



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANDRÉ LUÍS BEZERRA TAVARES**

**DEMANDA E PERCEPÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO ENTRE USUÁRIOS**  
**DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA**

**2012**

ANDRÉ LUÍS BEZERRA TAVARES

DEMANDA E PERCEPÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO ENTRE USUÁRIOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Políticas, gestão, avaliação e educação em saúde

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

FORTALEZA

2012

ANDRÉ LUÍS BEZERRA TAVARES

DEMANDA E PERCEPÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO ENTRE USUÁRIOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina,  
Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Universidade de Fortaleza - Unifor

Aos meus pais, João Bosco e Claudia Maria, por todo o amor e dedicação para comigo, por terem sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.

A meu grande amigo, Ivo Pontes, pela atenção e pelo apoio dispensados em todos os momentos que precisei.

A meu orientador, Ricardo Pontes, e aos colegas do grupo de pesquisa, pelas contribuições e pela paciência na elaboração deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, minha irmã e toda a minha família, pelo amor incondicional e por sempre me apoiarem e acreditarem no meu potencial.

A todos os meus amigos, em especial ao companheiro de todas as horas, Ivo Pontes, por entenderem o meu distanciamento e me apoiarem nesses duros anos de pós-graduação.

Ao Professor Dr. Ricardo José Soares Pontes, meu orientador, pelos seus sábios ensinamentos e por me auxiliar nessa longa caminhada.

Aos professores das bancas examinadoras, obrigado pelas valiosas contribuições para com esta pesquisa.

A todos os docentes do curso de mestrado em saúde pública da faculdade de medicina da universidade federal do Ceará, que tanto contribuíram para meu crescimento profissional.

A todos os funcionários do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em especial a Zenaide e Dominik, pela atenção de sempre.

Aos colegas do grupo de pesquisa, em especial, ao amigo, Adriano Rodrigues, pelo apoio e pelas grandes contribuições para este estudo.

Aos colegas do curso de mestrado pelo compartilhamento de tantos momentos de alegria ao longo deste tempo.

A todos os colegas de trabalho, especialmente, à minha “eterna enfermeira” e amiga, Eneylândia Rabelo, pelo apoio e compreensão.

A todos os usuários do CSF Maria Firmino Mendes, em especial, àqueles que de coração aberto e com muito carinho aceitaram participar desta pesquisa.

A todos que fazem parte da secretaria municipal de saúde de Caucaia, em especial a Luiza Marilac, Kedimam Bastos, Valderina Ramos Silvana e Madalena, por acreditarem em mim e me apoiarem para a realização deste curso de mestrado.



No chão do cubículo, a marca do corpo de uma doente mental que morreu há 20 anos, confinada no isolamento de um quarto-cela do Hospital Psiquiátrico de Jarijuba. Nenhum tipo de ácido conseguiu remover a marca resultante da deterioração de seu corpo. Hoje o Hospital de Jarijuba começa a abrir suas portas.

BT

“Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e de frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. *Seu crime era ser louca!* Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor”.

(AMARANTE, 2007).

## RESUMO

O sofrimento psíquico é uma das grandes motivações de procura por ambulatórios gerais. Estudos americanos demonstram que cerca de 40% dos pacientes de ambulatório geral teriam transtorno mental. A alta prevalência tem se confirmado em estudos brasileiros. Com objetivo de descrever a demanda de sofrimento psíquico e as percepções dos usuários sobre o tema, foi desenvolvido este estudo em Centro de Saúde da Família em Caucaia-CE, composto por dois componentes. O primeiro componente foi uma pesquisa quantitativa, que intentou identificar um perfil da demanda do sofrimento psíquico neste centro. Utilizou-se o SRQ-20 e um formulário estruturado com as variáveis: sexo, idade, classificação, medicação em uso, serviços em que é acompanhado e diagnóstico. Foi verificada prevalência de 19,48% (579) de sofrimento psíquico entre os atendimentos médicos realizados (2972), 183 (31,6%) homens e 396 (68,4%) mulheres. A média de idade foi 51,5 anos; 19,5% (113) apresentavam transtorno mental leve a moderado; 34,7% (201), transtorno mental grave; e 43% (249) sofrimento psíquico. Os transtornos mentais leves a moderados e os casos de sofrimento psíquico foram os mais prevalentes (62,5%), e a maioria dos usuários avaliados era acompanhada exclusivamente pela equipe de saúde da família (60,1%). Apesar destes dados, percebe-se que para as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes existe política de saúde mental em andamento no Brasil. Para os menos graves, não há, o que coloca o desafio de construí-la. Propôs-se, assim, como segundo componente uma pesquisa qualitativa, objetivando compreender o sofrimento psíquico e suas manifestações como reportados por usuários com transtornos mentais comuns, identificando potencialidades do trabalho das equipes na área de saúde mental. Foram realizadas onze entrevistas não estruturadas, sendo analisadas seis através do método de análise de conteúdo. Por fim, surgiram três categorias: sofrimento psíquico na contemporaneidade e suas causas; as interfaces entre saúde física e mental; caminhos para alcançar a saúde mental e as potencialidades da estratégia saúde da família. O sofrimento psíquico contemporâneo é resultado da atual configuração social em que se vