sofrimento psíquico e doença mental, próximo ao local de sua moradia e possibilitar formas de tratamento diferentes do modelo hospitalocêntrico, na década de 80, o governo Franco Montoro teve a iniciativa de criar equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo. A Secretaria de Estado da Saúde preconizava que as equipes deveriam ser composta por psiquiatra, assistente social e psicólogo, que deveriam trabalhar de forma integrada e articulados com a comunidade (MORENO et al., 2003; NAKAMOTO, 1992).

No cenário dessa política, em 1983, teve início no CSE o primeiro serviço de saúde mental em unidade básica do município,. Este serviço teve a parceria do então Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), que em caráter de “empréstimo”, por algumas horas semanais, liberou uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga e uma psiquiatra que atuavam no ambulatório de saúde mental do Hospital Universitário, para que prestassem atendimento no CSE. O serviço de saúde mental do CSE, desde o princípio, teve como objetivo atender uma população adscrita, oferecendo atendimento individual conforme necessidade do cliente, mas priorizando os atendimentos em grupo, atividade das de promoção e prevenção à saúde e o trabalho junto à comunidade (MORENO et al.,2003; NAKAMOTO, 1992).

De acordo com Moreno et al. (2003), no final da década dos anos, o governo estadual pouco investiu nessa sua proposta , o que teve como consequência o sucateamento das equipes de saúde mental, e, praticamente, o trabalho iniciado por essas equipes nas unidades básicas no Estado de São Paulo foi interrompido. Entretanto, mesmo neste contexto crítico, com pouco ou nenhum sem investimento, o serviço de saúde mental manteve-se no CSE. Os funcionários que prestavam este serviço foram alocados para o CSE, prevendo-se sua permanência para três meses, mas ficaram lá por

10 anos, até a contratação e constituição de uma nova equipe. Em 1992, houve a contratação de uma psicóloga, um psiquiatra, e no final da década de 90 a equipe foi ampliada com a contratação de mais duas profissionais: uma psicóloga e uma assistente social (NAKAMOTO, 1992).

Portanto, mesmo antes da portaria 224/1992, o CSE oferecia atendimento na área da saúde mental, sendo o trabalho nesta área sempre realizado por uma equipe multiprofissional, tendo o tratamento em grupo priorizado. Com o passar dos anos, o trabalho grupal ampliou-se e expandiu-se para atividades grupais fora do espaço físico do CSE, atuando diretamente na comunidade. Hoje, além dos grupos terapêuticos que são desenvolvidos no CSE, há grupos de convivência, realizados em parceria com entidades sócias e organizações não governamentais da comunidade que oferecem espaço físico para a realização das atividades, e o CSE, os profissionais da saúde mental e de outras áreas da saúde.

Atualmente, além de realizar atividades de prevenção, promoção e reabilitação à saúde, a área de saúde mental do CSE, também é cenário de ensino para estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu, dos cursos de graduação em medicina e em enfermagem, do curso de graduação em nutrição do Instituto de Biociências, também da UNESP, e profissionais dos programas de aprimoramento profissional nas diversas área da saúde, residência multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família, residência em Saúde Pública, Pediatria e outras especialidades..

No momento da pesquisa, a equipe da SM era composta por uma técnica de enfermagem, dois psicólogos (responsáveis pelo atendimento de criança e adulto), uma assistente social e três psiquiatras.

A área de SM oferece atendimentos psicológicos, psiquiátricos e de serviço social. Atendimentos na modalidade individual e em grupos: terapêuticos<sup>4</sup>, (psicoterápicos, acompanhamento da medicação, retirada da medicação, de dependentes de benzodiazepínicos, de crianças, de orientação às mães, de mulheres com conflitos conjugais, de portadores de transtornos mentais graves, grupos de apoio e recepção à triagem, de alcoolistas e familiares de alcoolistas). Além desses há os grupos que são desenvolvidos na comunidade: Grupo Reviver (grupo de convivência de mulheres, que oferece um espaço de acolhimento, visa promover uma melhor qualidade de vida,

---

<sup>4</sup> Os grupos terapêuticos são realizados por assistentes sociais e técnica de enfermagem na área da SM.

integração com a comunidade, e estimular o autocuidado e a auto-estima, por meio da promoção da saúde através de atividades físicas, de cultura e lazer.), Grupo Despertar (grupo de convivência para mulheres acima de 65 anos, que tem como proposta oferecer atividades físicas, culturais e de lazer adequadas aos interesses e necessidades das mulheres nesta faixa de idade.), Grupo Amigos da Arte (oficinas de artesanato) e Talentos da Maturidade (dança sênior para pessoas na idade adulta com o objetivo de proporcionar atividade física para mulheres adultas idosas).

#### Participantes da pesquisa

Os participantes dessa pesquisa foram mulheres atendidas na área de Saúde Mental do CSE em 2008, com idade entre 30 e 70 anos. Essa faixa etária foi estabelecida, baseando-se em estudo realizado pela pesquisadora em 2005, constatou que a população atendida nesse serviço no CSE nas diferentes modalidades de atendimento, compunha-se predominantemente de pessoas nessas idades.

Optou-se por compor grupos exclusivos com o sexo feminino, visto que os grupos psicoterápicos, os de conflito conjugal, os de convivência, os de familiar de alcoolista, no momento da pesquisa eram formados exclusivamente por mulheres. Os pacientes do sexo masculino recebiam na ocasião atendimento psicológico e/ou psiquiátrico individual ou participavam do grupo de dependentes de álcool. Assim sendo, optou-se por incluir apenas mulheres, pois o estudo tinha o intuito de trabalhar com pacientes em diferentes modalidades de tratamento no serviço de SM do CSE, além disso, elas eram quase o dobro da população masculina atendida nesse serviço.

#### Técnica de Obtenção de Dados

No presente estudo, os dados foram obtidos por meio da técnica de Grupo Focal de Discussão (GFD). Essa técnica tem sido muito utilizada em pesquisas qualitativas e amplamente desenvolvida pela psicologia social. Surgiu na década de 1920 como instrumento de pesquisa em *marketing*, posteriormente, nos anos 50, foi utilizado durante a Segunda Guerra Mundial pelo sociólogo Merton para estudar as reações das pessoas às propagandas de guerra. Nos anos 70 e 80 outras áreas ampliaram o seu uso na pesquisa em comunicação, avaliação de serviços de saúde entre outros. (GONDIM, 2002).

Powell e Single definem GFD como “*um conjunto de pessoas selecionadas*

*e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”* (POWELL e SINGLE, 1996, p. 449). A riqueza deste recurso é permitir que as pessoas expressem através da fala seus pensamentos, e o significado que construíram sobre determinadas experiências, possibilitando a compreensão do que pensam e a lógica ou as representações que conduzem as suas respostas (MINAYO, 2007b).

Gatti (2005) considera o GFD um bom instrumento para ser utilizado em investigações sociais e humanas, pois permite ao pesquisador obter uma boa quantidade e qualidade de informações em um período curto. Entretanto, a autora afirma que essa técnica deve estar articulada à pesquisa, aos seus objetivos e a uma sólida sustentação teórica.

Segundo Gatti (2005):

*“o trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado”* (GATTI, 2005 p.11).

O objetivo de utilizar grupos focais em pesquisa qualitativa é identificar e compreender, a partir da discussão entre os participantes no grupo, conceitos, atitudes, crenças, experiências e reações. Provavelmente esses conteúdos e expressões não surgiriam com outros métodos de obtenção de dados como entrevistas estruturadas e observação. O que diferencia o GFD de outras técnicas é que a discussão conjunta sobre determinado tema, produz uma troca e surgimento de pontos de vista coletivos baseados nas experiências pessoais e cotidianas que os participantes têm sobre o tema em debate. (GATTI, apud MORGAN e KRUEGER, 2006).

A Section on Survey Research Methodos (1997) refere que grupos focais produzem dados valiosos oferecidos pela discussão. A escuta da fala compartilhada possibilita que os participantes expressem seus pensamentos e o modo como agem diante de determinadas situações ou acontecimentos.

### Modalidades de GFD

De acordo com Morgan (1997), há três modalidades de grupos focais, sua tipologia variará de acordo com o uso conjunto com outras técnicas ou uso isolado. Assim, o autor classifica em:

- *auto-referente*: usado como principal fonte de dados,
- *técnica complementar*: em que o grupo serve de estudo preliminar na avaliação de programas de intervenção e construção de questionários e escalas,
- *proposta multi-métodos qualitativos*: integra os dados com observação participante e entrevista em profundidade.

Neste estudo a modalidade de GFD utilizada foi a auto-referente, pois, teve como propósito compreender a manifestação e expressão do sofrimento psíquico, identificar o trajeto da busca de cuidado para esse tipo de sofrimento, bem como conhecer as alternativas de tratamento utilizadas e desejadas pelas mulheres atendidas na área de SM do CSE.

### Composição dos GFDs

Utilizou-se uma amostra por uma amostra de conveniência, compondo os GFDs por um grupo de pessoas que viviam determinadas circunstâncias, e atendiam os requisitos estabelecidos previamente na pesquisa.

Os grupos não foram compostos ao acaso, pois, para o desenvolvimento dessa técnica de obtenção de dados (GFD), considera-se que este critério não é eficiente, sendo necessário avaliar se os participantes têm possibilidade de contribuir, se concordam em fazê-lo e sentem-se à vontade para se exporem no grupo (GONDIM, 2002).

A seleção dos participantes para compor o GFD é realizada com base em alguns critérios, relacionados ao problema em estudo, e os participantes devem ter algumas vivências em comum com o tema estudado (GATTI, 2005).

Segundo Dawsom & Manderson (1993), compor o grupo com características homogêneas, promove nos participantes uma fala e exposição mais fluente da subjetividade, destituída de receios e medos do julgamento alheio.

Para Gondin (2002), os grupos devem ser compostos por 4 a 10 participantes dependendo do envolvimento das questões abordadas, e Gatti (2005) acrescenta que os grupos focais podem ser realizados com até 12 pessoas. Recomenda-se cautela para a formação dos grupos, não sendo indicado que pessoas conhecidas, com grau de familiaridade ou relações de trabalho sejam inseridas no mesmo grupo, pois isso, pode interferir na exposição da subjetividade dos participantes (DAWSON & MANDERSON, 1993).

O presente estudo teve como critério para a composição dos GFDs, o tratamento comum recebido pelas pacientes no serviço de S M de um Centro de Saúde Escola, com idades de 30 a 70 anos e que estavam inseridas nas diferentes modalidades de tratamentos oferecidos por este serviço.

Foram desenvolvidos grupos focais formados de mulheres usuárias do serviço nas seguintes condições:

1) pacientes em tratamento há 4 meses ou mais com uso exclusivo de psicofármacos,

2) pacientes em tratamento há 4 meses ou mais com uso de psicofármacos associado a outras propostas terapêuticas (com uso de medicamento associado à atendimento psicoterápico individual ou grupos terapêuticos, psicoterápicos e convivência).

3) pacientes há 4 meses ou mais em tratamento exclusivo em propostas terapêuticas não-medicamentosa (atendimento psicoterápico individual e em grupos terapêuticos, psicoterápicos e convivência).

4) pacientes atendidos no grupo de apoio e recepção à triagem (compõem esse grupo pacientes que ingressaram recentemente no serviço de SM e ainda não possuem diagnóstico e projeto terapêutico definido).

Com base nesses critérios, foram convidadas a participar da pesquisa as mulheres que não possuíssem qualquer tipo de vínculo fora da instituição, e que aceitaram participar da pesquisa após terem sido esclarecidas sobre o objetivo da mesma, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Para compor os grupos, em cada encontro eram convidadas em média 12 mulheres. O convite era realizado com uma semana de antecedência, nesse momento era explicado sobre os objetivos dessa atividade, e que esta fazia parte da proposta de uma pesquisa de mestrado. Houve muitas recusas, e o principal motivo alegado era a indisponibilidade de tempo, quando isto ocorria, na seqüência, era feito o convite a outra pessoa até se obter 12 pessoas com disponibilidade para atividade. Próximo do dia em que seria realizado o grupo focal, era feito outro contato para reconfirmar a presença. Entretanto, mesmo tendo a presença confirmada de 12 participantes, compareceram ao grupo em média de 5 mulheres por encontro. Posteriormente foi realizado contato com as mulheres que não compareceram, para conhecer o motivo da ausência na atividade, que justificaram a falta por diversos motivos como: cuidar de netos, adoecimento pessoal ou de algum familiar, atividades domésticas e religiosas. Algumas das mulheres que foram convidadas e não puderam comparecer no primeiro encontro, demonstraram disponibilidade para participar da pesquisa em outro momento.

Com exceção do grupo de apoio e recepção à triagem que teve duração de 1h40min, os demais GFDs foram realizados em duas sessões, com duração de 1 hora e 30 minutos a primeira sessão e a segunda sessão variou de 30 minutos à 1 hora. Esse segundo encontro foi permeado por algumas dificuldades como: incompatibilidade de horários entre as participantes e faltas, que geraram a remarcação de outro encontro.

### Condução dos GFDs

Os GFDs foram coordenados por um moderador e contaram com o auxílio de uma observadora. Dawson & Manderson (1993) discutem a importância da formação do moderador para a condução do GFD. Como a técnica de obtenção de dados se produz pela dinâmica do grupo, é necessário que o moderador tenha experiência em trabalho e condução de grupo, requisito que a pesquisadora preencheria pela sua formação e prática profissional. A função do observador foi anotar, registrar informações e dados produzidos nas sessões, além de observar e registrar mensagens e gestos não verbais produzidos pelos participantes, conforme propõem Dawson & Manderson (1993). Os diferentes GFDs tiveram a participação da mesma observadora, que também possui a formação e experiência profissional com trabalho em grupos.

Segundo Morgan (1997), o moderador deve abordar uma diversidade de tópicos importantes sobre o tema estudado, promovendo uma discussão mais produtiva. Para isso, é necessário limitar as intervenções para permitir que as discussões fluam. Intervenções serão oportunas para introduzir novas questões ou facilitar o processo em discussão.

Para promover a discussão no grupo focal, um roteiro foi preparado previamente, o qual não tinha a função de questionário, mas serviu para conduzir a discussão para um aprofundamento progressivo do tema (GONDIM, 2002). Procurou-se atender às recomendações de Dawson e Manderson (1993), atuando com bastante flexibilidade para permitir que o grupo conduzisse a discussão para o caminho que desejasse.

No roteiro haviam questões gerais, que serviram de esboço para outras questões que poderiam ser abordadas no grupo. A discussão baseou-se nas seguintes questões norteadoras:

O que levou você a procurar o Serviço de Saúde Mental?

Porque achou que isso seria um problema de Saúde Mental?

Você já havia procurado alguma coisa para lidar com essa dificuldade?

Que tipo de orientação recebeu?

Permaneceu no serviço? (Se não por quê?)

O que você acha que é Saúde Mental?

O que se pode fazer para ter Saúde Mental?

O que você acha que pode levar uma pessoa a ficar com uma doença mental?

Como você vê a pessoa que tem doença mental?

Você se considera uma pessoa com sofrimento mental?

Como pode ser tratada a doença mental?

Algumas pessoas usam remédio para os sintomas relacionados ao seu sofrimento psíquico. Que você acha disso?

### Registro dos dados

Para o registro manual do material produzido na sessão, o moderador contou com a ajuda de uma observadora, que anotou reações do grupo e sua comunicação não verbal em relação aos tópicos de discussão, e da gravação em áudio de toda a discussão que permitiu obter informações por meio de transcrição *verbatim*<sup>5</sup>.

### Considerações éticas

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética (CEP 161/2007). As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, após essas informações assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para preservar a identidade das mulheres que participaram deste estudo, os nomes originais foram substituídos por nomes fictícios.

### Descrição e síntese dos GFDs

No início de cada GFD foi apresentado a cada participante o TCLE e uma ficha que deveria ser preenchidas com dados pessoais e do tratamento. Para isso a moderadora contou com a colaboração da observadora. Enquanto essa tarefa era realizada, as participantes interagiam entre si. Posteriormente, solicitou-se que se auto-apresentassem e, cada participante falou brevemente seu nome, idade e há quanto tempo estava em tratamento na SM. Após essa etapa, e com o grupo já aquecido, as questões norteadoras foram introduzidas.

#### *1) GFD de mulheres em tratamento com uso exclusivo de psicofármacos.*

---

<sup>5</sup> Transcrição integral das discussões produzidas por cada GFD.

### Quadro 1- Características das participantes em tratamento exclusivo com psicofármacos

Nome	Estado Civil	Idade	Escolaridade	Profissão	Diagnóstico	Proposta Terapêutica
Ana	casada	64	4ª série ens. fund.	trabalhadora rural aposentada	depressão	medicação
Francisca	casada	68	4ª série ens. fund.	auxiliar de enfermagem aposentada	depressão	medicação
Madalena	viúva	54	4ª série ens. fund.	auxiliar de enfermagem aposentada	depressão	medicação
Nilza	casada	45	7ª série ens. fund.	diarista	depressão	medicação
Rosa	separada	67	Ens. médio comp.	cuidadora de idoso	depressão	medicação
Vânia	casada	43	Ens. médio comp.	manicure	transtorno bipolar	medicação

No início do grupo, as participantes conversaram sobre o tratamento que realizavam na área, falaram dos seus sintomas e se identificaram com sentimentos e sensações corporais de outras participantes. Essa interação inicial possibilitou uma integração entre as mulheres, o que favoreceu positivamente o aquecimento grupal para a introdução das questões norteadoras neste GFD. O clima inicial do grupo demonstrava que as participantes estavam se sentindo à vontade no ambiente, com exceção de uma das mulheres que apresentava evidentes sinais de ansiedade como: balançar as pernas e se abanar.

- Primeiro Encontro:

Segundo a observadora, esse grupo mesmo durante a abordagem de vários temas difíceis, permaneceu sempre interagindo com o olhar ou sorriso demonstrando que se identificavam. Posteriormente, quando o grupo aprofundou suas respostas ao tema em pauta, houve momentos em que observadora identificou uma certa “competição” nos relatos das participantes, que ao apresentarem a descrição de sofrimento, pareciam compará-lo entre si.

Uma das participantes (Vânia) que, desde o início do trabalho, apresentou sinais de muita ansiedade, não conseguiu permanecer até o final. As falas do grupo foram interrompidas por um rápido período, para possibilitar a sua saída, quando esta foi anunciada.

Com as participantes que permaneceram até o final desse encontro foi acordado uma data e horário para finalizar a atividade. Um dia antes da data combinada pelo grupo, foi feito novo contato por telefone para confirmar a presença de cada uma no próximo encontro. Nesta ocasião, uma participante alegou que não poderia comparecer devido ao trabalho e outra por compromisso religioso, assim nova data foi agendada.

- Segundo Encontro:

Alguns temas foram novamente propostos devido a problemas técnicos com a gravação. Este segundo encontro teve duração de 40 minutos.

A cordialidade entre as participantes encontrada no primeiro encontro repetiu-se. Moderadora e observadora identificaram maior lentidão nos comportamentos e falas das participantes, clima que permeou todo o encontro, pareciam expressar certa passividade diante das situações conflituosas, demonstrando em algumas falas que se sentiam vítimas de algumas situações, como se não pudessem responsabilizar-se por mudanças, e melhorar a sua qualidade de vida e a forma de se relacionar com as pessoas e problemas.

Neste grupo, a idade das participantes variou de 43 a 68 anos, a maioria era casada, com escolaridade superior à quarta série do ensino fundamental, todas possuíam uma profissão, e metade estava aposentada

*2) GFD de mulheres em tratamento com uso de psicofármacos associado a outras propostas terapêuticas não-medicamentosa.*

**Quadro 2- Características das participantes em tratamento com psicofármacos associado a outras propostas terapêuticas não-medicamentosa**

Nome	Estado Civil	Idade	Escolaridade	Profissão	Diagnóstico	Proposta Terapêutica
Elisângela	casada	53	5ª série ens. fund.	dona de casa	depressão	medicação e grupo de mulheres com conflito conjugal
Mara	casada	48	7ª série ens. fund.	aux. serv. gerais	TOC e síndrome do pânico	medicação e psicoterapia individual
Paula	separada	38	ens. médio comp.	vendedora	ansiedade	medicação e grupo psicoterápico
Regina	casada	36	ens. fund. comp.	inspetora de alunos	depressão	medicação e grupo psicoterápico
Sônia	casada	57	ens. médio comp.	dona de casa	depressão	medicação e grupo de convivência

- Primeiro Encontro

No primeiro encontro deste grupo, compareceram sete mulheres, entretanto antes da discussão ter início, uma participante retirou-se justificando que recebeu um telefonema avisando que seu filho não estava bem de saúde. Assim, o grupo prosseguiu com seis mulheres e teve a duração de uma hora e 30 minutos. Foi também necessário marcar outro encontro, pois o tema não havia-se esgotado até o horário previsto para finalizar o trabalho.

Os relatos das participantes foram carregados de emoção, principalmente nos momentos em que falaram, com muito sofrimento, sobre a dificuldade em conseguir e dar continuidade ao tratamento no serviço de Saúde Mental.

A observadora registrou que algumas dessas mulheres tiveram dificuldades em manter contato visual entre si. Quando falavam procuravam contato visual com a moderadora, mas também interagem com sorrisos e sinais corporais, respondendo e retomando as falas umas das outras durante a discussão em grupo.

- Segundo Encontro:

Este encontro teve duração de 30 minutos. As participantes estavam mais comunicativas, as falas fluíram com mais facilidade entre elas, embora Mara ainda demonstrasse dificuldade para estabelecer o contato visual com as outras mulheres do grupo.

A idade das participantes neste grupo variou de 36 a 57 anos, a maioria era casada, com escolaridade superior à 5<sup>a</sup> série do ensino fundamental, duas eram donas de casa e o restante possuía uma ocupação e trabalhava fora de casa.

*3) GFD em tratamento com outras propostas terapêuticas não-medicamentosa*

**Quadro 3 – Características das mulheres em tratamento com outras propostas terapêuticas não-medicamentosa**

Nome	Estado Civil	Idade	Escolaridade	Profissão	Diagnóstico	Proposta Terapêutica
Antônia	casada	32	ens. fund. comp	dona de casa	ansiedade	psicoterapia individual
Áurea	viúva	67	4 <sup>a</sup> série ens. fund.	aposentada e empregada doméstica	ansiedade	grupo de convivência
Carina	solteira	37	Ens. médio comp.	desempregada	transtorno alimentar	psicoterapia individual
Esmeralda	casada	60	1 <sup>a</sup> série ens. fund.	dona de casa	conflitos familiares	grupo de convivência
Fátima	casada	55	Ens. médio comp.	dona de casa	conflito conjugal	grupo psicoterápico
Laura	separada	68	Ens. médio comp.	Aposentada e babá	depressão	psicoterapia individual

- Primeiro Encontro:

O primeiro encontro deste grupo teve duração de uma hora 30 minutos. As mulheres que dele participaram, desde o início demonstravam pela forma que expressavam nas palavras e gestos, estarem sentindo-se à vontade no ambiente e para falar sobre os temas que foram propostos. Trouxeram relatos de intenso sofrimento psíquico, associando-o com experiências de vida difíceis como: assassinato de filho, abuso sexual, conflitos familiares e adoecimento de pessoas próximas. Ao relatarem essas experiências emocionaram-se, choraram e foram acolhidas pelo grupo com palavras e relatos que demonstravam empatia. Houve momentos no grupo em que o clima de sofrimento alternou-se com descontração e as lágrimas deram lugar a sorrisos e brincadeiras.

- Segundo Encontro:

O grupo não esgotou os temas propostos no encontro anterior e um novo horário foi agendado. Entretanto, Esmeralda não compareceu, e outra participante que estava presente, alegou que estava se sentindo bem e assim, nova data foi agendada, com a concordância de todas. Posteriormente, foi realizado novo encontro, contando-se com a participante que havia faltado, que justificou sua ausência no encontro anterior, e foi bastante receptiva para participar de um novo encontro.

- Terceiro Encontro

Neste encontro todas as mulheres que compareceram no primeiro estavam presentes, teve de duração uma hora. Para a observadora, o clima de interação e descontração alternou-se com momentos de emoção mais intensos, quando falaram sobre adoecimento mental e loucura, relatavam casos extremos de pessoas próximas.

As participantes deste grupo expressavam-se com bastante facilidade e clareza, o que pode ser atribuído à vivência que muitas delas possuem de tratamento em grupo. A idade das mulheres estava entre 32 a 68 anos, variando entre primeira série do ensino fundamental ao ensino médio completo. Metade das participantes era casada e dona de casa, as que eram separadas ou viúvas tinham trabalho remunerado fora do lar.

#### 4) GFD de apoio e recepção à triagem

**Quadro 3 – Características das mulheres do grupo e apoio e recepção à triagem**

Nome	Estado Civil	Idade	Escolaridade	Profissão	Hipótese diagnóstica
Alice	separada	50	4ª série ens. fund.	empregada doméstica	depressão
Márcia	casada	33	ens. médio comp.	aux. serv. gerais	TOC
Maria	casada	67	2ª série ens. fund.	Aposentada (empregada doméstica)	luto
Solange	separada	44	7ª série ens. fund.	vendedora	separação conjugal
Zélia	união estável	49	3ª série ens. fund.	desempregada	síndrome do pânico



- Primeiro Encontro

Esse grupo foi realizado num único encontro, com duração de uma hora e 30 minutos, e contou com a participação de cinco mulheres que haviam sido admitidas recentemente no serviço de SM. Algumas vieram encaminhadas com diagnósticos realizados por profissionais de outros serviços ou áreas do CSE, como síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo e depressão.

A partir das entrevistas de triagem, esse grupo é composto. Nele são construídas as hipóteses diagnósticas de cada paciente, que norteará a discussão entre os profissionais da SM e a construção de um projeto terapêutico singular para cada paciente. Portanto, essas mulheres ainda não possuem uma vivência mais exclusiva do serviço

Diferentemente dos outros GFD foi necessário a moderadora intervir para incentivar que todas falassem, pois seus relatos tendiam a ser muito detalhados e centrados em si.

Neste grupo, houve a exposição de muito sofrimento psíquico e acontecimentos impactantes que ocorreram na vida dessas mulheres, isso se deu principalmente com Maria, que procurou a triagem após a morte da filha queimada, e havia passado por graves problemas de saúde e conflitos na família, o grupo muitas vezes retomou este acontecimento para exemplificar ou comparar as dores psíquicas. O relato do sofrimento psíquico expressado por elas apareceu associado a conteúdos de perdas significativas (separação, mudanças na rotina do lar, ou morte de alguém próximo).

Para a observadora, essas mulheres pareciam confusas, e ainda sem esclarecimento sobre o seu adoecimento e sintomas. Somente neste grupo apareceu a concepção que a doença mental poderia estar relacionada com algo espiritual “que pega” na pessoa, tornando-a enferma.

Neste grupo, a idade das participantes variou entre 33 a 67 anos, sua escolaridade variou da segunda série do ensino fundamental ao ensino médio completo. A maioria das participantes era casada, todas tinham uma ocupação e exerciam trabalho remunerado, apenas uma estava aposentada, tendo parado de trabalhar devido a problemas relacionados à SM.

### 5.3 Análise e tratamento do material empírico e documental

A análise do material obtido foi feita por um conjunto de procedimentos visando interpretar os dados e articulá-los com a teoria que fundamentou esta pesquisa. Esta fase foi subdividida em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise propriamente dita.

#### Análise dos Dados

As discussões dos grupos focais foram transcritas *verbatim* e analisadas segundo a Análise de Conteúdo (AC) com a finalidade de identificar significados e sentidos atribuídos as vivências, e identificação de crenças e valores dos participantes sobre os tópicos propostos.

De acordo com Minayo (2007) a AC é uma técnica de tratamento de dados que “*permite tornar reaplicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos*” (p.303).

Bardin define a AC como:

*“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando, obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (BARDIN, 1977, p.42).

De acordo com Franco (2007), a AC tem o intuito de observar e estudar as mensagens dentro de um determinado tema, as quais podem ser verbais (orais ou escritas), gestuais, documentais, silenciosas ou figurativas. Essas mensagens são portadoras de pensamentos, significados construídos coletivamente e estão ligadas a condições contextuais e históricas.

Assim, toda mensagem traz consigo um significado e um sentido. *O significado de um objeto pode ser absorvido, compreendido e generalizado a partir de suas características definidoras e pelo seu corpus de significação. Já o sentido implica a atribuição de um significado pessoal e objetivado que se concretiza na prática social e que se manifesta a partir das Representações Sociais.* (FRANCO, 2007, p. 13).

A análise de conteúdo tem início com a leitura das falas, depoimentos e documentos, para posteriormente chegar a um entendimento mais profundo. Minayo

(2006) considera que operacionalização da AC ocorre em três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento e Interpretação dos Dados Obtidos.

#### *Primeira Etapa: Pré-Análise*

Segundo Bardin (1977), na Pré-Análise há três finalidades para serem desenvolvidas: a escolha dos documentos que serão analisados, a formulação das hipóteses e/ou dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

A AC tem início com a organização e transcrições *verbatim* das discussões dos diferentes grupos focais e segue com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação de hipóteses e referência aos índices.

No momento da leitura flutuante, o pesquisador entra em contato com o conteúdo produzido pelo grupo e, deixa-se tomar por sentimentos, impressões e representações provocadas pelo contato com este material. Para Bardin, “*esta fase é chamada de leitura flutuante, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas com materiais análogos*” (BARDIN, 1977, p. 96).

A constituição do *corpus* começa a ser delineada com as transcrições das sessões dos GFDs. Bardin define como *corpus* “*um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica escolhas, seleções e regras* (BARDIN, 1977, p. 96)”.

Essas regras as quais a autora se refere são baseadas em alguns princípios: o *princípio da homogeneidade*, ou seja, seguir um mesmo princípio para a sua composição, *princípio da exaustividade*, que verifica todos os tópicos estabelecidos no roteiro até a repetição dos conteúdos, o *princípio da representatividade* que contempla o universo heterogêneo da análise, e o *princípio da pertinência*, no qual o material é analisado e adequado ao objetivo da pesquisa, com base nos pressupostos teórico do estudo.

Formulação de hipóteses consiste em elaborar uma afirmação provisória que

será investigada pelo pesquisador. Franco (2007), ressalta que algumas análises podem ser realizadas sem hipóteses pré-concebidas, entretanto, isso não significa descartar uso das técnicas para a análise do material que será estudado.

Elaboração de indicadores está relacionado com a frequência de determinados temas no conteúdo do material explorado. Franco (2007) adverte que além de considerar a frequência de conteúdos manifestos, é imprescindível ficar atento aos conteúdos latentes, pois *“podem existir temas não explicitamente mencionados, mas subjacentes as mensagens, passíveis de observação por parte do investigador e cuja frequência de ocorrência passa a ser, também, indispensável para que se possa efetuar uma análise mais consistente e uma interpretação mais significativa”* (FRANCO, 2007, p. 58).

#### *Segunda Etapa: Exploração do Material*

Essa fase consiste em atingir o núcleo de compreensão do texto, para isso, é realizado uma classificação por categorias, que pode ser considerada *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico* (BARDIN, 1979, p. 117)".

A categorização pode considerar alguns critérios como: semântico (categorias temáticas), *sintático* (verbos e adjetivos), *léxico* (classificação das palavras segundo sinônimos e sentidos próximos) *ou expressivo* (podem ser classificadas como algumas perturbações da linguagem) (FRANCO, 2007).

Nesta pesquisa as categorias seguiram o critério semântico, pois as falas foram analisadas buscando-se identificar conceitos, valores, sentido e significados atribuídos aos temas circunscritos pelas questões norteadoras já descritas (saúde e doença mental, suas causas, fatores protetores, expectativas em relação ao tratamento, especificamente, sobre o uso de medicação).

De acordo com Bardin, trabalhar com análise temática

*“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. (...) O tema é geralmente utilizado como*

---

*unidade de registro para estudar atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc” (BARDIN, 1979, p. 105-106).*

Toda a análise deverá levar em conta o pressuposto teórico do significado da linguagem como expressão da subjetividade, que se apresenta também nos valores e crenças sobre determinado tema (MINAYO, 2000).

*Terceira Etapa: Tratamento e Interpretação dos Dados Obtidos.*

Nesta etapa o pesquisador realizou inferências e interpretações, considerando pressupostos teóricos sobre sofrimento psíquico e o cuidado integral. Para isso considerou-se o que Franco relata sobre produzir inferências em AC:

*“tem um significado bastante explícito e pressupõe a comparação dos dados, obtidos mediante discurso e símbolos, com os pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo, de indivíduo e sociedade. Situação concreta que se expressa a partir das condições das práxis de seus produtores e receptores acrescidas do momento histórico/social da produção e/ ou recepção. (FRANCO, 2007, p. 31)”.*

## *6- Resultados e Discussão*

---

Após a análise das falas de todos os grupos, segundo o procedimento discutido, emergiram três grandes categorias que abrangem os relatos organizando-os segundo: (1) manifestações do sofrimento psíquico, (2) itinerário terapêutico do sofrimento psíquico, e (3) alternativas de tratamento para o sofrimento psíquico.

### 6.1 Manifestações do Sofrimento Psíquico

Essa categoria emergiu dos relatos produzidos nos diferentes GFD, e permite compreender como essas mulheres manifestam o seu sofrimento. Observou-se que sintomas físicos foram referidos com muita frequência como mal estares corporais que lhes traziam limitações, e esses puderam compreendidos como manifestações do sofrimento psíquico.

*“Dava aquele desespero, aí começou aquela dor, dava aquela dor aqui do lado.... Aí começou a apertar, apertar né, não podia andar mais, doía assim no andar, andava pra trás porque pra frente eu não ia, então a médica falou que é tudo do problema da fibromialgia né. Porque afeta a mente né, é a mente que afeta” (Ana- GFD medicação).*

*“Eu comecei aqui tratando da coluna... Aí deu fibromialgia em mim, eu também fiz acupuntura e fisioterapia, fiz tudo o que me mandavam...aí começou a doer a minha cabeça eu tinha dor de cabeça e nada cortava a minha dor de cabeça. Tomei o remédio que o médico me mandou, o mioflex, ele tirava um pouco a dor. Aí como eu tava usando muito o remédio eles me enviaram para neuro (...) Agora to bem, tenho um pouco de ansiedade, há um tempo atrás tive um pouco de ansiedade, mas eu tenho que ir me controlando” (Nilza – GFD medicação).*

*“Eu também passei na cardio. Eu tinha dor no peito. Tenho ainda dor no peito que sufoca desde solteira. Aí eu reclamava de dor no peito mas..., até que ela me levou no cardiologista e ele até me internou, e observou mas não deu nada. E eu sempre reclamando de dor no peito, então quando doía vinha até o braço. Eu ficava esfregando, aquilo me irritava, aí me passaram para o hospital (cardiologista do ambulatório de especialidades do município), e fiquei na cardio um tempo no hospital (Hospital Universitário nível terciário),tava com suspeita de ter uma angina, aí fiz vários exames, fiz esteira, aí tive alta. Mas a dor no peito continua, meu gênio sei - lá! Ficou o dito pelo não dito. Aí os exames não deu nada, eu fiquei tomando aqueles remédios, vinha no médico e eles passavam receita. Depois me encaminharam para o psiquiatra” (Elisângela – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Eu tinha um enxaqueca numérica! Aquela do tipo que vocês possam imaginar... Aí eu comecei a pegar aversão pelo meu útero. Gente eu peguei tanta raiva do meu útero! Que eu adoeci tanto ele, que ele teve que ser extraído. Eu morria de tanta cólica, eu morria de tudo! Eu me sentia a pior das pessoas, sei lá. O dia que eu tirei e de dentro de mim eu falei: renasci! Nasci agora nesse dia com 42 anos que eu tirei o útero, mas até eu tirar eu fiz miséria. Sofri até com o meu útero!” (Fátima – GFD proposta terapêutica)*

não medicamentosa).

*“É, foi uma fase difícil que a minha mãe teve derrame, ficou acamada e por outros problemas que a gente passa. Só de falar me dá vontade de chorar. Então aquele momento que eu estava passando por bastante problema, que eu fiz o eco cardiograma, não tinha problema nenhum. Ai me encaminharam para fazer o eco cardiograma e o médico analisou que não era, me encaminhou para o psiquiatra direto. Acho que era do momento que eu tava vivendo”* (Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica).

Outra forma de manifestação do sofrimento psíquico observada nas participantes dessa pesquisa foi a descrição de sintomas psíquicos, algumas vezes associados também a sintoma físicos.

*“Eu tenho muitas dores, eu não durmo. Eu vinha nervosa devido as minhas dores, é muita, muita, muita dores... de não dormir, eu não dormia quase nada, eu praticamente não durmo. (...) Ai vim passei pela médica porque piorou, a Dra P. achou que eu tava muito nervosa, eu falei: eu to muito cansada mesmo, acho que só morrendo resolve os meu problemas. Eu melhorei mas ainda sou e lua, de ficar três dias sem tomar banho... . (Alice – GFD grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Eu tenho uma tristeza que eu não consigo dominar. Não consigo dormir, tenho desespero, tenho dor, parece que vou morrer. Só vem coisa ruim na minha cabeça. Nada é bonito, tudo é feio... Tenho angústia e vontade de chorar”* (Áurea – GFD grupo de apoio e recepção à triagem).

*“Eu tava muito nervosa, não queria comer, não comia a noite de nervoso. (...) então eu não tava dormindo direito, não tava se alimentando... . Agora faz um mês e pouquinho que eu quase morri, fiquei em coma, então eu acho que o nervoso era tão grande que aconteceu tudo isso... “* (Maria - GFD grupo de apoio e recepção à triagem).

*“ (...) E... aquelas coisas que a gente não quer lembrar lá de traz, aí vem tudo na cabeça da gente né. E quando chegava tudo na minha cabeça eu fico ruim. Eu fico agressiva dentro de casa, eu fico ignorante (risos). O meu marido fala e eu grito ele, a minha filha eu também gritava ela né. Eu fico assim querendo sair, querendo andar, quando eu fico assim meio alterada, daí ele me tira de casa, ele anda comigo. E eu fico... eu choro, eu fico chorando, eu fico nervosa, qualquer coisinha que soltar lá eu fico agressiva. Quando ta chegando dentro de mim, eu sinto mesmo, eu sinto. Eu digo aí meu Deus! Tô ficando nervosa! Eu não queria sentir isso. Hoje mesmo eu amanheci com a minha cabeça que ela começa a doer. É a minha cabeça começa a dar aquela dorzinha aborrecida, não é dor de cabeça é aquela agonia no juízo. É começa a chegar, é um aviso que vai chegando dentro de você e você não se controla... “* (Esmeralda –GFD proposta terapêutica não medicamentosa).

*“Eu passava a noite inteira em claro, inteira. (...) E o pior é que no outro dia eu ficava assim, sabe, meia abobada, não tinha vontade de fazer nada, ficava nervosa, qualquer coisa me irritava”* (Francisca – GFD medicação).

*“Eu também ficava sem dormir... . Então chegava às 5,6 horas da tarde eu tomava banho e já punha o pijama para dormir, sabe, não que eu ia dormir, mas eu punha o pijama. (...) Então era assim,, não tinha sono, não tinha sono mesmo! Não é que eu... demorava pra dormir, que eu tinha sono e não*



*conseguia dormir, eu não tinha sono.(...) Sabe não tinha vontade de fazer nada, ficava horas e horas assim olhando, olhando em uma direção só. Assim, se chegasse alguém e falasse comigo tudo bem, se não podia pegar fogo. Fazia reunião na casa da minha irmã, todo mundo contava piada e eu tava de pijama, todo mundo arrumado e eu de pijama” (Madalena – GFD medicação).*

*“Eu não tinha estímulo para nada... pra sair, pra conversar, pra comer. Eu na realidade fiquei numa redoma e emagreci pra caramba” (Carina - GFD proposta terapêutica não medicamentosa)*

*“Eu não tinha vontade de fazer nada, só de ficar deitada... “ (Regina – GFD medicamento e outras propostas terapêuticas não medicamentosa).*

*“Medo,era um pânico que me dava, batadeira de vez em quando eu tenho mas tava dando direto. Me dava o medo, medo, medo, medo assim... Medo da vida, medo de eu não conseguir sobreviver. Tinha medo de faltar alimento para os meus filhos. Medo! (...) Nossa, eu nunca senti isso antes!Já passei por perca já, mas dessa vez eu senti isso, não dormir acordar várias vezes no meio da noite, e aquele medo acabava comigo. Minha filha ficava brava comigo, e aquele medo, de tanto que eu chorava, eu tinha muita lágrima. Impressionante! (Solange - GFD grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Eu tinha medo, eu ia trabalhar eu tinha medo, eu queria ir, mas ficava deitada, a cabeça tava lá no serviço, mas o corpo... E por mais de um mês eu parei de trabalhar, eu fiquei só no quarto. O melhor lugar da minha casa era o quarto. Eu não fazia comida, eu não fazia nada! Banho eu fiquei três dias sem tomar. Sabe de entrar assim no chuveiro e ficar vendo... de ligar o chuveiro e vestir a roupa” (Zélia - GFD grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Eu vejo as pessoas felizes, contentes por aí, que não tem tanta... às vezes acontece uma coisinha, eu fico com uma raiva danada da pessoa. Eu trabalho no meio de um monte de gente, às vezes acontece uma coisinha e pra mim foi o fim do mundo. Eu olho as outras pessoas e parece que elas estão tranqüilas e eu olho aquilo sabe... Faço os meus pensamentos, eu só fico pensando, pensando, pensando... Eu vejo as pessoas viver tranquilamente e eu só pensando em tragédia, eu acho que eu não devo ser normal. (...) Quando eu não to legal, as pessoas estão conversando e eu acho que elas estão falando de mim. Eu já fico com raiva e eu vejo as pessoas vivendo tranqüilas assim” (Mara – GFD medicamento e outras propostas terapêuticas não medicamentosa).*

*“Eu tenho manias né! De cuidado né, parece que tudo vai ter que durar a vida inteira. Sabe assim não poder fazer nada...Eu não sei por que mas eu acho que é demais, faz tempo que eu tenho, mas agora é que eu to dando importância pra isso. Eu achava que era uma coisa boba né. Mas nossa, não é possível viver assim! Eu acho que agora ta demais, de uns meses para cá. Eu sempre tive, mas até então eu achava que era bobeira, Eu falava eu não vou falar isso para o médico... Mas agora eu to machucando os meus filhos (voz embargada) ...” (Márcia - GFD grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Ah! No meu caso eu não aceitava, eu me sentia um monstro, assim o que eu sentia pelos meus pais, né. Porque era só eu que sentia isso. Todo mundo: aí eu amo eles e tal, e eu não sentia isso. Eu falei: nossa deve ter alguma coisa errada, né. Daí eu fui tentar entender se o problema tava em mim, ou se tinha algum problema” (Paula – GFD medicamento e outras propostas terapêuticas não medicamentosa).*

Foram muitas e diversas as manifestações dos sofrimentos relatados.

Algumas mulheres trouxeram relatos de sofrimento psíquico e outras relataram mais especificamente sintomas de doença mental. Esses sintomas mais graves pareciam ser decorrentes de uma prolongada vivência com uma dor emocional

Em todos os grupos, houve relatos de sensações corporais desagradáveis ou dolorosas, incapacidades para cuidar de si e realizar as atividades cotidianas e corriqueiras, como primeiras manifestações de que algo não ia bem. Entretanto, embora essas manifestações fossem relatadas como tendo interferência direta na sua qualidade de vida, nem sempre isso aparecia com clareza nos relatos apresentados por essas mulheres nas consultas com os profissionais de saúde, ou, quando eram relatadas, aparentemente não conseguiram sensibilizar aqueles profissionais para que uma conduta de acompanhamento fosse proposta.

Esta constatação vai ao encontro da afirmação de Fortes (2004) quando refere que na atenção básica as queixas somáticas são os principais sintomas trazidos ao médico pelos pacientes que possuem sofrimento psíquico, principalmente os que são portadores de transtornos ansiosos e depressivos considerados de intensidade leve a moderada. Esses pacientes muitas vezes apresentam também sintomas psíquicos, entretanto, esses sintomas deixam de ser informados ao médico, pois no espaço da consulta as queixas relacionadas ao corpo são priorizadas pelo discurso dos pacientes (FONSECA, et al. 2008; FORTES, 2004).

Desta forma, muitos profissionais, que já possuem dificuldades para identificar o sofrimento psíquico devido à precariedade de sua formação profissional nesta área, têm essa dificuldade ampliada quando a manifestação do sofrimento psíquico ocorre através de queixas físicas. Conseqüentemente, isso produz uma sobrecarga no sistema de saúde, pois, para esclarecer as queixas, inúmeros exames e procedimentos são realizados, aumentam o número de consultas na tentativa de solucionar o problema e o número de encaminhamentos aos especialistas (FONSECA et al. 2008; FONSECA, 2007).

Em todos os GFDs houve relatos que demonstraram que o sofrimento se manifestou também por meio de sintomas psíquicos, como ocorreu em outros estudos, (ARAÚJO et al., 2005, COSTA e LUDEMIR, 2005; FONSECA et al.,2008) que trabalharam com a avaliação da saúde mental da população, descreveram TMC, como presença de insônia, fadiga, irritabilidade, nervosismo, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, além de manifestações que poderiam se caracterizar

como sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes (FONSECA et al., 2008).

De acordo com Alves (1993) a experiência do adoecimento não é apenas uma “*entidade biológica*”, que deve ser tratada, mas é uma vivência carregada de sentidos individuais e coletivos. De acordo com os autores, a enfermidade é uma sensação de mal-estar ou aflição, em que o indivíduo reconhece que algo não está bem com ele mesmo, esse mal estar geralmente é algo vivido corporalmente. Entretanto, esse mal estar em si não constitui uma enfermidade, é necessário que ele seja transformado em objeto aceito pela sociedade e identificado por esta como passível de intervenção. (ALVES & SOUZA, 1999).

Oliveira e Roazzi (2007), na pesquisa sobre a representação social da “doença dos nervos” entre gêneros, demonstraram que mulheres elegem sintomas físicos como representantes de sofrimento psíquico, enquanto os homens demonstram esse tipo de sofrimento por meio de comportamentos. Para os autores isso ocorre, porque há influência de traços culturais: as mulheres se mostram e se expressam mais pelo corpo, enquanto os homens atribuem a aspectos exteriores.

No presente estudo, resultados semelhantes aos estudos realizados por Fortes (2004), Rozemberg (1996) e Oliveira e Roazzi (2007), foram observados, constatando-se a forte presença das queixas somáticas, como expressão de sofrimento psíquico.

Para Ferreira (2004), o sintoma (físico e/ou psíquico) é exclusivo do paciente e está relacionado ao caráter invisível da doença, pois são as sensações que o indivíduo experimenta e expressa por palavras. Para realizar o diagnóstico da doença, o médico baseia-se na descrição dos sintomas que possui conteúdo individual e dos sinais que são manifestações físicas da doença, e sua interpretação diz respeito principalmente ao conteúdo científico.

*“Sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar e alucinações, sensações de vertigem, etc. É um fenômeno só por ele sentido e que o médico ordinariamente, não percebe e nem lhe é fácil comprovar, sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório.*

*Sinal é a manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor de pele, ruídos anormais do coração, convulsões...”*

(Ferreira apud Romero, 2004)

Na consulta com o profissional de saúde, o paciente apresentará, ofertará os seus sintomas que são subjetivos, pois falam de sensações que se expressam no corpo.

Confrontados esses sintomas com os sinais da doença, o profissional começa a tecer as informações obtidas por meio dos relatos e formular o diagnóstico. Mas para o paciente, o diagnóstico é recebido apenas como um nome para as suas aflições.

De acordo com COSTA (2004);

*“A perda do equilíbrio nos processos de adoecimento não constitui apenas fator médico-biológico, mas também um processo vinculado à história de vida do indivíduo, da família e da sociedade. Em todas as culturas, há manifestações de recolhimento interior provocado pelo sofrimento e pelo padecimento da dor”* (COSTA, 2004, p. 6).

Para SILVA JR. et al. (2005), para poder cuidar das pessoas em sofrimento (não só sofrimento psíquico) é necessário primeiramente que, de fato, se estabeleça um encontro entre paciente e profissional da saúde. Encontro no qual o primeiro coloque suas necessidades e essas sejam escutadas e compreendidas pelos profissionais da saúde. Entretanto, isso nem sempre acontece, pois, atualmente os profissionais priorizam a resolução de problemas de saúde, por meio de tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologia dura e dura leve) e nem sempre percebem a real necessidade dos usuários (SILVA JR. et al., 2005; MERHY, 1998).

### **6.1.2. O que leva ao sofrimento psíquico?**

A maior parte das mulheres de três GFDs (tratamento exclusivo com medicação, das que tinham a medicação aliada a outras propostas terapêuticas e aquelas que recebiam apenas o tratamento não-medicamentoso), reconheceu que possuía sofrimento psíquico. E que o mesmo foi desencadeado por situações de estresse, sobrecarga emocional, dificuldades financeiras, desentendimentos na família, dependência química ou de álcool de familiares, e morte de algum familiar, dados semelhantes aos obtidos por Pelouso & Blay, 2008; Martin et. al., 2007; Fonseca et al. 2008, Fortes 2004. Esses dados revelaram a capacidade dessas mulheres em reconhecer os desencadeantes do seu sofrimento.

*“Eu falo por mim. Sabe, um excesso de responsabilidade, filho pra criar... Muita responsabilidade como mãe, 3 crianças em casa e eu sou instrutora ensinava a dirigir.... Então, eu era costureira dentro de casa, eu costurava direto, depois foi indo, foi indo, foi indo, eu chorava direto em cima da máquina. Fui chorando, chorando. (...) Agora, eu passei a vida inteira ... vi*

*que a vida tinha os dois lados. Então eu não sei, comecei já a querer me arrumar, é claro, eu trabalhava fora. Eu trabalhava em uma firma, eu tinha que estar apresentável e o meu marido andava atrás de mim, me sondando, falando que eu tinha outro homem. Essas coisas e tudo isso foi problema, aí a gente acabou se separando. Só de falar já me dói aqui (coloca a mão na testa e cabeça). Aí foi um problema muito grande, eu acabei ficando com as crianças, sendo a menor de 4 anos e o maior de 13 e lutava com as crianças. Consegui Graças à Deus, hoje são pessoas de bem, mas eu fiquei um bagaço.”(Rosa – GFD medicação).*

*“ Eu praticamente criei as minhas filhas sozinha, principalmente na parte financeira. Porque quem bebe joga tudo o que ganha no mês (se refere ao marido), gasta tudo em 5 minutos, mas eu sempre resolvi os problemas. Nunca pedi ajuda de ninguém! Nunca! Então eu acho que o adoecimento é consequência da vida que a gente teve. Uns tem um sofrimento de um jeito, outros tem de outro,mas todo mundo tem sofrimento” (Madalena – GFD medicação).*

*“ O meu acho que foi medo e sofrimento. Acho que a morte do meu irmão pra mim foi muito sofrido. Foi demais da conta pra mim. E a espera da cirurgia do meu filho que foi 4 anos (se refere a uma cirurgia cardíaca do único filho)” (Mara – GFD medicação e outra proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Quando acontece alguma coisa grave na vida da gente. Daí fica remoendo dentro da cabeça da gente, aí isso prejudica a saúde né. É que nem esses negócios graves, que a gente não tem como resolver. Aí fica martelando na cabeça da gente, no coração em tudo. Mataram um filho meu com 36 anos, até hoje não me conformo (voz fica embargada), porque foi muito grave né. Eu fiquei sabendo que ele foi matado pela família da mulher dele e ele tava separado e... Eles (a polícia) ficaram sabendo quem fez, mas não fizeram nada, a justiça da terra não fez nada. Estou esperando a justiça de Deus, porque aqui na terra só se a pessoa tiver dinheiro” (Esmeralda – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“É problemas também. Problemas na família. Não precisa ter problemas assim de saúde. Eu tenho dois filhos que fizeram faculdade, uma já ta trabalhando, outro já definiu, foi pra Inglaterra agora. A gente fica meio sentido né, por causa de não vê, mais tinha outro fazendo faculdade em Londrina. Inclusive foi na época que fiz terapia com o K, esse momento que eu vivi, ele fazendo faculdade em Londrina. Pagando faculdade, pagando tudo (voz fica embargada), meu marido é aposentado, tinha que trabalhar, continuar trabalhando, o que ele ganhava, ele mandava pro meu filho. Então, esse momento que eu vivi, foi o que mais eu adoeci. Problemas na família, não precisa ser só doença, morte... Eu tava feliz porque ele tava fazendo faculdade, mas os problemas né...Você viver com dinheiro assim pra pagar conta. Banco. Não sabia lidar com os problemas né!”(Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Acho também que um pouco é coisa do meu passado, que fica na minha cabeça, que não sai nunca. É tudo isso! (...) Eu acho que é a base familiar também. Eu acho que dependendo da maneira que você é criada, acho que isso transforma muito a sua vida.”(Antônia – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Eu acho que é pensar muita coisa, põe muita coisa na cabeça. Eu acho que*

*leva a gente a isso aí, coisa ruim, ficar pensando coisa ruim, a gente até fica ruim da cabeça. Fica pensando por causa de problema, eu acho que vai afetando a cabeça (Áurea – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Mas o meu marido eu nunca pude conversar com ele, até hoje ele é difícil de conversar com ele assim... tem coisa que eu tenho que ter muita calma para falar com ele... Com o meu marido eu faço assim, converso o que dá pra conversar, o que não dá para conversar então pomos areia, vamos deixar para lá... converso com ele quando ta com a mente mais aliviada da bebida ... “(Ana – GFD medicação).*

*“Eu pra começo, eu já não fui feliz desde o primeiro dia do meu casamento. Quem fez o meu casamento, que arrumou pra mim foi o meu pai. Naquela época era assim. Então casei, vim morar pra cá sozinha, não conhecia ninguém e dali começou os problemas... Eu também pela minha vez, tive tanto nervo né, de ficar sozinha tal, também já tentei suicídio. Então eu sinto, depois disso veio um monte de problema. Porque daí o meu filho entrou em depressão e o outro é alcoólatra. Meu marido tem um gênio que nossa senhora! E eu me sinto assim, me sinto sozinha, carente. Pra começo de conversa já faz mais de 20 anos que não se tem relação, não tem nada, a minha juventude foi jogada fora”. Os problemas, os problemas que vêm, o ambiente, é isso aí. Pra mim isso é depressão. E outra, e deixa a gente muito magoada também, e eu acho que essa mágoa acaba com a vida da gente.(...)” (Francisca – GFD medicação).*

*“Quando o meu pai morreu eu tinha 13 meses, a minha mãe tava grávida de sete meses, uma família me adotou. (...) A minha primeira pirada mesmo foi quando eu soube que era filha adotiva. Mesmo vivendo desde os quatro aninhos naquele abuso sexual, eu tinha certeza que eram os meus pais e meus irmãos. Então eu soube assim, eu pirei né. Queria matar, queria morrer, tomei..., antigamente tinha aquela mania de soda caustica né. E agora e tenho problema com meu filho, ele fico 15 anos nas drogas (Laura – GFD proposta terapêutica não-medicamentosa).*

A sobrecarga emocional gerada por vivências difíceis e conflituosas, e que lhes exigiram muita responsabilidade foi considerada como causa do sofrimento psíquico. Essas situações foram relatadas como desgastantes porque tiveram que enfrentar as dificuldades sozinhas, sem receberem nenhum tipo de apoio familiar, emocional, financeiro e/ou social. Além da falta de uma rede social, essas situações conflituosas foram intensas, e durou um longo período, o que exigiu como demonstra a fala de uma das mulheres, muito esforço, e por isso tiveram dificuldades para saírem dessas situações ou adoeceram como consequência da vivência do sofrimento psíquico. De acordo com Luz (2005), viver em estado de tensão contínua, aliado a perda da rede social, características do mundo contemporâneo, produz um estado de sofrimento que ultrapassa o sofrimento psíquico da angústia, ansiedade e depressão, promovendo “um estado de vulnerabilidade” para o adoecimento e diminuição da qualidade de vida.

Algumas mulheres identificaram que a origem do seu sofrimento psíquico estava diretamente relacionada com o adoecimento ou morte de algum familiar. Relataram que nessas vivências sentiram desespero e impotência, por não poderem fazer nada para mudar ou interferir diretamente nas situações que envolviam pessoas próximas e queridas. Em alguns casos, consideraram que deviam esperar a “justiça de Deus” e reconheceram que nem sempre existia uma alternativa para remediar a realidade.

Mudanças na vida, na estrutura familiar ou condição financeira foram fatores também relatados como geradores de estresse e tensão. De acordo com Sônia e Alice os problemas e as mudanças na rotina foram responsáveis pelo sofrimento psíquico.

Para algumas mulheres, o sofrimento psíquico foi consequência de acontecimentos passados, exemplificados pelo discurso de que a criação familiar e vivências da infância deram origem ao sofrimento atual.

Em outros relatos, algumas mulheres consideraram que o sofrimento, causado por alguma decepção no contexto familiar e/ou conjugal, foi responsável pela quebra de sua saúde, resultando em adoecimento. O não reconhecimento pelo marido, dela enquanto mulher, e não ter suas necessidades afetivas satisfeitas, foram referidas por Francisca, como fontes de sofrimento psíquico. Ela relata que há anos cultivava a mágoa contra o companheiro, sentimento que imobilizou e aniquilou sua vida afetiva. Aliado a isso, referiu a dificuldade em assumir a responsabilidade pelo andamento da vida, ficando em uma postura de espectadora. Posteriormente, mesmo com independência financeira não conseguiu desenvolver atitudes para enfrentar e lidar com o seu descontentamento, delegando sempre ao outro o motivo da sua infelicidade. Como Francisca, outras mulheres desse estudo trouxeram essa experiência.

As participantes do GFD de apoio e recepção à triagem relataram também diversas vivências de sofrimento, reconheceram o quanto esse sofrimento interferia em sua qualidade de vida, entretanto: quando indagadas sobre se possuíam sofrimento psíquico, afirmaram que não. Apenas Márcia reconheceu seu sofrimento e tentou entender a sua causa: “*Sofrimento, muita preocupação... Muita responsabilidade na cabeça...*”.

*“Eu perdi a minha mãe faz 10 meses, no carro na minha frente e da minha filha. Então acho que também isso..., mas como o meu digníssimo marido falou pra mim na hora do velório da minha mãe, ele teve a coragem de*

*chegar perto de mim, hoje eu não me conformo, ele falou: isso é pouco o que você está passando. Então eu quis ser forte, eu não quis chorar, eu guardei pra mim. Eu falei: esse gosto ele não vai ter, e guardei... E isso aí me fez um mal. Depois aconteceu do meu marido ir embora, então pra mim desmoronou...”*(Solange – GFD grupo de apoio e recepção à triagem).

*“Eu perdi a minha filha vai fazer seis meses... Então tudo abala a gente... Eu com essa minha filha, a gente fala, sou mãe de oito filho..., mas essa que faleceu era mais chegada comigo”* (Maria – GFD apoio e recepção à triagem).

*“Você ter que virar a sua vida de ponta cabeça. Porque tem a minha filha lá, virou tudo... (filha se separou e voltou a morar com Alice). Agora eu não tenho mais tempo pra nada, não tenho tempo pra ir na igreja, não tenho tempo pra sair, não tenho tempo pra nada. Agora perdi a vontade, tenho que ficar presa, tenho roupa pra lavar e você não pode lavar. Eu nunca pude ver um copo sujo que eu tenho que lavar, eu era assim. Agora eu não posso fazer mais, eu já vinha de nervoso devido as minha dores. Depois veio o netinho pra cuidar, aí carregou muito... Eu sofro porque eu tenho os meus problemas de saúde e agora tenho que cuidar dele, porque não tem quem cuide”* (Alice-GFD apoio e recepção à triagem).

*“Quando eu mudei na minha casa, não podia uma criança bater uma coisinha. Um dia o meu marido derrubou uma chave de fenda no chão, aquilo pra mim... Eu não briguei porque eu não sou de brigar, eu entrei no quarto e chorei. Chorei! Chorei! Ele falou porque você tá chorando? Nem eu sabia! Até hoje eu vou limpar o chão e vejo aquilo ali eu... Os meus netos brincavam, mexiam na televisão e aquilo ali pra mim era a morte. Eu tenho três netos, eles iam em casa, a hora que eles viravam as costas, eu já ia correndo limpar a casa, não podia ver qualquer sujeirinha. Agora eu to melhorando, mas ainda... Que nem hoje eu limpei a casa, quando eu não tenho animo eu não faço nada. Mas eu to pensando que amanhã eu tenho que lavar tudo! Então é uma coisa muito esquisita!”* (Zélia – GFD recepção e apoio à triagem)

A dificuldade em articular o seu mal estar como consequência de situações da vida e de como a conduzem, ocorreu mais no GFD de apoio e recepção à triagem, talvez devido a sua recente inserção no serviço de SM, e sem vínculos estabelecidos com o serviço de saúde e entre o próprio grupo. O que não ocorreu nos demais GFDs, nos quais as mulheres já estavam em tratamento no mínimo há quatro meses, conseguiram refletir sobre a vida emocional, e considerar que dificuldades na relação familiar, falta de lazer, perda de um ente querido, objetivos frustrados, dificuldades financeira podem produzir sofrimento, e que isso pode se transformar em engrenagens para o adoecimento psíquico e/ou físico.



## 6.2. Itinerário Terapêutico

A busca de cuidado para a aflição, das mulheres que participaram desse estudo, teve início quando elas identificaram a presença de um mal estar no corpo que incomodava e avaliaram que este necessitava de tratamento.

Algumas mulheres relataram que a alteração do sono foi trazida como motivo do sofrimento que conduziu a procura pelo serviço de saúde mental. Achavam que essa dificuldade poderia ser tratada por profissionais de saúde mental, principalmente pelo psiquiatra, com a expectativa de uma medicação para solucionar a insônia e conseqüentemente o mal estar decorrente dela.

*“ Eu procurei aqui, foi mais por causa disso. Eu passava a noite inteira em claro, inteira. Ai eu comecei a procurar a psiquiatria né, porque eu falei: Vou ficar sem dormir até quando?E o pior que no outro dia eu ficava assim sabe...meia abobada, não tinha vontade de nada, ficava nervosa, qualquer coisa me irritava” (Francisca – GFD medicação).*

*“Eu tenho uma tristeza que eu não consigo dominar, não consigo dormir de noite, não durmo de noite. Eu sempre tratei aqui, faz muito tempo e agora eu procurei, porque já fiz tratamento com o Dr K., já tomei remédio pra dormir, hoje atualmente eu não tomo nada, mas eu acho que vou precisar, porque é muito triste a noite. E eu tenho que trabalhar...” (Áurea – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Não conseguia sabe, não conseguia dormir, dormia muito pouquinho. Eu sou elétrica para trabalhar, mas eu dormia muito pouquinho. Eu sou elétrica para trabalhar, mas eu dormia muito pouquinho, ficava muito agitada o dia todo” (Ana – GFD medicação).*

*“Não queria comer, não dormia a noite de nervoso. Não tava dormindo direito...” (Maria – GFD de apoio e recepção à triagem).*

*“Eu não tenho sono. Eu durmo por fazer um favor pra mim mesmo, picadinho, picadinho, porque eu não tenho vontade... Eu durmo, eu cochilo... Tenho dificuldade para dormir” (Rosa – GFD medicação).*

Parecia-lhes que o mal estar físico produzido pela insônia, e que impedia que realizassem as atividades do cotidiano “como sempre”, foram as razões que levaram à construção da demanda pelo serviço de SM. Apenas Maria identificou a subjetividade subjacente a esse sintoma, o “nervoso” conseqüência da fase de luto da morte de sua filha.

Outras participantes da pesquisa dos diferentes GFDs referiram que a depressão desencadeou a procura pelo serviço de saúde: “o meu foi depressão”.

Manifestações com os mais diferentes “coloridos”, mas todas evidenciando intenso e desconhecido mal estar, foram apresentadas como depressão (enquanto doença mental e sentimentos de tristeza ocasionados por perda).

*“ Eu procurei em 2005, quando eu cheguei em Botucatu, cheguei em 2004, quando eu fiquei muito mal, muito mal, assim não tinha vida. (...) Aliás não só agora em 2005, eu sempre fui assim, minha vida sempre foi cinzenta. Agoniada, agitada, aí uma aflição! Uma aflição!... “Tudo o que eu queria na minha vida era que Deus tirasse aquele choro de mim, era aquele choro incontido, eu chorava pra tudo, eu chorava. E eu já tava me tornando insuportável pra mim mesma...” (Rosa – GFD medicação).*

*“E por mais de um mês que eu parei de trabalhar, eu fiquei só no quarto. O melhor lugar da minha casa era o quarto. Eu não fazia comida, eu não fazia nada! Banho eu cheguei a ficar três dias sem tomar. Sabe assim de entrar no banheiro e ficar vendo ... de ligar o chuveiro e vestir a roupa. Ai a minha menina de 9 anos ela falava: Mãe você já tomou banho? Eu falava: de madrugada eu levanto e tomo banho, mas não tomava”(Zélia – GFD apoio de recepção à triagem).*

*“Eu tive depressão depois que o meu pai faleceu... eu fiquei muito abalada com a morte do meu pai. Meu pai era o ar que eu respirava, assim, era o ar, era o ar que eu respirava. O meu pai era tudo para mim e foi aí que eu tive” (Nilza – GFD medicação).*

*“ Primeiro foi um problema bem grave com um filho meu, ele e a esposa dele, aí depois de três meses mataram um outro filho meu, eu fiquei nervosa e comecei com problema de depressão” (Esmeralda – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

Além dos sintomas “clássicos”, obtiveram-se descrições que evidenciam o sentido dado a esses sintomas diante de circunstâncias da vida: “eu fiquei muito mal, muito mal, assim não tinha vida (...), minha vida sempre foi cinzenta”. Aflição e choro como manifestações de perdas, insatisfações nem sempre claramente identificadas, transformando-se em sintomas incapacitantes e de intenso sofrimento.

A literatura internacional relata que pacientes depressivos utilizam os serviços de saúde com maior frequência, e têm diminuída sua capacidade de trabalho e prejuízos em sua qualidade de vida quando comparados com pacientes com outras doenças crônicas (FLERCK et al. 2002). Nesta pesquisa encontramos pacientes que relataram perda de interesse, energia e retraimento social como limitadores que as impediam de conduzir a vida como antes, descrevendo ainda como estes sintomas interferiram nas relações familiares e nas atividades laborais.

Considerou-se assim a relevância de discutir o significado atribuído à depressão. Na descrição do motivo que levou à procura do serviço, foram freqüentes as falas sobre depressão, com as percepções do que entendiam como depressão, mostrando a diversidade de sentidos atribuídos ao termo, e o uso do termo para as muitas formas de mal estar psíquico .

Del Porto (1999) afirma que palavra depressão vem sendo usada tanto para designar um estado afetivo normal (tristeza), que se constitui como resposta humana a situações de perda, desapontamento e outras adversidades. Parece que essa palavra foi incorporada pelo senso-comum, talvez contribuindo para diagnósticos inadequados ou tardios (MARTIN et al. 2007). Em alguns casos nesta pesquisa, as mulheres nomearam a fase de luto pela qual estavam passando como depressão.

Também os sintomas físicos foram relatados em todos GFDs como desencadeadores da trajetória da busca de cuidados nos serviços de saúde. Identificaram em si mesmas algum tipo de aflição inicialmente localizado em alguma alteração corporal. Sensações corporais desagradáveis, mal-estar físico ou dor, foram identificados como algo que necessitava de cuidado.

*“Eu comecei aqui tratando da coluna, tratando da coluna, aí fiz acupuntura (...) eu tinha muita dor de cabeça e nada cortava a minha dor de cabeça”*(Nilza – GFD medicação).

*” Acho que foi em maio, eu vim pra consulta porque eu tenho muitas dores, eu não durmo... Ai eu vim passei pela médica porque piorou, a Dra P. achou que eu tava muito nervosa, eu falei: eu to muito cansada mesmo, acho que morrendo resolve todos os meus problemas”*(Alice – GFD de apoio e recepção à triagem).

*“Dava aquele desespero, aí começou aquela dor, dava aquela dor aqui do lado.... Ai começou a apertar, apertar né, não podia andar mais, doía assim no andar, andava pra trás porque pra frente eu não ia, então a médica falou que é tudo do problema da fibromialgia né. Porque afeta a mente né, é a mente que afeta”*(Ana – GFD medicação).

No relato dessas mulheres, a presença de algum mal estar físico ou psíquico, reconhecido por ela e por seu meio social como necessitando de cuidados, principiou a procura pelo serviço de saúde. Nessa busca de cuidados procuraram um clínico geral ou o médico com o qual possuíam algum tipo de vínculo.

Atrelado ao relato do mal-estar, depararam-se no trajeto da busca de

cuidados com dificuldades, entre elas o “encaminhamento”, que muitas vezes fez retardar o acolhimento desse sofrimento.

*“Comecei a passar muito mal, falei: acho que eu preciso tomar remédio. Aí fui no clínico geral, aí ele falou pra mim que não podia receitar remédio, que eu tinha que vir aqui né (área de saúde mental), conversar com a psicóloga para ver se eu ia precisar do remédio” (Antônia – GFD proposta terapêutica não-medicamentosa).*

*“ Eu procurei a minha médica de homeopatia (risos). Eu vivia... vinha sempre incomodar ela, tava até me sentindo mal de tanto procurar por ela. Até que ele me encaminhou para o psiquiatra”(Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“(...) passei primeiro no clínico e não melhorou nada. E a vontade que eu tinha de não fazer nada, de ficar só deitada... Aí a médica achou que era melhor eu passar pelo psiquiatra, e aí conseqüentemente psicoterapia”(Regina – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

Quando não procuravam o profissional com o qual mantinham algum vínculo, procuravam o profissional da especialidade ligada à parte do corpo na qual se localizava sua dor ou sintoma. Por exemplo, cardiologista para sintomas relacionados ao coração, neurologia para as dores de cabeça e gastroenterologia pra as dores de estômago, intestino preso, etc.

*“Eu também passei na cardio. Eu tinha muita dor no peito. Tenho ainda dor no peito que sufoca, tenho desde solteira. Aí eu reclamava de dor no peito mas..., até que um dia ela me levou num cardiologista ele até me internou, e observou mas não deu nada! (Elisangela – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa)*

*“Eu tinha uma enxaqueca numérica! Viche eu rodei! Eu rodei! (risos)... Neurologista, tudo, tudo, tudo (Fátima – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

Nos relatos apresentados pode-se perceber que o médico era visto como o profissional responsável pela saúde-doença, depositando na medicina toda a possibilidade de tratamento. Por isso, ao buscarem ajuda, essas mulheres recorreram ao médico para cuidar do seu bem estar físico e mental.

### 6.2.1 Caminho percorrido pelo paciente com sofrimento psíquico até iniciar tratamento no serviço de saúde mental do CSE

Muitas mulheres relataram que inicialmente, buscaram o atendimento médico nas outras áreas de assistência do CSE (saúde do adulto, da mulher, acupuntura, etc.). Expressavam suas sensações e sintomas para o profissional, que identificava relatos de desânimo, dores, insônia, nervosismo ou tristeza como “problemas psíquicos”. Esses profissionais identificavam esses “sintomas”, estabeleciam um possível diagnóstico e encaminhavam para o serviço especializado.

*“É, foi uma fase difícil que a minha mãe teve derrame, ficou acamada e por outros problemas que a gente passa. Só de falar me dá vontade de chorar. Então aquele momento que eu estava passando por bastante problema, que eu fiz o eco cardiograma, não tinha problema nenhum (se refere a nenhum problema físico). Ai me encaminharam para fazer o eco cardiograma e o médico analisou que não era, me encaminhou para o psiquiatra direto” (Sônia – GFD medicação).*

*“Eu cheguei até aqui encaminhada pelo Dra P (médica que presta assistência como clínica geral na área de saúde do adulto do CSE). Eu vim na consulta, tava muito nervosa, ainda to desanimada (voz embargada). Eu acordo de manhã, assim com a cabeça..., eu falo: ta na hora de levantar e o corpo ta lá. Mas eu tinha o controle entendeu. Ai depois a minha filha engravidou, quando o nenê nasceu com 10 dias, ela se separou e veio morar comigo, o marido largou dela. Então ela tá com depressão pós-parto, o nenê ta com 9 meses, ela não vai no médico, ela fala: você é que ta louca! (Alice – GFD apoio e recepção à triagem).*

O profissional de saúde que realizava o atendimento diagnosticava que “algo” relacionado à subjetividade da paciente não estava bem, e que isso estava associado ou agravava suas queixas físicas. Algumas vezes, até eram esses profissionais que faziam a articulação entre sintomas físicos e condições adversas, que poderiam estar provocando o sofrimento mental, que se manifestava no corpo ou nos sintomas de natureza psíquica. Nestes casos, realizam o encaminhamento para tratamento especializado, não assumiam a responsabilização pela demanda apresentada.

Os relatos de Fátima, paciente encaminhada duas vezes ao serviço de saúde mental em momentos diferentes da vida, por profissionais distintos que prestavam atendimento no CSE, mostram isso.

### Primeiro encaminhamento para o serviço de SM:

*“A primeira vez que eu me tratei, eu vim pegar um resultado, tinha acabado de chegar de São Paulo e eu vim pegar o resultado de mamografia, papanicolau, gente eu tava tão ansiosa, tão distrambelhada, a médica não conseguiu falar para mim o que tinha nos meus exames,. Eu comecei a falar que não parava mas... ela fez na hora um encaminhamento pra mim....(para o serviço de saúde mental)” (Fátima – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

### Segundo encaminhamento para o serviço de SM:

*Depois comecei, aí comecei a perder a voz. Fui perdendo, fui perdendo, fui perdendo, fui perdendo aquilo aí... Aí caí na campanha da voz, a Dra G. falou na hora, ela me examinou e falou: Fátima faculdade! Aí fiz cirurgia das cordas vocais, aí fiquei quase dois dias sem falar. Aí a Dra G falou pra mim: Fátima você engole as coisas? Eu não tinha coragem de botar pra fora, eu guardava tudo. Eu ia guardando e eu ia jogando dentro de mim. Sabe? Jogava tudo dentro de mim. Foi aí que me encaminharam para a saúde mental...” (Fátima – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

Em alguns casos, as mulheres relataram que o encaminhamento realizado para a SM, principalmente por médicos de outras especialidades, ocorreu devido à dificuldade desses profissionais em lidar com emoção, choro e sofrimento apresentados na consulta.

*“Então, eu uma vez vim aqui, consultar com a Dra né. Então eu não consegui falar o que eu tinha. Então eu comecei a chorar, a chorar né. Então ela falou: não tá no horário de expediente, daí foi que ela me marcou, não lembro que é essa última médica que eu consultei, daí ela marcou ela falou: você vai quinta-feira, você vai conversar lá (na área da Saúde Mental). Aí foi aonde que eu vim” (Áurea – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

Relatos como esses, fortalecem a constatação que profissionais médicos, muitas vezes, sentem-se despreparados para acolher a angústia e sofrimento psíquico dos pacientes, por não terem recursos teóricos e técnicos para atuarem nessas situações.

*“Muitos profissionais afirmam que podem acolher os pacientes e escutá-los em seu choro, mas para além do acolher, não sabem como fazer uma intervenção que seja potente como resposta aquele choro. Acreditamos ser importante diferenciar a capacidade que todo o profissional de saúde deve ter para uma prática integral e humanizada, daquilo que se extrapola a sua formação no que se refere à compreensão dos processos psíquicos e aos modos de intervir nucleares da SM. Ou no limite se correria o risco de diluir a especificidade e a relevância dos saberes e tecnologias da área psi, negligenciando a assistência as pessoas que demandam o núcleo especializado. É necessário investir num debate mais aprofundado sobre critérios de risco em saúde mental, a fim de viabilizar uma avaliação mais apurada sobre as vulnerabilidades e potencialidades de cada paciente. Uma avaliação feita com mais qualidade possibilitará distinguir quais casos necessitam ser encaminhados aos núcleos de referência” (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009, p.137).*

Uma das críticas realizada por alguns autores em relação ao modelo assistencial na atenção básica refere-se à forma e critérios para se realizarem os encaminhamentos, em muitos casos, transformados na ferramenta principal de trabalho, destinando aos pacientes uma “assistência partida”. Com isso, os serviços de saúde não proporcionam aos seus usuários o cuidado integral, ao delegarem responsabilidade a outras equipes, sem ao menos estabelecer um espaço de interlocução (ALVES e GULJOR, 2005).

Manifestações em todos os grupos evidenciam essa segmentação:

*“Eu to aqui porque também fui encaminhada aqui. Eu tava fazendo tratamento num outro posto eu tava tomando fluoxetina. Ai eu sai do posto, aí começou a me dar um sufoco assim, parecia que eu ia morrer. Começou a me dar isso e eu comecei a passar muito mal, falei: Acho que eu preciso tomar remédio de novo. Ai eu fui no clínico geral, aí ele falou pra mim que ele não podia receitar remédio, que eu tinha que vir aqui né, conversar com a psicóloga pra ela ver se eu ia precisar do remédio”* (Antônia – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).

*“Então eu fui na Dra J. (médica clinica geral do CSE), ela falou que era para eu vir aqui. Eu to tomando o remédio que ela receitou... Eu contei que eu tenho medo, ela falou vai porque chegou no meu limite. Ela falou que é tudo os problemas que eu passei... .Então ela falou que o remédio que eu to dando é o meu limite. Eu não poso passar outro remédio sem a orientação da médica (se refere a médica psiquiatra) .. Tanto é que ela nem marcou outro retorno pra mim”* (Zélia – GFD apoio e recepção à triagem).

A busca por cuidado, segundo Reinaldo (2003), na maioria das vezes não parte do sujeito que está em sofrimento. Imerso em seu processo de adoecimento, reconhece que algo não está bem, mas muitas vezes foi a família ou alguém do seu convívio social que reconheceu e identificou que as alterações nas emoções ou comportamentos apresentados pela pessoa com sofrimento psíquico, necessitava receber tratamento adequado na área da saúde.

*“É indiscutível que seja no âmbito familiar que se definem as principais decisões e se desenvolvem estratégia para lidar com pessoas que sofrem problemas de saúde. Entretanto, fora da família depende inegavelmente da manutenção de um continuum fluxo de troca de informações entre família, o doente e a rede social, que estão diferentemente situados no contexto”.* (REINALDO, 2003, p.30).

A dificuldade que as mulheres deste estudo demonstraram em reconhecer que seus sintomas necessitavam de cuidados especializados apareceu claramente nos relatos a seguir:

*“Eu tenho muito problema... eu tenho o estômago pequenininho e aí quando abala o meu lado emocional, eu não consigo comer... eu emagreci pra caramba, fui abaixo de 34 kg. Eu procurei uma ajuda profissional na realidade, não por conta própria. Foi através da minha família. Eu não conseguia comer, não tinha vida social e aí começaram a notar que eu precisava de alguma ajuda, que eu precisava...”* (Carina – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).

*“Então eu vim porque uns falam, outros falam para tratar com psicólogo, porque eu tava muito nervosa... . Então por isso que eu vim por causa, por causa disso. Não tenho mais animo pra nada, não tenho vontade de sair. Então foi onde... A minha filha falou: mãe vai! A minha filha já se trata aqui...”* (Maria – GFD de apoio e recepção à triagem).

*“Eu procurei porque eu achava que eu não tinha depressão. Só que eu achava que eu não era depressiva, todo mundo tinha depressão menos eu. Sabe não tinha vontade de fazer nada, ficava horas e horas assim sentada olhando, olhando em uma direção só. Aí... todo mundo, aí elas (filhas) começaram a perceber. Aí que elas perceberam que eu não tinha, que eu tava depressiva, que alguma coisa tava errada...”* (Madalena – GFD medicação).

Na descrição a seguir, Márcia relata que não considerava que suas “manias” fossem um problema, além disso, havia um medo de que sua queixa fosse “julgada como estranha” ou não fosse compreendida pelo profissional. Seu sofrimento só pode aparecer para o médico, quando outras pessoas do seu convívio familiar e social afirmaram que suas “bobeiras”, eram algo que não correspondia ao comportamento saudável, trazia sofrimento e por isso devia ser tratado.

*“Eu também porque fui encaminhada pela Dra J. .E eu comecei... eu nunca comentei com a Dra, aí no meu serviço, a minha patroa falou: fala pro médico. Eu falei: ah é coisa boba né! Eu tenho manias né! Comecei! Muito! Nossa! Eu acho que agora ta demais, de uns meses pra cá. Eu sempre tive, mas até então eu achava que era bobeira. Eu falava: não vou falar pro médico isso! Vai falar o que de mim... mas eu to machucando muito os meus filhos (voz embargada). Eu sabia que aquilo não era muito normal, mas daí a minha irmã começou a pegar no meu pé. Aí eu comecei a conversar no meu serviço ela também eles começaram a pegar no meu pé, aí eu passei por consulta com a Dra J, aí ela falou que era sério e eu falei meio por cima”*. (Márcia – GFD de apoio e recepção à triagem).



A iniciativa pela busca de cuidado especializado por parte das mulheres desse estudo ocorreu somente quando elas já haviam passado por adoecimento decorrente do sofrimento psíquico previamente. Nestes casos, as mulheres demonstraram maior conhecimento das suas emoções, sentimentos e comportamentos, identificando qualquer alteração relacionada à sua subjetividade como algo que estava diferente e necessitava de cuidados. Ao reconhecerem a necessidade de tratamento, buscaram recursos para lidarem com ela, recorrendo diretamente aos equipamentos de saúde mental que conheciam ou a profissionais e tratamentos realizados anteriormente.

*“Foi quando eu vim do Paraná, eu que procurei, eu que vim procurar. Eu falei eu não sou assim... . Hoje eu conto a minha opinião, vai que eu preciso de remédio, eu vou atrás”* (Ana – GFD medicação há 20 anos faz tratamento para depressão).

*““Eu já fiz tratamento, já tive depressão, mas só que hoje eu falo: não tenho nada pra ser infeliz! Eu tenho uma família maravilhosa, eu moro sozinha, mas eu tenho uma tristeza que eu não consigo dominar, não consigo dormir de noite, não durmo de noite. Quando vai chegando assim a noite, me dá um desespero, a minha cabeça parece uma máquina, não consigo dormir. Sabe?” Ai eu resolvi procurar (se refere ao serviço de saúde mental), porque realmente eu acho que eu preciso mesmo. Porque eu acho que não é possível ficar assim, nessa tristeza, sem conseguir dormir, porque eu acho que eu to precisando de uma ajuda sim”* (Áurea – GFD proposta terapêutica não medicamentosa, havia realizado tratamento medicamentoso e frequentou grupo de convivência no CSE no passado).

Diante da possibilidade dos recursos do município, Francisca, ao identificar a necessidade de tratamento para a sua insônia, buscou atendimento no hospital psiquiátrico, pois conhecia uma pessoa que trabalhava nesse local e facilitou o atendimento com o profissional especializado.

*“Uma vez eu procurei lá no Cantídeo (hospital psiquiátrico do município), sabe uma mulher acertou uma consulta pra mim, pra conversar com um psicólogo, ele falou que eu tava melhor do que ele, mas que ele ia me passar no psiquiatra porque precisava de remédio...”* (Francisca – GFD medicação).

Na busca de estratégias para lidar e enfrentar os problemas de saúde, as pessoas consideram a experiência atual e interpretam-nas de acordo com experiências passadas e possibilidades de cuidados atuais (REINALDO, 2003).

*“O itinerário terapêutico não é necessariamente um plano esquematizado, pré-determinado... pois só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com suas circunstâncias atuais, com seu conhecimento presente”* (ALVES & SOUZA., 1999).

### 6.2.2 Crenças em relação ao tratamento e ao sofrimento psíquico

Algumas mulheres apresentaram inicialmente resistência para começar qualquer tratamento na Saúde Mental. Crenças que permeavam seu contexto cultural viam a área da saúde mental como especialidade que trata apenas de pessoas consideradas “loucas”, e assim avaliavam que os seus sintomas não eram de uma pessoa que estava enlouquecendo.

*“Ai eu comecei a conversar com a Dra J. ela falou pra eu procurar, mas eu por mim não vinha... . Porque eu tinha medo né. Imaginava que isso aí é pra quem ta louco. Até eu comentava com o meu filho e ele falava: imagine a senhora não tem nada! Por que a senhora tem que passar por um médico desse? Eu sofri demais, mas eu nunca cheguei a esse ponto de pensar... eu tinha medo, mas como o meu filho falava que esse médico é de louco... A senhora não ta louca mãe! Ai depois eu não agüentei e vim” (Zélia – GFD de apoio e recepção à triagem).*

*“Quando me encaminharam para a saúde mental, todo mundo levou um susto lá em casa (risos do grupo). Achavam que eu tava ficando louca, tavam me tratando como louca. Pois eu digo: pois eu não to ficando louca gente! Digo: deixa eu lá vê, pra ver o que é que é. Eles pensavam que era coisa de... até eu também pensava né. Porque eu digo assim, tem hora que eu to brigando com todo mundo, fico chorando, falando coisas que não é. Digo: será que to ficando? Acho que não Meu Deus do Céu!” (Esmeralda – GFD proposta de tratamento não medicamentosa).*

Quando a família possuía resistência ao tratamento nessa área, a paciente postergava o início da procura de tratamento. Entretanto quando a paciente apresentava resistência, mas a família era mais informada sobre as possibilidades de atendimento pelo serviço de saúde mental, conseguia esclarecer e reforçar para o paciente a importância do tratamento. Madalena não reconhecia que os seus sintomas poderiam ser cuidados pelo médico psiquiatra, mas quando sua irmã com a qual tinha um relacionamento bastante próximo e que trabalhava na área da saúde orientou-a sobre a necessidade e importância do tratamento, e esclareceu que este não estava relacionado com a loucura, ela aceitou e deu continuidade ao tratamento.

*“ Então foi a minha filha que me obrigou, que falou que alguma coisa tava errada, que isso era depressão e que ela ia me levar no psiquiatra. Eu falei: eu não vou, porque eu não era louca e que eu não vou consultar médico de louco. Imagine quem falou isso para você? E... que é médico de louco... . Daí a minha irmã falava assim pra mim: não psiquiatra... porque ela trabalha na saúde né, então ela falava: o psiquiatra não é só médico de louco. Imagine quem falou isso pra você? É... que é médico de louco. Aí de tanto ela falar, de me perturbar, eu não agüentava mais, ai eu fui pra Unesp” (Madalena –*

GFD medicação).

A experiência da doença e da cura é construída por meio de vivências do indivíduo, nas quais permeiam imagens em relação ao tratamento. Compreendem-se imagens como *“um modo de se intencionar a realidade exterior, é o sentido implícito do real, que está sempre voltada para o mundo, e só pode existir em relação às coisas e objetos”*. (ALVES & SOUZA, 1999, p.135).

A construção dessas imagens não é um processo somente individual, mas também social, onde as crenças e os significados são construídos, compartilhados nas redes de relações sociais. Essas imagens são articuladas com as características individuais e irão embasar e sustentar a opção do tratamento, *pois cada ato de escolha está relacionado ao que cada ator antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento* (ALVES E SOUZA, 1999 p.134).

Embora os chamados transtornos mentais comuns, afetem aproximadamente 25% da população mundial em algum momento da vida, e sendo um transtorno universal, afete todas as faixas etárias, classes sócio-econômicas, culturais e raciais (OMS, 2006), a possibilidade de ter alguém do convívio próximo que adoença, a compreensão sobre esse tipo de adoecimento parece estar longe do entendimento das pessoas.

Apenas duas participantes, uma com o tratamento medicamentoso exclusivo e outra que tem a medicação aliada a uma proposta terapêutica de tratamento não medicamentosa, ambas com ensino médio completo, manifestaram que a doença mental é uma doença crônica.

*“ Eu vejo como uma outra doença qualquer, como o diabetes, colesterol, a pressão alta. (...) As pessoas falam em doente mental e acham que doente mental é retardado, é aquele que baba. Não é, eu sou uma doente mental. Todos nos somos, depressão, transtorno bipolar, transtorno de humor e aí vai. Então eu vejo como um doente, eu agora aprendi a ver como um doente. É por exemplo, quem tem diabetes tem que tomar remédio, tem que tomar insulina, nós também temos que tomar remédio. Só que existe muito preconceito, acho muitas pessoas tem preconceito com o doente mental e muitas pessoas não entendem, acham que depressão é frescura”*(Vânia – GFD medicação).

Paula abordou a importância da informação como forma de reduzir preconceitos e crenças equivocadas sobre a doença e o doente mental.

*“Acho normal, que todos temos... .Então pra mim todos estão englobados na doença mental, uns sabem resolver melhor e outros menos. Todo ser humano tem problema (...) e a divulgação eu acho. Porque as pessoas taxam muito assim que a pessoa é louca, né. Daí eu faço a pergunta: e quem não é? De louco todo mundo tem um pouco. Então, assim a divulgação, a mídia eu acho que teria que divulgar mais, porque acham assim, quem tem doença mental vai pro Cantídeo. É Cantídeo que fala né. Vai ser internado lá com camisa de força, né. Eles não aceitam, as pessoas não aceitam”* (Paula – GFD – medicação e proposta tratamento não medicamentosa).

Muitas mulheres reconheceram que possuíam sofrimento psíquico outras apenas sofrimento, algumas ressaltaram a intensidade do mesmo, as limitações que ocorreram em sua vida devido a esse sofrimento. Entretanto, e apesar disso, não se reconheceram como doentes. Para elas, a incapacidade devido à presença de sintomas foi passageira, por período determinado e posteriormente recuperaram suas potencialidades, retornaram as atividades ocupacionais e os cuidados com a casa e familiares. Atribuíram o seu adoecimento a origens externas, parece que elas consideravam doentes mentais apenas aqueles que nasciam com alguma “coisa na cabeça”, os que não se responsabilizavam pelos seus atos, e os casos para os quais não havia solução.

*“Eu acho que é duas coisas né, doente mental é uma coisa e depressão é outra. Doente mental, você tem que saber analisar, mas eu acho que a depressão é causada pela vida, pela porta que você vê que não abre, pelo desespero que você entra. (...) Eu sentia tristeza na alma, uma tristeza na alma. Depois fui vencendo as etapas, indo aí encontrando pela frente.... Eu acho que eu nunca fui doente mental. Veja bem! Eu não sei! Porque eu acho que doente mental faz coisa, não tem responsabilidade por aquilo que faz. Eu não! (...) Doença mental é a pessoa que nasceu com problema, já é uma pessoa que tem deficiência no cérebro. Agora o doente mental é aquele que fica, ele não nasceu, a gente fica...”* (Rosa – GFD medicação).

*“A pessoa não tem responsabilidade (se refere ao doente mental), ela nem sabe o que tá fazendo... Faz o que dá na cabeça e o sofrimento mental da gente tem época que a gente sofre bastante, dependendo do momento que a gente ta passando, dos problemas que ta acontecendo na vida da gente (...)”.* (Madalena – GFD medicação).

*“O nosso não chega a ser um sofrimento mental! É um problema que a gente tem, eu tenho problema de nervo, dessas coisas assim. Mas mental é diferente! Porque eu não sei se isso pode ser um problema mental. Eu sinto assim angústia, sofrimento, dor no coração, solidão é uma coisa que dói também na gente. Mas só que assim, você pega e chora, você consegue desabafar, sair, conversar e passou ali. Só que doença mental, acho que doença mental não tem solução!”* (Áurea – GFD proposta de tratamento não medicamentosa).

As mulheres deste estudo manifestaram que suas condições eram diferentes de doença mental e de sofrimento mental. A concepção de doença mental foi vinculada aos casos mais grave, e o sofrimento mental foi considerado como algo mais leve e passageiro. Talvez por possuírem esse conceito de “sofrimento leve”, algumas não reconheceram a necessidade de cuidado para os seus sintomas, muitas vezes a materialização no corpo desse sofrimento foi o motor para a busca de cuidados .

### **6.2.3 Encontros e desencontros: a dificuldades dos pacientes no acesso e continuidade do tratamento no serviço de saúde mental**

Nos relatos das mulheres aqui ouvidas, pode-se apreender que, para muitas, obter tratamento para os seus sintomas, para a sua doença foi vencer várias batalhas. A primeira foi reconhecer a necessidade de ajuda. A segunda, que parece mais longa, foi encontrar atendimento nos recursos disponíveis na comunidade. A terceira foi dar continuidade ao tratamento. Houve relatos de uma trajetória sofrida, pela dor psíquica e pela dificuldade em encontrar um serviço de saúde que se responsabilizasse pelo seu tratamento e atendesse as suas necessidades.

*“ (...) Mas ele falou: não, mas vai ter que tratar, só que não pode ser aqui. Me encaminhou para cá (CSE). Eu vim, não tinha psiquiatra, terminou o remédio que ele e deu bastante pra ter o tempo né, daí eu tive que voltar lá, pedir uma consulta de novo pra poder pegar remédio. Ele deu o remédio, consultou de novo e falou que eu ia voltar e que depois tinha sim , e me deu outra cartinha, aí eu vim e comecei a tratar com a doutora D., mas logo ela ficou gestante, depois ela foi e saiu para ganhar neném. Ai entrou a Dra O., veio no lugar dela e agora com a Dra E. ...”*(Madalena – GFD medicação).

*“Ai eu passei ali na... vim aqui primeiro, não tinha na época, não tinha psiquiatra. Então me encaminharam lá para o hospital, aí eu passei lá com a Dra C. e com o Dr L. e agora vim encaminhada pra cá. Mas comecei por isso, mais os problemas continuam”* (Francisca – GFD medicação).

*“Porque fui procurando um lugar, achava que não era normal eu ser daquele jeito. Então... Procurei a psiquiatria o CSE, mas o primeiro foi no hospital... que depois me mandou pra cá, sempre foi no .... Eu mudei porque eles mandaram, porque lá tava lotado, porque lá tinha muita gente e que aqui ficava mais perto. Mas depois que eu vim pra cá, foi depois que eu tomei fórmula, que aí o psiquiatra de lá me encaminhou pra cá. To aqui, acho que faz já uns 10 anos que eu to aqui (risos)”* (Elisangela – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).

A maior parte das pacientes que fazia uso de psicofármacos estava inserida

no serviço há muitos anos. Elisangela fazia tratamento psiquiátrico há 15 anos, estava há 10 anos em tratamento na saúde mental do CSE e há apenas quatro meses participava de um grupo terapêutico. De todas as pacientes que faziam uso de medicação, era de um ano o tempo mínimo. Nota-se que as pacientes com mais tempo de atendimento no serviço sofreram com a rotatividade dos profissionais psiquiatras, que sempre foi sério problema vivido pela equipe de SM e para os pacientes do CSE.

*“Aí resolvi ir atrás de um médico, no médico da prefeitura. Aí eu cheguei lá, naquela dificuldade pra contar tudo aquilo, eu achava que o ninguém podia me ajudar. Ele virou e foi escrevendo naquela receita um sossega lêo mesmo, e falou pra mim: a gente não pode fazer nada por você. Você tem que tirar isso da sua cabeça. Aí eu falei: bem se ninguém pode me ajudar, o negócio é eu ir no viaduto e me jogar de lá. Porque do jeito que eu to não dá mais. Aí o meu marido conhecia o diretor, não sei quem daqui, e pediu uma consulta pra mim. Aí eu passei com o Dr K. Ele falou que podia ajudar sim, que era para eu tirar isso da cabeça. Foi difícil encontrar a medicação certa até ... Nossa eu sofri muito!”(Mara – GFD medicação e proposta de tratamento medicamentosa).*

A falta e/ou troca constante de profissionais podem influenciar no abandono do tratamento, pois vincular-se é algo que demanda tempo e, a cada troca, o paciente tem que retomar a sua história, entrar novamente em contato com sentimentos, muitas vezes difíceis e reviver todo o seu sofrimento.

*“Assim, eu tenho problema sério com mudança, com troca sabe. Depois que saiu o médico, quando eu tava com o Dr K que saiu, acho que foi pra abrir consultório... Eu falei: ah eu to boa, tava tomando remédio tudo. Doce ilusão! Porque começou tudo de novo, aí eu fiquei sem medicação, aí um dia eu entrei em parafuso de novo. Aí fui pra Unesp, aí passei pelo pronto socorro, aí o médico do pronto socorro me encaminhou... Da outra vez também... daí a... ela saiu e eu sai. Aí uma vez também eu fiquei ruim e não tinha pra onde correr, que os postos tava tudo, não dava pra atender, passei muito mal, aí eu paguei uma consulta e ele também me mandou pra Unesp, porque no final das contas eu comecei a conversar com ele, falei que não tava tendo condições de pagar médico e que era muito caro, e aí ele me encaminhou pra Unesp. Depois eu voltei pra cá porque a moça saiu. Dessa vez eu não sei, nem sei por quê. Porque trocou de novo (risos). Aí eu falei eu vou ficar porque eu sempre volto mesmo (risos). Eu acho necessário (risos). Eu assim faz tempo que eu uso remédio. Teve época assim que eu usei doses altas, bem altas e bastante, diversas. E assim, parava assim... Quando dava na minha cabeça eu parava. Porque tipo assim, eu ia no médico, depois não queria ir mais. Não é que eu não quisesse ir mais, o meu problema é com troca de médico. E sabe! Tá sempre trocando. Aí eu não ia mais, porque mudava e pra contar tudo de novo pra outra pessoa é uma coisa muito sofrida. Então daí eu não ia mais, então é lógico que eu não ia ter receita pra comprar o remédio. Então eu ficava sem” (Mara – GFD – medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

Duarte et al. (2009), em pesquisa realizada no CSE, investigaram os

motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial e constataram que o abandono do tratamento estava relacionado a várias causas, entre elas a estrutura da própria instituição como: dificuldades em agendar consulta, intervalo longo entre as consultas e mudança de médico responsável pela assistência. Dificuldades também relatadas pelos pacientes da SM, para dar continuidade ao tratamento farmacológico.

Além da dificuldade do acesso aos recursos de saúde disponíveis, o contexto econômico também interfere na escolha do tratamento ou ajuda que uma pessoa busca para lidar com suas necessidades de saúde, uma vez que pode ampliar ou limitar o acesso a diversas tecnologias. (GERHARDT, 2006).

A interrupção do tratamento farmacológico devido às dificuldades relacionadas à estrutura dos serviços pode trazer seqüelas aos pacientes, pois possibilita recaídas e interfere na qualidade de vida desta clientela (CARDOSO e GALERA, 2006). Com base nos relatos apresentados, acrescenta-se ainda como grave consequência do seguimento fragmentado, a cronificação dos pacientes no serviço.

*“ Ai de lá me encaminharam pra cá, porque aqui tinha médico psiquiatra e eu vim aqui, e to aqui até agora. Ai eu vim aqui e comecei com o psiquiatra, porque até então eu tratava com o clínico geral, homeopatia, mas com o clínico geral. Ai eu procurei o Dr K. que era psiquiatra.(...) Isso! Ai voltei na psiquiatria aqui, nessa época que entrei em depressão. Até ela não conseguiu psiquiatra ela pediu pra H. (psicóloga) me acompanhar. Acompanhou assim, acho que 1 ou 2 meses só, depois já me deu alta. Ai eu fiquei só com a Dra L até conseguir aqui um encaminhamento com o psiquiatra mesmo né. Ai participei do grupo de terapia, agora estou de alta da terapia, não paro. E no grupo Reviver eu entrei quando eu tava com depressão, a primeira vez que eu tava com depressão, uma amiga minha me levou lá, a H. também tinha me indicado, mas uma amiga minha me arrastou pra lá e faz uns 5 anos. Já entrei em depressão de novo depois, mas já não foi tão forte, foi mais fraca. Ai foi aumentando a dose de fluoxetina pra segurar as pontas. E agora to lá no grupo Reviver, tive agora alta da terapia”(Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“(…), faz cinco anos que fiquei tratando como depressão, mas não é depressão, é transtorno bipolar, não é depressão, é bipolar. Somente agora com a mudança de médico que ela diagnosticou né. Então mudou todo o tratamento, mudou o remédio, mudou a terapia e quer dizer, por muitos anos eu vim aqui e tava com o remédio errado. E... mas fiquei muito descontente com a profissional, com a Dra que me atendeu há 5 anos. E também não foi um atendimento individual que ela me deu, foi sempre em grupo e de um grupo me jogava pro outro, me jogava pro outro. Até que eu me senti mais mal ainda...” (Vânia – GFD medicação).*

Estabelecendo vínculos, reconhecendo a demanda e as necessidades do paciente, será possível propor outras formas de tratamento associadas ao tratamento

medicamentoso, aumentando a possibilidade de adesão,

A dificuldade de acesso ao tratamento na SM tão intensamente relatado pelas mulheres com uso exclusivo de medicação e medicação associada a outras propostas terapêuticas, não foi observada nos outros grupos. Talvez pelo fato dessas mulheres estarem a mais tempo em tratamento nesse serviço.

Aliado a isso o serviço de SM do CSE criou há três anos o Grupo de Apoio e Recepção à Triagem para atender a demanda dos pacientes, pois segundo membros da equipe, observava-se que quando o paciente procurava a SM tinha necessidade de atendimento breve, esse trabalho diminuiu as filas de esperas para os atendimentos terapêuticos e psicoterápicos, possibilitou o acolhimento desses pacientes e diminuição do tempo de espera por tratamento e sua permanência no serviço.

### 6.3. Alternativas de tratamento para o sofrimento psíquico

Todas as mulheres que participaram deste estudo relataram que diante do sofrimento, ou dos sintomas que as levaram a buscar algum tipo de cuidado (ainda que esse trajeto tivesse que em alguns casos que ser estimulado por familiares ou amigos) procuraram ajuda exclusivamente nos serviços de saúde.

*“Eu vinha no posto de saúde, vinha mais aqui do que em casa, vinha direto (Nilza – GFD Medicação).*

*“Eu ia no posto, passava com a Dra J. né, com o meu problema de saúde” (Zélia – GFD apoio e recepção à triagem).*

*“Eu comecei a me tratar lá no Paraná... Ai quando a gente mudou aqui, eu ouvi falar que tinha o Centro de Saúde Escola, porque eu morava no sítio, aí o Centro de Saúde Escola foi o primeiro Centro de Saúde que eu procurei foi aqui” (Ana – GFD Medicação).*

*“Ai eu passei ali no Posto, vim aqui primeiro, não tinha na época, não tinha psiquiatra. Então me encaminharam lá pra faculdade, aí eu passei lá e agora vim encaminhada pra cá” (Francisca – GFD medicação)*

*“Eu procurei a minha médica, a Dra L. médica de homeopatia, lá no posto, por tudo eu procurava ela, já estava até ficando com vergonha (risos)” (Sônia – GFD medicação e proposta de tratamento não medicamentoso).*



*“Eu procurei a Dra P. lá no Posto...” (Alice – GFD apoio e recepção à triagem).*

*“Eu sempre procurei ajuda. Quando meus filhos eram adolescentes eu procurei psicólogo lá no posto (Ambulatório Regional de Especialidades). (...) Eu tinha dor no peito, procurei um cardiologista que me encaminhou para a cardio na Unesp. (ambulatório do hospital universitário), fiquei na cardio um tempo na Unesp. Depois fui encaminhada para a psiquiatria, na Unesp, fiquei vários anos e depois me encaminharam para o posto” (Elisângela – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

Estudo realizado por Lima et al. (2008), no município de Botucatu identificou a associação entre apresentar transtornos mentais comuns e maior uso dos serviços de saúde, atribuindo essa associação à facilidade de acesso da população a esses serviços.

Como já apontado, Luz (2004) ressalta demanda crescente nos serviços de saúde relacionada à situação de vulnerabilidade e desamparo que vivencia a população. Destaca porém, que o modelo médico vigente não está preparado para lidar com a “crise coletiva da saúde”.

Em todos os grupos aqui estudados, a maioria das mulheres disse que além da procura pelo serviço de saúde para cuidar dos seus mal-estares, sintomas e sofrimentos, associava aos cuidados propostos pelos serviços de saúde práticas religiosas e espirituais, que lhes proporcionavam acolhimento, conforto, equilíbrio e força.

*“ (...) agora quero frisar bem uma coisa, busquei o tratamento, me ajudou, mas eu busquei a Deus também. Eu busquei a Deus e foi uma grande, grande... Eu junto as duas coisas, a parte da medicina, a parte de vocês e junto as coisas da minha fé, do meu Deus, pra equilibrar... Mas eu busco em Deus muito, muito, muito”(Rosa – GFD medicação).*

*“ Sim, Deus em primeiro lugar. Todo mundo eu creio que busca Deus em primeiro lugar... Mas em primeiro lugar sim, Deus, mas em segundo lugar, vem a medicina. Por que se não fosse a medicina o que seria de nós hoje?”(Madalena- GFD medicação).*

*“Ah! É como elas falaram, buscar a Deus, cada um dentro da sua religião né. Mas pra doença tem a medicina né. Deus em primeiro lugar, mas... claro Deus em primeiro lugar, como elas falaram...”(Vânia – GFD medicação).*

*“Eu tô bem por causa disso, eu sou católica entendeu, o meu Deus é tudo pra mim, entendeu? Porque foi ele que me reergueu, porque sem ele, lógico os*

*remédios que o médico me deu, e Deus, porque sem ele... porque eu me apeguei muito com Deus, porque só ele que me deu essa força, a dor da perda do meu pai foi muito grande para mim, entendeu”(Nilza – GFD medicação).*

*“Não saio, não arredo o pé de dentro de casa sem pedir a Deus guiar os meus caminhos. Quando eu entro dentro de casa, eu agradeço: muito obrigada! Se eu arrumo a cozinha: muito obrigada! Todas as horas eu só tenho a agradecer tanto a Deus, como os médicos também, que tem me ajudado muito e ta me ajudando”(Ana – GFD - medicação).*

*“Eu também procurei a igreja. Eu falei pra você que a justiça da terra não fez nada, mas to esperando a justiça de Deus... Por isso que eu to aqui. Deus me dá força, que se não fosse ele, não taria mais aqui”. (Esmeralda – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“É uma coisa quando eu to nervosa, falo assim: ai meu Deus do Céu! Converso com Deus né, eu pego a minha bíblia, converso com Deus né! Converso muito com Nossa Senhora Aparecida, demais, demais! Eu tenho né particularmente, eu tenho muita fé. Então todo o meu problema eu falo: ai Mãe, me ajuda né. Porque não tem nenhuma mãe que vai negar uma coisa a um filho. Eu tenho muita fé, eu consigo me aliviar através... eu tenho muita fé. Deus é a base, porque sem Deus você não tem nada. Deus é a base de tudo” (Áurea– GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Ah! A minha nora me levou no pastor, na igreja. Lá na igreja, me levou na casa do pastor. Eu comecei a ir na igreja católica, fui na igreja. Ainda vou ainda!” (Zélia- GFD apoio e recepção a triagem).*

*“Procurei, procurei o centro espírita, igreja evangélica, igreja católica, eu acho que o desespero é tanto que você dá tiro pra tudo que é lado, pra vê aonde que você vai acertar” (Regina – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Eu procurei religião...Religião até hoje... Hoje já não tem aquela coisa assim de religião em si, mas é uma coisa superior né, Deus mesmo”(Antônia - GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“A minha é evangélica e eu me pego nisso também. . Então eu acho assim é Deus, é armadura de Deus. Eu orava muito... “(Solange – apoio e recepção a triagem).*

As mulheres enfatizaram em suas falas a importância em conciliar ao tratamento recebido a ajuda da religião, e desenvolver atitudes que promovessem a religiosidade. Relataram que essas ações promoviam acolhimento e conforto para os seus sofrimentos e angústia, organizando internamente o caos emocional, causado por situações impactantes como perda de pessoas próximas, doenças graves, dificuldades financeiras e sociais.

Participar de práticas espirituais, que se propunham a promover a fé, para elas complementava e potencializava o tratamento que o saber da medicina oficial oferecia. Houve um consenso de que o benefício para a saúde quando se concilia a religião, com o saber médico, houve um censo do benefício para a saúde com o saber médico. Destacaram que um recurso não exclui o outro, mas complementam-se, a medicina trazendo o alívio para o corpo e religiosidade para a alma.

Valla et al. (2005) afirmam que há um efeito terapêutico para as pessoas que freqüentam algum tipo culto ou espaço religioso, pois há nesses espaços a proposta de cuidado dos fiéis, oferece-se apoio emocional para suas queixas e problemas, além, muitas vezes, do líder religioso atribuir sentido ao seu sofrimento.

Volcan et al. (2003) referem que as atividades espirituais (a oração e outros rituais) promovem emoções positivas (esperança, perdão, estímulo a auto-estima e amor) que são importantes para a promoção de saúde mental e atuam nos mecanismos psiconeuroimunológicos e psicológicos.

Dalgalarrondo (2008) afirma que há um consenso entre os cientistas sociais, filósofos e psicólogos de que a religião é *“uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus revezes e sofrimentos*. O autor refere que a religião é a entidade que reúne pessoas, que compartilham práticas morais e crenças. Segundo ele, a religião difere da religiosidade e da espiritualidade, conceitos que muitas vezes são entendidos como sinônimos. A religiosidade não está ligada unicamente a uma instituição religiosa e suas doutrinas, vai além, pois inclui a *“dimensão pessoal”* das crenças e sentidos relacionados a um Deus e ao sagrado (DALGALARRONDO, 2008).

*“(...) religiosidade é algo que, como experiência afetiva pura, resiste ao intelectual. O sentimento religioso suspenderia a crítica racional, mesclaria o subjetivo com o objetivo e o real”.*

(Bellot apud Dalgalarrondo 2008)

Embora muitos estudos salientem a importância da religiosidade para a promoção da saúde mental, Dalgalarrondo (2008) descreve pesquisa realizada na qual Pruyser, em 1977, constatou que a religiosidade exacerbada pode ser encontrada em pessoas dependentes, produzindo culpa excessiva, racionalização da raiva, perfeccionismo, pensamentos obsessivos e ansiedade. Refere ainda que religião e a fé (crença de que algo divino irá mudar e transformar a realidade vivida), em alguns

momentos são utilizadas como recurso passivo para enfrentar e lidar com as dificuldades e problemas. Desta forma, leva as pessoas a não assumirem responsabilidades e nem sustentarem atitudes que poderiam promover mudanças e influenciar na melhora de sua saúde física e mental (DALGALARRONDO, 2008).

Neste estudo observou-se, que, em todos os grupos a religião e a espiritualidade foram relatadas como recursos importantes para enfrentar as adversidades da vida e o sofrimento. O grupo que tinha a medicação como tratamento exclusivo, demonstrou em seu relato que essas mulheres colocavam toda possibilidade de melhora ora nas mãos da medicina, ora nas mãos de Deus. Chama a atenção que essas participantes da pesquisa apesar de identificarem sua história os pontos de conflitos, demonstraram dificuldade para pensar que mudanças de atitudes poderiam também promover saúde e bem estar. Referiram anos de sofrimento em consequência do casamento, marido alcoolista e, buscavam na fé a força para agüentar a situação, mas não pensavam em modificá-la.

*“É o meu caso né, porque quando eu morava lá no Paraná, eu sou super religiosa, mais religiosa mesmo! (...) É que surgiu bastante problema com o meu pai, o meu pai tentou me estuprar durante vários anos. Depois ele teve que ir preso, ir longe, ir embora. Ai depois ele foi embora e a gente ficou, aí quando eu pensei que tava tudo certinho né, aí começou a minha irmã. Ela é muito ciumenta né, começou com um ciúme de mim que fazia dó, aí eu arrumei um casamento cedo, eu queria um pai, não queria marido. Não achei o pai que eu queria né. Daí foi tudo né, aí foi morte, morre não morre, ou mata os meus filhos, eu sabia quem ia matar, aí foi a primeira vez que eu sou super religiosa, como eu era, aí eu tinha tanta tanta fé, tanta fé, daí que eu pedi, que seja pra eu passar fome, pra ir pra de baixo da ponte, seja da donde que for, eu quero sumir desse lugar. Era no Paraná, aonde que eu nasci, só que daí naquela semana minha irmã escreveu uma carta, que se eu queria vir pra cá, que tinha do jeito que nós queria trabalhar. Mas o meu marido eu nunca pude conversar com ele, até hoje ele é difícil de conversar com ele assim, tem coisa que eu tenho que ter muita calma pra falar com ele. Porque ele falava bruto com a gente e eu como tava sensível de mais.... Ai vim, aí vim pra cá, depois de 8 mês aí eu vim. Aí foi uma solução, aí entrou médico, aí foi excelente pra mim e é até hoje, até hoje. Não saio, não arredo o pé de dentro de casa sem pedir a Deus guiar os meus caminhos. Quando eu entro dentro de casa, eu agradeço: muito obrigada! Se eu arrumo a cozinha: muito obrigada! Todas as horas eu só tenho a agradecer tanto a Deus, como os médicos também, que tem me ajudado muito e ta me ajudando” (Ana - GFD medicação).*

*“ Eu vou no médico cardiologista porque eu tenho infarto, vou na gineco, na onco porque eu tive o câncer de útero, essas coisas... Eu vou na igreja, eu procuro o Meu Deus também né. É o nosso, o de todo mundo é um só, eu também procuro... . Então quer dizer que eu busco também a religião né. Mas quando eu era nova que eu tinha dois filhos pra tratar, duas filhas pra criar e um marido alcoólatra, ta certo que ele tinha um emprego. Ele tinha um*

*emprego, ele não era vagabundo, mas o dinheiro dele ele jogava tudo fora. Que além de alcoólatra ele gostava de jogar, ele tinha dia que punha o pagamento no bolso, quando ele chegava em casa não tinha mais. Então que sustentava era eu. Sabe? Então, tudo o que eu agüentei foi por causa das minhas filhas. Então, eu sempre trabalhei fora, sempre dependi sabe... “ (Madalena –GFD medicação).*

Ao se indagar em todos os grupos como consideravam que os seus sintomas e sofrimentos poderiam ser aliviados, de modo geral, sugeriram que esse tratamento era aquele que recebiam na área de saúde mental.

*“Do jeito está sendo tratado. Ah! Com acompanhamento de psicólogo e de psiquiatra dependendo da gravidade do caso” (Paula – GFD medicação e*

*“A primeira coisa acho que um psicólogo e um psiquiatra, é um conjunto né, de um relaxamento, de um terapia ocupacional, tudo pra poder ajudar né” (Regina – recebe tratamento medicamentoso e participa de grupo psicoterápico).*

*“No meu caso psicólogo resolveu né. Eu não fui pra psiquiatra. Então eu acho que eu me ajudei assim, vocês me ajudaram né. Eu enxerguei, acho que era um grau pequeno né, embora eu tenha tido problemas muito sério. São traumas que ficam né” (Laura - psicoterapia).*

*“Procurar ouvir, entender o porquê a pessoa ta assim... é o que a gente faz aqui. O que ta acontecendo, o que ta fazendo a pessoa ficar assim...” (Fátima – Grupo psicoterápico).*

*“Ai eu não sei... Eu penso assim... que vai da conversa, dando um conselho com uma pessoa mais instruída do que a gente. Conversar com a gente, explicar, pra gente ver o mundo do jeito que é. Eu penso assim” (Maria – grupo de apoio e recepção á triagem).*

*“Eu acho que com o remédio e com a terapia. Só a terapia sem o remédio não funciona, tenho experiência de muitos anos não funciona. Então eu acho que tem que ser o remédio, o diagnóstico certo e a terapia também (Vânia- atualmente em tratamento com medicação, mas já participou de grupo terapêutico).*

*“Eu acho que o remédio é essencial, mas o carinho também! A família, a compreensão da família ajuda bastante” (Nilza – GFD medicação).*

Além do tratamento especializado, essas mulheres disseram ser muito importante para o restabelecimento da sua saúde o apoio familiar, pois muitas vezes sentiam-se incompreendidas pelas pessoas que lhes eram mais próximas, o que

proporcionava angústia e a sensação de estarem sozinhas em seu sofrimento, ou adoecimento. Entretanto, as que tiveram a compreensão e o apoio familiar relataram que isso potencializou o tratamento recebido, e foi fundamental para o restabelecimento da sua saúde.

*“É, o carinho dos filhos ajuda bastante né, sabe. Eles entendendo a gente e a gente entendendo eles. Então quando eu tava com dor de cabeça, porque agora faz tempo que eu não tenho, ele ligava pra mim. Mãe, você tá bem? Porque se você não tiver bem, você me liga que eu vou buscar. Sabe aquela preocupação? Então a compreensão ajuda, o carinho sabe, eles me ajudaram bastante. A minha sogra, o meu sogro, eles são muito bons também, eu acho que eles me ajudaram bastante. A parte do meu marido, o meu marido é mais carinho”*(Nilza – GFD medicação).

*“Acho que a família né. Acho que um médico, um psiquiatra, um psicólogo é um conjunto tando aqui, mas do lado de fora, acho que tem que ter um apoio. Na sua casa, na sua família, ter alguém que te entenda, que te acolhe...”*(Regina).

*“Eu acho que em primeiro lugar é o amor e o ambiente. O amor e o carinho também faz muita falta. Porque se você não tá bem, tem uma pessoa que te dá um agrado, fala uma palavra bonita ou senta e conversa”* (Francisca – GFD medicação)

Autores como Melman (2001) e Osinaga et al. (2000) relatam que o núcleo familiar exerce uma função protetora, pois dispõe de recursos importantes como: “afetividade, cuidado e pertencimento”, recursos que promovem a SM, auxiliam na sua recuperação e manutenção. No movimento da RP, a família que antes era excluída da atenção, passou a ser reconhecida e valorizada no tratamento oferecido.

### **6.3.1 A visão das mulheres em relação à medicação como recurso terapêutico**

A percepção sobre a medicação para o tratamento para o sofrimento psíquico foi bastante divergente entre as mulheres deste estudo, muitas e variadas foram às opiniões sobre os seus benefícios e malefícios para a saúde.

Para algumas a medicação foi avaliada como um recurso que poderia ajudar na recuperação do bem estar. Além disso, a medicação foi avaliada pelas participantes como algo necessário em seu próprio caso, visto que foi prescrito pelo médico.

*“Que tem que ser com orientação médica, não adianta a pessoa tomar remédio sem orientação médica. Sempre com acompanhamento” (Vânia – GFD medicação).*

*“Por exemplo, eu cheguei ao pânico há cinco anos atrás. Cheguei ao pânico mesmo! Eu ficava tocando celular a noite inteira para fazer barulho, pra se visse alguém, ver que tinha gente em casa né. Ai eu tomei, tomei um ano e meio, ai depois de um ano e meio foi tirado de vagarzinho. Então eu precisava tomar, comecei com 25, depois foi pra 50, não agüentei, foi tirando e ai não tomei mais. Então nessa fase o médico achou que eu precisava né” (Laura – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Ai eu acho que dependendo do caso precisa sim. Por exemplo. Você vai no médico e ele fala que tem tomar remédio, ai eu acho que tem que tomar. Porque o médico é que sabe. Eu não sou contra remédio, acho que às vezes a gente precisa do remédio, até pra acalmar, pra gente pensar melhor. Mas ai tem que procurar quem entende mesmo né. Procurar o médico pra ver se você precisa...” (Antônia – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Agora o que eu não acho normal é se a vizinha tomou, eu também vou tomar porque vai ser bom pra mim. Não, não é assim, tem que ir no médico, perguntar, porque a gente tem uma natureza e a pessoa tem outra. Então não é o que faz bem pra você, é o que vai fazer bem pra mim... Eu não tomo nada que me mandam tomar. A única coisa que eu tomo (...), que é natural, vem do quintal, é a única coisa que eu tomo, lá não tem nem veneno nada. Agora remédio que vem de laboratório, que vem não sei da onde, eu vou tomar só porque fulano tomou e foi bom, eu não” (Madalena – GFD medicação).*

Para essas mulheres o remédio é um recurso terapêutico que só pode ser prescrito pelo médico. Considerando que a automedicação é uma ação perigosa. Referiram que apenas o médico tem o conhecimento científico para identificar e diagnosticar as necessidades de cada paciente, e os recursos que podem ser utilizados para saná-las.

Observou-se a crença de que remédios de laboratórios precisam de orientação e prescrição especializada, entretanto segundo elas, se o produto for “natural”, não há contra-indicação e nenhum malefício à saúde, pois o remédio é encontrado no quintal de casa.

Para outras mulheres, o remédio foi considerado como algo que poderia por em risco a saúde e interferir de forma negativa na autonomia, nas emoções, nas atividades diárias e causar dependência.

*“Eu nunca tomei remédio, o médico mandava eu tomar três vezes por dia, mas eu tinha que trabalhar, filho pra cuidar, bastante coisa pra fazer né, deixava pra tomar o remédio a noite. Só que aquele remédio, como é que era? ... Esqueci o nome daquele remédio, tomei aquele remédio um tempão, mas depois foi tirado aquele remédio né, foi tirado e passado outros remédios, passado a Sertralina né. É... era um remédio muito forte e eu não queria, porque eu falei: eu não vou ficar em casa no outro dia, eu tenho que*

*trabalhar. Eu tinha muita coisa pra fazer... .Então por isso que o remédio que eu comecei a tomar o remédio pra depressão, eu não tomava como o médico pedia, eu fazia um controle, se ele falava toma um comprimido, eu tomava metade. Tinha vez que eu repartia em quatro”(Ana GFD – medicação).*

*“ Uma vez me deram um diazepam, meu Deus do Céu! Eu dormi o dia inteiro. Eu tenho pavor desse remédio, eu já pergunto: é diazepam? Se é eu não tomo de jeito nenhum. Porque a gente fica com trauma, porque a gente confia no profissional e depois acontece isso”(Rosa – GFD medicação).*

*“Eu tenho medo de remédio. Como fala? Esses que a gente toma, fluoxetina. Eu sempre tive medo de remédio. (...) O médico tem que explicar melhor a função do medicamento na consulta, você vai tomar isso. Não é só você vai tomar isso! Isso aqui, vai ser isso, isso, isso e isso. Que dizer, porque a gente é leiga, a gente não entende. Então, vou te passar isso... Oh! Eu não vou tomar isso é nunca, entendeu! Agora desde que os médicos se preocupa, olha isso aqui é assim. Então a gente na ignorância da gente aprende, que isso não vai fazer mal, entende”(Rosa – GFD medicação).*

Segundo Cardoso & Galera (2006), adesão ao tratamento psicofarmacológico depende de diversos fatores que influenciam a forma de utilizá-lo e, como se observa nas manifestações descritas.

Os relatos demonstraram alguns receios e medos em relação ao uso de psicofármacos, evidenciando a crença de que esse tipo de medicação é “perigoso”. Mesmo com o acompanhamento médico contínuo e com o uso de medicação há anos, algumas mulheres acreditavam que o remédio, poderia interferir negativamente na consciência da sua realidade, nas emoções, na capacidade de trabalhar e de cuidar dos filhos. Utilizam a medicação da forma que acreditavam ser menos prejudicial a sua saúde e, que interferisse o menos possível em suas atividades diárias, não seguindo rigidamente a prescrição realizada pelo médico.

Algumas falas ressaltaram a importância de haver um diálogo entre profissional e paciente no momento da consulta. Segundo essas mulheres se isso não ocorre, a consulta torna-se apenas um momento de prescrição de medicamentos, terapias e não de encontro e reconhecimento das necessidades singulares. Assim sendo, se o profissional de saúde não reconhecer a presença de crenças sobre a medicação, isto poderá contribuir para o não seguimento das condutas propostas.

Essas falas são indicativas da importância de se estabelecer uma escuta, compreender percepções sobre os sintomas, dúvidas, incertezas, crenças e credences que podem interferir na terapia proposta, como demonstram os relatos de Rosa e Ana.



Mendonça e Carvalho (2005) apontam que o uso da medicação não fica restrito apenas a qualidade relação médico paciente, mas sofre interferências sociais e culturais que alteram o seu significado.

O medicamento não é consumido apenas como um produto científico prescrito por um profissional, somam-se a ele valores e crenças que cada indivíduo possui, modificando suas ações e as interpretações de suas experiências.

Outro medo que as mulheres descreveram em relação aos psicofármacos, foi a possibilidade de ficarem dependentes desse tipo de medicação. Mendonça e Carvalho (2005) afirmam que a desconfiança dos efeitos da medicação e sua aprovação dependerão do conhecimento empírico adquirido dos conceitos científicos que são divulgados na sociedade e, como eles são absorvidos.

As participantes do grupo com uso de medicação associados a outras propostas terapêuticas de tratamento não farmacológicas, reconheceram que apesar do risco de dependência, há necessidade de tomar remédio para as dificuldades emocionais decorrentes dos problemas do cotidiano. Porém as mulheres que faziam uso exclusivo da medicação não apresentaram medo de ficarem ou serem dependentes.

*“Ah! Eu não sou assim! Não fico com aquilo que o remédio vai me ajudar, eu não faço isso, isso não tá na minha cabeça. Eu tomo assim... com esperança que eu vou melhorar, que esse mal estar, que esses sintomas que eu to sentindo... porque eu quero ser assim uma pessoa alegre, eu quero sentir prazer na vida. Então eu tomo remédio, mas eu já tentei não tomar, daí eu passo mal. Aí eu sinto mal estar, eu me sinto pior do que eu to, mas não assim que eu fico assim sabe?(...) O remédio ajuda né, mas acho que a pessoa tem que se ajudar, pra poder ... Porque não é só o remédio que vai fazer efeito, vai... mais a pessoa tem que procurar ajuda, por exemplo um psicólogo que ajuda. Porque eu acho que ajuda muito! No meu caso mesmo tá ajudando bem então eu acho que...( ) Eu fiquei um tempo só tomando remédio, mas precisando da ajuda de um psicólogo também. Porque... só que não tava assim dando certo a consulta, me chamaram depois passei para a H, depois fui dispensada. Eu tenho comparecido naquele que me... eu tenho corrido atrás e agora estou com a I, que faz pouco tempo, mas está me ajudando bastante também. Acho que os dois juntos tá dando uma boa ajuda. Pra mim tá. (...) |Eu acho que não sou dependente, eu acho assim que vai do momento certo de parar, quando eu tiver bem com as coisas, saber lidar com os problemas. Porque problemas sempre vai ter, sempre de um lado, do outro. Eu acho que assim que eu sou muito imatura pra saber resolver os problemas.. Agora melhor com psicólogo, ajudando a resolver mais assim... eu me entender, gostar de mim mesmo, porque eu não tava gostando de mim, ainda não to! Mas melhorou um pouquinho... (risos). Mas... é difícil, eu vejo assim tem os outros, é mesma coisa a bebida, eu acho que ... Antes eu achava que... Tinha vontade de bater em que bebesse, achava que... Queria esganar! Hoje não! Eu vejo que precisa mesmo de ajuda e, precisa muito ter força de vontade de parar. Porque se não tiver força de vontade, também não tem ajuda que vai ajudar!”(Elisangela – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Eu achava também assim, que eu ia tomar o remédio e que eu ia viciar, que eu ia ficar dependente daquele remédio. Então eu ficava apavorada, eu falava: nossa eu to indo pra esse setor! Então eu própria tinha esse preconceito, né. Então eu acho que devia ser mais divulgado. (...) Parece que o remédio vira uma muleta. Uma muleta, porque assim, se eu não sei resolver, o remédio vai resolver e vai assim abafar o caso né.” (Paula – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“A gente quer se livrar do remédio, mas não sei é uma insegurança que sem o remédio a gente não vai conseguir sozinha, segurar o emocional. Eu quero me livrar do remédio, tanto é que eu to tomando fluoxetina, tem dia que eu tomo dois, tem dia que eu tomo um, já em processo de retirada né. Mas já faz três meses que eu to pra passar só pra um e eu tenho medo, de passar só pra um. Mas vamos ver se eu crio coragem e consigo tomar e ir tirando mesmo né. Acho que se não consegue ficar sem o remédio, tem mais é que usar mesmo. Porque ficar sofrendo, eu acho que não adianta. Se conseguisse passar só com o acompanhamento psicológico... Psicólogo não receita remédio né. Então seria uma boa ter só o acompanhamento com o psicólogo, sem remédio, mais não tem jeito acho que a gente é fraca (risos). Acho que sou fraca, dependente né. (risos). Falam em dependente químico, mas é uma dependência né” (Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

Ter experimentado outras propostas terapêuticas, além do tratamento medicamentoso, pareceu favorecer a reflexão sobre a associação dos sintomas e do sofrimento psíquico com acontecimentos da vida, e com o jeito de lidar com eles. Reconhecendo, que isso poderia adoecer ou interferir no bem estar, como demonstram os relatos de Paula, Sônia e Elisângela.

Se algumas mulheres viam os psicofármacos com medo e cautela, para outras essa medicação era considerada como um recurso importante e essencial na promoção do seu bem estar psíquico.

*“Pra mim, depois que comecei a tomar esse remédio melhorou não 100%, mas 99% melhorou, porque sem remédio você não é ninguém (...). Eu falei esses dias: **o que eu vou fazer no médico se os meus problemas tão tudo aqui dentro de casa. Hã?** Agora eu vim buscar remédio, pra **mim pelo menos dormir**, se não tivesse o remédio...” (Francisca – GFD medicação).*

*“Ah! Eu tenho mania de tomar remédio. Acho o remédio uma benção! Porque na hora do nervoso, quando você ta desesperada, aí! Eu falo Meu Deus é só esse remédio! Eu falo Meu Deus! Porque eu acho assim, que na hora que você ta mais nervosa... mas depois você para e pensa: Ah não! Eu posso conseguir sozinha, sem o remédio. Aí você larga do remédio, daí volta tudo de novo. Então, eu acho que o remédio é uma escapadinha. Eu prefiro ficar dependente do remédio do que... do que enforçar o filho, correr atrás com a faca... É! Eu prefiro tomar três vidros de remédio do que ficar... Me matando aí...” (Regina – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Eu acho necessário (risos). Eu assim, faz tempo que eu uso remédio. Quando eu tenho crise de pânico aí eu tenho que tomar remédio. Porque parece que eu vou morrer. Parece que eu vou morrer naquela hora. Aí eu respiro, falo eu to aqui, eu não morri daquela outra vez, eu respiro... Mesmo assim... Enquanto eu não tomo o remédio... Eu tomo, porque se a gente ta assim ... Agora quando eu to sem, eu pego e tomo o rivotril que faz o efeito mais rápido. Dá meia hora e ele tá fazendo efeito. Mas o pior é que eu não fico sem o remédio. É uma coisa que me tira do...eu tenho que ter ele em casa...” (Mara – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

Trabalhos como o de Alves & Guljor (2005) apontam o uso da medicação como anestésico social. As mulheres desses dois grupos parecem atribuir à medicação a possibilidade de mudança e transformação das situações conflituosas. Reconhecem seu benefício para enfrentar situações do cotidiano e em especial para enfrentar sintomas que traziam muito sofrimento. Apesar disso, algumas deixam entrever uma ambivalência em relação ao seu uso (Regina e Francisca), justificando-se por fazê-lo.

Lèfreve (1991) e Luz (2004), apontam que uma das características da atualidade é a busca de soluções imediatas para evitar qualquer tipo de sofrimento, mesmo o que faz parte do viver como:, falta de trabalho, mudanças no ciclo de vida, perda de um ente querido, o que pode ser também percebido entre elas, como mostra o relato de Nilza.

*“Depois que o meu pai morreu eu entrei em depressão (...). Depois da morte dele começaram os problemas de família... eu tava trazendo todo o problema pra mim... Então eu parei, eu joguei tudo pra cima. Eu tava encostada, voltei a trabalhar, eu mudei a minha vida sabe. (...) Então o remédio foi muito bom pra mim! A dor de cabeça que eu tinha, não tenho mais, agora eu tenho medo de parar com o remédio e voltar a dor de cabeça. Se Deus quiser o dia que eu parar a dor não vai voltar mais. Pra mim o remédio foi muito essencial, foi muito bom!”(Nilza – GFD medicação).*

O medicamento passou a ser considerado na contemporaneidade um importante bem de consumo, capaz de remediar qualquer desconforto físico e psíquico. Como abordam Carvalho & Dimenstein (2004), o fenômeno da medicalização não é um problema apenas nos dias de hoje, e está muito presente no cotidiano. Para as autoras, há a crença na sociedade de que se existe um problema, ele deve ser solucionado o mais rápido possível, e o medicamento representa a possibilidade de tornar isso viável, vinculando-se à saúde, ao bem estar e até a felicidade.

. Segundo alguns autores (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS; 2009; LACERDA & VALLA, 2005), o cuidado dos pacientes sendo focado no corpo e em suas alterações, possibilita pouca abertura para a realização de acolhimento e de

atenção integral da saúde. Tratar as pessoas com remédios e com condutas que possam intervir diretamente nos sintomas ou lesão corporal é o cuidado que muitos profissionais reconhecem como práticas de sua profissão. Em muitos casos, o tratamento poderia também ser a escuta, apoio mútuo e solidariedade, mas o profissional médico encontra dificuldades para incorporar essas práticas em suas condutas (LACERDA & VALLA, 2005).

Algumas mulheres do grupo de apoio e recepção à triagem e aquelas que só recebiam terapias não medicamentosas, afirmaram que eram contra o uso de psicofármacos e não tomavam esse tipo de medicação, pois avaliavam que esse recurso contribuiria muito pouco para a melhora do seu sofrimento psíquico, reconhecendo a relação com eventos de sua vida.

*“Eu acho que o remédio não vai fazer melhorar nada, pode que nem eu falei pra você... pode ficar mais tranqüila, mais não vai fazer você esquecer, não vai mesmo. Eu penso assim... Você pode tomar o remédio hoje, mas amanhã você tem que tocar o barco pra frente... Então você nunca mais vai sair do remédio, se não tiver um pé também firme. Eu penso assim... é o que eu penso, porque a pessoa tem que ter força de vontade, porque sei lá, eu já tive tanto problema na minha vida e eu nunca me entreguei... Então a gente vê que o sofrimento não é só da gente né! Tem mais que sofre! Eu penso assim, que a gente não pode deixar o barco afundar”(Maria – GFD apoio e recepção à triagem).*

*“Eu acho que deve evitar medicamento. Olha ,eu não gosto, sou contra ficar tomando remédio, dopa as pessoas, sabe. Sei lá, acho que tem que manter a pessoa o mais lúcida possível pra poder se ajudar. Esse negócio de calmante, quando me mandaram tomar calmante, eu não tomo, eu não sou de calmante. Eu me recuso a tomar calmante! Oh! Medicamento eu acho que não é tã o assim... A não ser que a pessoa seja muito agressiva, que precise dar um sossega leão pra pessoa sossegar. Mas do contrário, acho que quanto mais você puder evitar e procurar outros meios.. Sou contra! Não gosto! Eu já vi gente que toma e fica... sabe, não para no lugar, fica... Não gosto... Que nem quando morre uma pessoa, a primeira coisa que ... Ai ela ta nervosa, vai lá passar calmante. Não, tem que agüentar! Tem que passar por aquilo, é dor, é doído, mas eu acho que tem que enfrentar! Porque passou! Isso passa com o tempo. Nasceu! Todo mundo nasceu pra passar por isso. Mas eu acho que não compensa ficar tomando remédio, tem que ir buscar as origens. Melhor forma de tratamento é buscar origem. (...) Tem que enfrentar! Mas nunca! Mas nunca! O problema em vez de acabar, aumenta! Porque é a mesma coisa. Pega o parâmetro de cachaceiro: bebo pra esquecer!”(Fátima – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Acho que pra solidão há bastante coisa pra substituir o remédio, porque a solidão ... Que nem eu falo assim pra você, que eu queria uma companhia pra conversar, pra sair, uma coisa assim. Você toma o remédio, depois acaba o efeito do remédio, passou o remédio você ta naquela solidão. É que nem você falou, é que nem um bêbado, bebe pra esquecer, mas voltou é a mesma coisa. Então se você tiver sem o remédio, acho que seria melhor”*

(Áurea - GFD proposta terapêutica não medicamentosa).

*“Não melhora nada. Também acho que o remédio... Eu to com esse medicamento desde abril com esperança... cada comprimido que eu vou tomar eu falo: ai Meus Deus, se Deus quiser esse comprimido vai fazer eu sarar. Primeiramente Deus né, eu entrego na mão de Deus porque eu vou me curar. Só que daí na mesma hora o remédio não ta curando. Eu chego a falar pro meu filho: esse remédio não ta curando. Tem hora que eu tenho vontade de parar... .. Sabe o medo, aquela ansiedade... o remédio não ta fazendo o efeito...Eu tomo também rivotril e a noite não dá pra dormi... eu amanheço acordada. Então, remédio eu creio que não adianta. Não sei se a gente reza com pouca fé em Deus e no remédio também.”*(Zélia – GFD recepção e apoio à triagem).

*“O remédio não resolve nada. Eu tomei um diazepam, porque eu tava muito nervosa, mas não achei assim que... me deixou um pouco mais serena. Mas eu não aconselho ficar usando medicamento, é errado, eu nunca tomei remédio. Quando eu to um pouco ansiosa, agitada, essas coisas... eu tomo coisa natural”* (Márcia- GFD grupo de apoio e recepção à triagem).

Maria, Fátima e Áurea disseram que não gostavam do recurso da medicação para auxiliar no sofrimento psíquico. Essas mulheres se recusaram a tomar psicofármacos, pois identificaram que o seu sofrimento estava relacionado a causas psicossociais, e que para as “dores da vida” não há medicação que resolva. Disseram que esse tipo de remédio em vez de contribuir, atrapalhava, podendo interferir na lucidez, considerando que precisavam entrar em contato com suas emoções e ter clareza no pensamento. As mudanças em suas vidas só poderiam ocorrer por meio de atitudes, comportamentos e enfrentamento das situações difíceis.

Outras mulheres do GFD de apoio e recepção à triagem referiram que usavam ou já haviam usado em algum momento medicação, entretanto, avaliaram que não obtiveram melhora com esse recurso.

Parece que as mulheres com quadros mais graves ou que só foram expostas a tratamentos medicamentosos, têm uma crença muito arraigada do remédio como solução.

### **6.3.2 A visão das mulheres sobre as orientações recebidas dos profissionais de saúde mental.**

Em todos os grupos, argüidas sobre com que outros recursos terapêuticos tinham contado, percebeu-se que valorizavam algumas orientações recebidas.

*“Que nem ela falou (se refere à orientação da técnica de enfermagem), a sra tem que olhar pra trás e ter força, tem gente que passa pior do que a sra passou. É duro perder uma filha na idade... ela ia fazer 41 ano... Então marca muito e a gente sabe que é doído, mas a sra tem mais filhos, tem os netos que precisam da sra” (Maria – grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Ela disse tem que tentar conversar mais, porque conversar com a minha filha é se conversar já briga. Isso eu melhorei ... porque já pensei várias vezes em se matar. Se eu morro resolve tudo, só que eu já melhorei, não to pensando tanto...” (Alice – grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Então, no começo quando eu comecei no grupo com a psicóloga H, eu fui passar no clínico geral porque eu tava com dor nas juntas, né, e é uma dor assim tremenda. E daí a clínica geral falou: não Paula, vamos fazer um exame de raios-X, pra ver, mas tudo o que você tem é psicológico. Eu não entendia, eu fiquei muito louca no dia em que ela falou. Eu falei: nossa, eu to inventando uma dor, não é possível que essa dor gigantesca que to, é invenção. Ai que a psicóloga me explicou: não Paula realmente você tem essa dor, só que você produziu. Realmente ela existe, só que algumas situações da sua vida você não soube resolver, tinha algum problema... E tanto é que quando eu tirei o Raios-X e não deu nada... Pergunta pra mim se eu tenho dor! Sumiu, então foi comprovado que é psicológico mesmo” (Paula – grupo psicoterápico e tratamento medicamento).*

*“Então eu a Dra J falou que era pra eu vir aqui, que eu to tomando o remédio que ela receitou, contei que eu tenho medo, ela falou: você vai que agora chegou no meu limite. Ela falou que é tudo os problemas que eu passei... Então eu contei pra ela... então... porque desde dos meus doze anos eu trabalho, ela falou: é muito serviço, é muita preocupação na cabeça, agora quem sabe não é hora de descansar! “(Zélia – GFD recepção e apoio a triagem).*

De acordo com alguns autores, não basta ampliar as práticas de cuidado à SM nos serviços de atenção básica, para consolidar a RP, é necessário que os profissionais que atuam nesse nível de atenção possam ter um olhar que não apenas focalize a doença do sujeito, mas que reconheça e trabalhe a existência do sofrimento, (re) inventando novas práticas de cuidado, para combater a medicalização do sofrimento psíquico (DALLA VECHIA & MARTINS, 2009; YASUI, 2006).

No relato de Ana, que há 20 anos recebe a medicação como forma exclusiva de tratamento, um dos profissionais que a atendeu, segundo ela, realizou orientações de forma bastante diretiva. *“É, o mais naquela época os médicos falavam pra mim que eu tinha que me separar do meu marido, que se eu me separasse eu ia viver bem né”.* Refere que essas orientações não foram aceitas por não concordar com a orientação do profissional: *“Mas eu achei o contrário, eu não, sempre fazendo oração, sempre pedindo ajuda, ajuda né, e to conseguindo, faz 50 anos de casado, to conseguindo”.* O profissional parece ter relacionado o adoecimento de Ana com os problemas familiares

vivenciados em decorrência do alcoolismo do marido, mas não considerou que por motivos religiosos e morais, romper a relação era uma possibilidade que ela não considerava.

Alguns autores, como já apresentado anteriormente, afirmam que profissionais médicos devido a sua formação mais biológica, ainda hegemônica nas escolas médicas, possuem dificuldade em acolher o sofrimento psíquico, diante da angústia do paciente recorrem à medicação como recurso para fazer algo, e assim sanar também a sua angústia ou apresentavam orientações muito diretivas. (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009; LACERDA & VALLA, 2005).

Para Bonet (2005), os profissionais da saúde, ao realizarem um aconselhamento tem primeiramente que compreender o outro, tentando identificar e apreender quais são as diferenças culturais, crenças e valores existentes do pacientes. Caso contrário, os conselhos são realizados de acordo com a visão de mundo do profissional, e para promover a saúde das pessoas é fundamental envolver a “trilogia médico-paciente-comunidade”.

Em outros relatos parece que médico diagnosticou que o sofrimento psíquico e os sintomas estavam relacionados a uma doença mental, como depressão, orientando-as que deveriam receber tratamento específico. Muitas vezes, a única oferta de tratamento proposta foi o uso da medicação, para elas esse seria o tratamento adequado, visto que foi o proposto pelo médico.

*“É... que eu tinha uma depressão, que realmente eu tava depressiva e o caso de eu ter problema na família, ele perguntou... Ai ela, eles falou assim que eu tinha que tratar, que era realmente uma depressão e grave, mesmo por eu ter esse fato de pessoa na família, da minha sobrinha tentar o suicídio. Então, era uma coisa que podia ser de família né. Se eu tinha pensado em morrer? Se eu tinha pensado em me matar? Se eu... Foi essa orientação: Tratamento!”(Madalena – GFD medicação).*

De acordo com Merhy (1998), quando usuários recorrem aos serviços de saúde, buscam encontrar acolhimento, responsabilização e vínculo. Buscam a certeza de tudo que puder ser feito para resolver o seu problema será realizado. Ao sentir-se acolhida e escutada Francisca, avaliou que o profissional havia se envolvido no atendimento, pois considerou a sua história pessoal, e seu sofrimento. A conversa foi valorizada pela paciente como o recurso que fez a diferença no atendimento, e as

questões referentes à medicação tornaram-se secundárias. Recurso (diálogo) que Rosa demorou encontrar em sua trajetória de busca por cuidados.

*“Pra mim o Dr L e a Dra C bateram um papão comigo, que eu sai de lá leve, mas conversaram comigo, falaram tanto. Eu contei né, pobremas meu né. Mas foi uma maravilha! Uma maravilha! Eu acho que ele até marcou a minha fisionomia de tanto que nós ficamos sentados lá, que agora onde ele me vê, ele passa e me cumprimenta. Mas foi beleza viu! Só bateram papo, mas conversaram, me orientaram é... Tudo! Sabe? E depois passou uma medicação pra mim né, que é o que eu tomo agora, o rivotril e o fluoxetina, mas conversaram antes comigo”*(Francisca – GFD medicação).

*“Tome esse medicamento! Vai tomar esse daí! Toma esse daí, que a senhora vai ficar bem. Uma vez me receitaram diazepam, se eu tomar aquilo, eu durmo o dia inteiro. Eu dormir o dia inteiro. Sabe, não ter nenhuma orientação, não! Eu nunca tive! E eu já mediquei quando eu era jovem ainda, eu fui em médico psiquiatra lá em São Paulo (...). Agora aqui o tratamento foi muito bom! Aqui já teve mais conversa na hora da receita, teve conversação na consulta. Sabe, você recebe atenção, porque na verdade você está desequilibrado, precisando do capim pra segurar na beira do rio. Entendeu? E a gente que procura um médico, não sei se elas concordam, a gente ta procurando um alívio, porque a atenção do médico com a gente é muito confortador. Sabe? Dá uma sensação de bem estar, de esperança. Entendeu? Mas, fora daqui foi muito isso: toma isso daqui!”*(Rosa).

Segundo Ayres:

*“(...) mais do que tratar um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção não é apenas um estado se saúde visando de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente”.* (Ayres, 2004; p.86).

Na saúde, o cuidado atravessa um encontro entre duas pessoas. O paciente que está sofrendo, sente-se vulnerável e procura o profissional porque acredita que ele terá recursos para tratá-lo. Esse encontro entre profissional-paciente, é um momento em que se estabelece sentimento, confiança e expectativa

### 6.3.3 Conceito e recursos protetores e potencializadores da saúde mental

A OMS (2001) define SM como *“bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-*



*realização do potencial intelectual e emocional de uma pessoa. (...) Saúde Mental é algo mais que ausência de transtorno mental. (OMS, 2001, p.3-4).*

Ao encontro dessa definição da OMS, algumas mulheres dos GFD em que a medicação era aliada a outros recursos terapêuticos e as que recebiam exclusivamente intervenções terapêuticas não medicamentosas, definiram SM como a disponibilidade de “recursos internos” para lidar com problemas e dificuldades que surgem no decorrer da vida, sem adoecer. Esses recursos que protegem e promovem a Saúde Mental, foram denominados por elas como: força, equilíbrio, pensamento positivo e tranqüilidade.

*“Ah eu acho que é o equilíbrio mesmo. Acho que você tando com a mente equilibrada você tá com todo o resto equilibrado né. Acho que Saúde Mental pra mim é isso. É você ter equilíbrio né. Eu não sei, parece que o pensamento age em toda a parte da sua vida né. No corpo, até com as pessoas também assim, então acho que é equilíbrio mesmo né.” (Antônia – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Acho que é conseguir obter equilíbrio da vida. É saber entender os problemas que virão e sair deles também. Acho que é o equilíbrio” (Paula – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Pra mim só tem uma palavra para definir saúde mental: mente sadia. Você tendo a mente sadia, o resto vai tudo bem” (Fátima – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Olha, depois que a Dra N me deu alta, ela falou que eu podia, podia caminhar sozinha, eu me senti fortalecida. Oh! Só de falar eu me arrepio. Quando eu tenho alguma coisa eu penso na mente, o poder da mente da gente é uma coisa bárbara. Se a gente pensar firme, a gente consegue. Eu tenho conseguido coisas depois disso, acho que a opinião dela valeu tanto, de falar que eu podia caminhar sozinha agora, que eu tava fortalecida, inclusive na última, uma das últimas vezes é... ela perguntou pra todo mundo e eu lembro que eu falei que eu queria me sentir fortalecida pra caminhar sozinha. E... depois que eu tive alta, eu senti essa força, entendeu, eu sentia essa força. Tanto é que a cada dia que passa eu tenho uma experiência de que eu to fortalecida. Entendeu?”(...) Acho que é conseguir obter equilíbrio da vida. É saber entender os problemas que virão e sair deles também. Acho que é o equilíbrio “(Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

As mulheres do grupo de apoio e recepção à triagem, que estavam chegando ao serviço de saúde, definiram que saúde mental é o local onde se recebe tratamento especializado, ou seja, onde encontraram orientação para as suas dores e sofrimento.

*“Saúde Mental é ajudar a gente pra pensar direito né. Eu penso que uma*

*peessoa estudada mais assim que a gente, poder dar uma informação melhor pra gente. Faz a gente ver a vida do jeito que é, de outra forma”* (Maria – GFD recepção e apoio à triagem).

*“A saúde mental não é pra tratar só de louco, mas eu acha que era pra louco. Agora que fui entender, não pra louco, é pra que não é pra quem perdeu o controle da vida. Que nem eu, é pra quem ta ruim...”* (Alice – GFD apoio e recepção à triagem).

*“É uma ajuda psicológica né, é uma orientação”* (Márcia – GFD apoio e recepção à triagem).

Para as mulheres que possuíam a medicação como forma de tratamento exclusiva, saúde mental foi percebida como “coisas da cabeça”, no sentido de algo orgânico, como se o sofrimento ou adoecimento estivesse relacionado à mente ou ao mau funcionamento a cabeça. Chama atenção que o tipo de cuidado recebido pode ter contribuído para a localização no corpo da “saúde mental”.

*“Mental! Posso falar? Não é física, é mental como tá falando! Quer dizer que é da cabeça...,”* (Rosa – GFD medicação).

*“É a mesma coisa né. É a cabeça né, se você põe a cabeça pra funcionar tudo bem... . Acho que o problema mental é a cabeça, tudo é a cabeça!”* (Francisca – GFD medicação).

*“É o que acabou de falar, não é uma dor no corpo inteiro, e sim na mente né. Por exemplo se uma pessoa tem uma dificuldade, se ficar com isso na cabeça, a mente não agüenta! Porque a cabeça é responsável, porque se não a cabeça acaba estourando...”* (Ana – GFD medicação).

Em todos os GFDs realizados, as mulheres disseram que participar de atividades que proporcionassem aprendizagem, conhecimento, desenvolvimento espiritual, lazer, ampliação do universo social, era algo muito importante para o bem estar psíquico. Essas atividades foram descritas como produtoras de sentido e crescimento pessoal, e por isso, foram consideradas, como condições que protegem e promovem saúde mental.

*“Conversar, colocar pra fora, às vezes a gente ta assim meia triste, pensativa, é bom você trocar uma meia dúzia de prosa, ou então você sai conversa na rua, eu como que eu tava, eu já to melhor.”* (Maria – GFD recepção e apoio à triagem).

*“Acho que agente também precisa passear, ver coisas novas... Fazer um*

*passaio com a família, ajuda bastante. Isso distrai, sai daquele ritmo da semana” (Nilza – GFD medicação).*

*“Ter amigos né! Ter amigos! Ter colegas ajuda na saúde mental” (Márcia – GFD grupo de apoio e recepção à triagem).*

*“Rezar e ter pensamento positivo. Meu marido fala que eu rezo muito, que eu não preciso rezar tanto. Mas desde que os filhos foram estudar fora, o mais velho tinha 17 anos quando começou a fazer faculdade fora, eu falei: tem que me apegar com Deus né! Então eu rezo! A única maneira de me sentir fortalecida e ta mandando energia positiva pra ele, é rezando! Eu me fecho no quarto lá meia hora, tem dia que não arrumo essa meia horinha, pra me fechar no quarto lá, pra fazer as minhas orações. Entendeu? E o meu marido acha que eu rezo muito, mas é uma maneira de eu me sentir fortalecida” (Sônia – GFD medicação e proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“Ter pensamento positivo, ai até se torna fé né. Você pensando, você tem fé que aquilo vai melhorar, que aquilo vai sumir a sua vida...” (Solange – GFD apoio e recepção à triagem).*

*“Conversar! Conversar! Aprender com quem sabe mais que a gente. (...) Ler bastante! ... Eu tenho sede de aprender ! “(...) Daí eu fui tirar a carta de habilitação, o meu marido tinha um defeito físico e ele não podia dirigir uma caminhonete que ele pegou de indenização de uma empresa, por isso que eu fui tirar a carteira, que na época era carteira profissional. Tinha que fazer o psicotécnico, eu fui uma das primeiras, aí eu gostei, eu gostei de aprender a dirigir, eu gostei e fui fazer o curso de instrutora também, no DETRAN e amei. Eu comecei a ser tratada, eu comecei a existir. Porque eu não existia, porque eu só era mãe e mulher de noite na cama, do jeito como ele queria” (Rosa – GFD medicação).*

*“Acho que fazer coisas que a gente gosta. Eu já vou resumir, que pra mim seria o lazer. Que engloba a dança, que pra mim também é uma terapia. Me coloca numa pista de dança, ou fazer uma viagem independente pra onde, é tudo de bom. Estar na companhia dos amigos, enfim... Tá em boas companhias...” (Carina – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

*“A única coisa que eu me sinto bem, sabe quando? Sabe quando eu to bem, de sábado quando eu me arrumo e vou no baile. (risos do grupo) Oh! Porque enquanto eu tô lá... Só que quando eu chego na minha casa, eu entro, aquela casa vazia eu começo a chorar. Ai me faz mal. Então tem coisa, amizade, tá no meio de gente. Agora a dança me faz bem” (Áurea – GFD proposta terapêutica não medicamentosa).*

Para Rosa, o conhecimento, e a possibilidade de exercer uma profissão, ampliou o seu universo para além das tarefas domésticas e dos cuidados com a família, proporcionando, a produção de um novo sentido em sua vida, e a descoberta de uma nova forma de “existir”. Para ela, aprender foi trazido como a possibilidade de adquirir conhecimento, e por meio do desempenho de outras funções, que não apenas exercer o seu papel de mãe e mulher. O conhecimento foi visto como uma possibilidade de ampliar a rede social, exercer o papel profissional, promover independência financeira e

reconhecimento pessoal, além de desenvolver habilidades e potencial para produzir.

Outras mulheres reconheceram que atividades de lazer eram importantes e necessárias, pois eram atividades que proporcionam prazer, contato com outras pessoas e bem estar como mostra o estudo realizado por Gaspar e Schuartz (2005). Esses autores concluíram que atividades de lazer e educação para o idoso promovem e protegem sua SM, melhoram a qualidade de vida ao proporcionar: ampliação do universo social, o cuidar de si, a auto-estima positiva, possibilitando o desenvolvimento de múltiplas inteligências e criatividade e diminuindo sensações de medo, depressão e tédio.

O pensamento positivo, ter uma religião e praticá-la, foram também trazidos como coisas importantes para a saúde mental, pois promovem bem estar, emoções positivas e diminuem a angústia, como já tem demonstrado a literatura (DALGALARRONDO, 2008; VOLCAN, 2003).

Antônia e Fátima (GFD de propostas terapêuticas não medicamentosas) disseram que, quando suas atitudes eram coerentes com os seus sentimentos e emoções, sentiam-se melhor. Considerando que calar, não reconhecer ou expressar o que sentiam ou pensava, poderia levar ao desequilíbrio, ao sofrimento e, conseqüentemente ao adoecimento. Utilizar a fala como recurso de expressão e estar em contato e sintonia com as emoções foram considerados como potencializadores da saúde mental.

*“Sabe é colocar pra fora, tudo o que está travado lá dentro” (Fátima – GFD propostas terapêuticas não medicamentosas).*

*“Ah eu acho que... Bom pra mim... Eu acho que é eu ser eu mesma, me libertar. Sabe? Porque é uma coisa que eu tenho presa dentro de mim. Então, acho que quando eu sou mais eu, que é uma coisa que ta bem no fundo eu acho que me faz bem. É você se encontrar mesmo lá dentro, que é uma coisa difícil, que às vezes na correria do dia a dia, você acaba se esquecendo. E não sei, parece que quando eu to mais em contato comigo, eu sou mais feliz. Daí eu não ligo pro que os outros falam, daí é uma coisa assim mais... Me sinto melhor, mais leve” (Antônia – GFD propostas terapêuticas não medicamentosa).*

## **7- Conclusões**

---

A análise das categorias temáticas obtidas nos relatos dos grupos focais de discussão desta pesquisa permitiu as seguintes conclusões:

### **Manifestação do sofrimento psíquico**

- Em todos os grupos o sofrimento psíquico manifestou-se por uma diversidade de sintomas físicos, principalmente algum tipo de dor (dores no corpo, na coluna, na cabeça e na cabeça), associados ou não a sintomas psíquicos (nervoso, insônia, choro, perda da vontade para cuidar de si e realizar as atividades diárias).
- Os sintomas físicos e psíquicos decorrentes do sofrimento foram relatados como responsáveis por muitas limitações no cotidiano dessas mulheres. O sofrimento além de interferir nas atividades diárias, deixava consequências negativas no relacionamento familiar e social, além de agravos a sua saúde e qualidade de vida.
- Eventos da vida como: perdas, lutos, problemas financeiros, adoecimento foram relacionados às dificuldades nas relações, com companheiro, filhos ou com a falta de apoio social, tendo sido relatados como “geradores” de sofrimento psíquico.

### **Itinerário Terapêutico**

- O mal estar corporal para muitas mulheres foi o que propiciou o início da busca de cuidados nos serviços de saúde.
- Quando o mal-estar era psíquico, as mulheres tiveram mais dificuldade em perceber que alterações em suas emoções e mudanças de comportamento, eram algo para ser tratado nos serviços de saúde. Na maioria das vezes, foram familiares ou profissionais da saúde que identificaram que os sintomas apresentados por elas precisavam de cuidado especializado e orientaram e estimularam que elas procurassem ajuda para o que sentiam.
- Ao procurarem os serviços de saúde e apresentarem o seu mal-estar físico ou psíquico para o profissional de saúde, muitas vezes, os relatos dessas mulheres demonstraram que os médicos tiveram dificuldades em acolher o seu sofrimento. Quando elas apresentavam nas consultas queixas psíquicas, parece que o profissional

diagnosticava rapidamente esses sintomas e realizava o encaminhamento para o serviço especializado. Entretanto, quando as queixas trazidas eram físicas, o diagnóstico demorava um pouco mais, mas recebia a mesma conduta: o encaminhamento. Esse não acolhimento dos profissionais dos serviços de saúde contribuiu para que essas mulheres iniciassem uma longa peregrinação por cuidados, o que muitas vezes adiou o início do tratamento.

- Devido à dificuldade dos médicos em definir o diagnóstico e acolher esse sofrimento, muitos exames e encaminhamentos foram realizados, o que contribuiu para a demora no agendamento de consultas com especialidades, gastos desnecessários com exames e procedimentos laboratoriais. Assim, as pacientes passaram por vários profissionais, sem que um vínculo pudesse ser estabelecido, o que dificultou que sua história pudesse ser considerada no tratamento. Além disso, de produzia-se a sensação de recomeço de cuidado para as pacientes a cada nova consulta o que nem sempre, foi algo fácil, pois exigia que as pacientes retomassem suas “dores” com cada “novo” profissional.

- A presença da crença, da paciente ou do seu contexto social e familiar, de que o sofrimento psíquico e adoecimento mental poderiam trazer-lhes o estigma da “loucura”, parecia estar na raiz da resistência pela procura por tratamento especializado, mesmo quando esse havia sido orientado por profissional de saúde. Nos casos onde as mulheres ou familiares não possuíam esta concepção, já tinham vivido situações parecidas ou possuíam mais informações sobre doença mental, procuraram tratamento nos serviços especializados com mais facilidade. Houve também dificuldade em admitir que elas pudessem ter uma doença mental. Em seus relatos, o sofrimento psíquico era vivenciado, sentido como mais próximo, considerado com algo passageiro, facilitando sua identificação, enquanto a doença mental foi relacionada à loucura, ou doença que não tinha tratamento, o que consideravam não ser o seu caso.

### **Alternativas de tratamento para o sofrimento psíquico**

- Apenas os serviços de saúde foram vistos como recurso para cuidar do seu sofrimento. No entanto, consideraram fundamental conciliar o tratamento recebido na área da saúde com as práticas religiosas e apoio familiar, visto que esses foram

avaliados como potencializadores do tratamento tradicional.

- As mulheres demonstraram possuir a expectativa, de que em seu tratamento pudessem encontrar profissionais, que se responsabilizassem pelo seu atendimento e reconhecessem suas necessidades. Esperavam receber um atendimento com qualidade, no qual, o profissional pudesse ouvir o que tinham a dizer sobre o seu sofrimento e considerassem sua história, sua identidade, e “que marcassem a sua cara”.

Conclui-se que o sofrimento psíquico estava presente na vida das mulheres desta pesquisa, interferia no seu cotidiano e na sua qualidade de vida. Essas mulheres foram atendidas predominantemente em serviços de saúde da atenção básica, que absorveram muito pouco essa demanda, apesar de conviver diariamente com ela. Isso demonstra a importância de investimentos em políticas públicas relacionadas à saúde mental na atenção básica (apoio matricial, fortalecer ações intersetoriais e trabalho multiprofissional), além de evidenciar a necessidade de se investir maciçamente na reformulação dos currículos dos cursos que formam profissionais de saúde, em especial, no currículo médico, para que esses profissionais possam desenvolver habilidades para reconhecer, devolver e acolher a subjetividade de seus pacientes presentes na busca por cuidados integrais a sua saúde.



## *8. Referências Bibliográficas*

---

ALMEIDA, A.P.F. et al. Dor Crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.8.n.1, p.83-91, jan-mar., 2008.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9.n.3, 263-271, jul-set, 1993.

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C (Org). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999, p. 125-138.

ALVES, S.A. e GULJOR, A. P.. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, 2005. p. 221-240.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. p.142.

ANDRADE, L.H.S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.*, v.33. n.2, p.43-54, 2006.

ARAÚJO, T.M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.5.n.3, p.285-294, jul-set. 2005.

AYRES, J. R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Rio de Janeiro, v.8,n.14,p.73-92,set.2003-fev.2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979, p.223.

BEZERRA, JR. B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*; Tundis e Costa (orgs), Petrópolis: Vozes,1987, cap 4., p.133-169.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p. 129-144.

BRAGA, L.C. *Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP*. Botucatu: 2007. 142f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental na atenção básica*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1). Acesso em jan., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Coordenação Geral de Saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> > . Acesso em 15/12/2008.

BRIDGES K. W.; GOLDEBERG, D. Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. *Journal of Psychomatic Research*, 1985, v.29, p. 563-569.

CARDOSO, L; GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm*. v.19.n.3, p.343-348, 2006.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O. O modelo de atenção a saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Est. Psic*. v.9.n.1, p.121-129, 2004.

COSTA, A.G.; LUDEMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.22.n.1, p.73-79, 2005.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*. v.13. n. 3, p.5-15, set-dez. 2004.

DALGALARRONDO, P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artemed, 2008. p.288.

DALLA VECHIA, M. *A formação em saúde na atenção básica: investigando práticas e representações em uma equipe do programa de saúde da família*. Botucatu: 2006. 88f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

DALLA VECHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 14.n.1, p.183-193, 2009.

\_\_\_\_\_. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementações de ações. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, on line, 1807-5762, 2008.

DAWSON, S. ; MANDERSON, .L. *a Manual for the use of focus groups*. Boston: INFDC, 1993.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatria*. v.21, p. 06-11, 1999.

DUARTE, M. T. C. et. al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: perspectiva do sujeito. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, on line, 1413-8123, 2009.

FAVORETO, C.O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à sua saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v.11, n.1, p.100-108, jan-mar. 2008.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. *Saúde e doença um olhar antropológico*. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2004. p.101-112.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas (SP): uma rede ou um emaranhado? *Rev. Ciênc. Saúde. Coletiva*, v.14.n.1,p.129-138. 2009.

FLECK, M. P.A et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, v.36.n.4, p. 431-438, 2002.

FONSECA, M.L.G. et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, v.11. n.3, p.285-294, jul-set. 2008.

FONSECA, M.L.G. *Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. 2007. 153f. (Mestrado). Departamento de Endemias. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro.

FORTES, S. *Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil*. 2004 165f (Doutorado). IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FRANCO, M.L.P.B. *Análise do Conteúdo*. Série Pesquisa. 2ª edição. Brasília, Liber Livro Editora, 2007. v.6. , 79p.

GASPAR, J.C.; SCHUARTZ,G.M. O idoso e a resignificação emocional do lazer. *Psic. Teoria e Pesq.Bras*. v.21.n.1., jan-abr. 2005.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Série Pesquisa em Educação. Brasília, Liber Livro Editora, 2005. v. 10.77p.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, v.22.n.11, p. 2449-2463, 2006.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London; New York; Tavistock; Routledge, 1992. 194p.

GONDIM, S.M.G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: desafios metodológicos. *Cad. de Psicologia e Educação Paidéia*, v.12.n.24. p. 149-161, 2002.

GUIMARÃES, M.B.L. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro, online, *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. v.1, p.0514, 2008.

KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J.M. Currents Concepts of Somatization: research and clinical perspective. *American Psychiatric Press* 1991: Washington DC.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas como cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, 2005. p. 91-102.

LEFRÈVE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991. 159p.

LIMA, M.C. P et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42. n. 4, p 717-723, ago. 2008.

LUDEMIR, A.B. Desigualdades de classe: e gênero e saúde mental nas classes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.18.n.3, p.451-467, 2008.

LUDEMIR, A.B.; MELO FILHO, D. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, v.36. n.2, p. 213-221, 2002.

LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, 2005. p. 57-74.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22. n.8, p.1639-1648, ago. 2006.

MARTIN, D. et al. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. v.41.n.4. p.591-597, 2007.

MELMAN, J. Quem são esses familiares? In: MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.cap.1, p.15-38.

MENDONÇA, R.T.; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Rev Latino-am Enf*. v.13 (número especial), p. 1207-1212, nov-dez. 2005.

MERHY, E.E. A perda e a dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. Xamã. 1998. p. 103-120.

MERINO, M.F.G.L. *As necessidades de saúde em indivíduos adultos em Porto Rico – PR*. 2007, 110f. (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

MINAYO, M.C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2007. p.108.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 406.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 269.

MORENO, V. et al. Conhecendo o processo de implantação da saúde mental no Centro de Saúde Escola: a visão dos profissionais. *Enfermagem atual*, p.22-26, nov-dez., 2003.

MORGAN, D. *Focus group as qualitative research*. Qualitative Research Methods Series. Series. 16. London: Sage Publications.

NAKAMOTO, E.H.S. *Programa de saúde mental do CSE*. UNESP: Botucatu, 1992 (mimeo).

OLIVEIRA, A. B. e ROAZZI, A. A representação social da doença dos nervos entre os gêneros. *Rev. Psicologia:Teoria e Pesquisa, Bras.*, v.21, p.91-102, jan-mar., 2007.

OMS – Organização Mundial da Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. OPAS, Brasília, 2001.

OSINAGA, V.L.M. et al. Trabalhando com histórias de vida de familiares e pacientes psiquiátricos. *Rev Esc. Enf. USP*, v.34.n.4, p.401-406,dez. 2000.

PELEGRINI, M. R.F. O abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. *Rev. Psicologia, Ciência e Profissão*, v.21, p.38-43, 2003.

PINHEIRO, R.; As práticas do Cotidiano na relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO,R; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-ABRASCO, 2001, p. 65-112.

PELOUSO, E. T.P.; BLAY, S.L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v.42. n.1, p.41-48, 2008.

POPE, C; MAYS, N. Métodos qualitativos em pesquisa na saúde. In: POPE,C. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2005, p. 11-20.

PINTO, C.S.G. *Saúde Mental na atenção básica*: 2004. (Monografia). Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Estácio de Sá, Macaé.



REINALDO, A.M.S. *Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico*. 2003. 112f. (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROZEMBERG, B. O uso de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. *Rev. Saúde Pública*: São Paulo, v.24: p.300-308, 1994.

SAVI, E. S. A. *Sofrimento difuso das mulheres da Maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência*. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

SECTION on Survey Reserach Methods. What are focus groups? In: *ASA Series: Whats is a survey?* . Alexandria, 1997.

SILVA Jr, A.G.et al. Refletindo sobre o Ato de Cuidar na Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. P.113-138.

\_\_\_\_\_ Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CESPESC/Abrasco: 2005.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S.V. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de um experiência em nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.14v.1, p.139-148, 2009.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais e a utilização dos serviços de saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. v.5.n.1, p.133-149, 2000.

VALLA, V.V. et al. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, 2005. p. 221-240.

---

VASCOLNCELOS, E.M. Reinventando a vida e a saúde mental: narrativas pessoais de convivência com o transtorno mental, de recuperação de uma vida ativa e de engajamento social. In: *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. VASCONCELOS, E.M. et al. (orgs), Rio de Janeiro – São Paulo, Encantart-Hucitec, 2005. p. 15-20.

VOLCAN, S..M. A. et. al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev. Saúde Pública*. v.37.n.4, p. 440-445, 2003.

YASUI, S *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: 2006. 208f. Dissertação (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_ *Construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Assis: 1999. 245f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis.

## **9. *Anexos***

---



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

☎ (14) 3811-6200 - FAX (14) 3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx. P. 549 - Botucatu - SP

**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

**Consentimento Livre e Esclarecido para participação em estudo psicossocial**

Eu, \_\_\_\_\_ certifico que tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa: Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no sério de saúde mental de um Centro de Saúde Escola, realizada sob a responsabilidade da Psicóloga Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira e sob supervisão da Prof<sup>ma</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, informo concordar em participar espontaneamente da mesma. A presente pesquisa visa compreender a manifestação e expressão do sofrimento psíquico; visa investigar crenças e valores em relação a medicação psicofarmacológica, a concepção de saúde e doença mental, expectativas em relação ao tratamento das queixas, itinerário da busca de cuidados e concepções sobre os fatores que contribuem para o adoecimento psíquico e os fatores que protegem contra o adoecimento psíquico dos pacientes atendidos na área de Saúde Mental do Centro Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (CSEFMB)-UNESP. Este estudo será realizado por meio de discussões de grupo, as quais serão gravadas em áudio, preservando a identidade dos participantes, e posteriormente transcritas, analisadas, assegurando que os conteúdos das discussões não serão identificados. Durante a realização da pesquisa as fitas-cassetes ficarão sob os cuidados da orientadora e após o seu término serão destruídas. Estou ciente de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Cintia Ap. De Oliveira Nogueira

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

Cintia Ap. de Oliveira Nogueira  
R. Dr. Damiao Pinheiro Machado, 380 Vila Silo  
Lucio - Botucatu - SP  
CEP: 18603-560  
Fone: 38157352 e-mail: [cintia.po@boLcom.br](mailto:cintia.po@boLcom.br)

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
R. Isaltino Pinheiro de castro, 467, Jd. Paraíso -  
Botucatu - SP  
CEP: 18610-160  
e-mail: [ateresa@fi:nb.unesp.com.br](mailto:ateresa@fi:nb.unesp.com.br)



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

☎ (14) 3811-6200 - FAX (14) 3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx. P. 549 - Botucatu - SP

---

---

**Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no sério de saúde mental de um Centro de Saúde Escola**

Informações sobre os participantes da pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Situação Conjugal: \_\_\_\_\_

Situação Ocupacional: \_\_\_\_\_

Situação na Ocupacional: \_\_\_\_\_

Tratamento recebido na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

Início do tratamento: \_\_\_\_\_

Realizou tratamento em outro lugar ? \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamento: \_\_\_\_\_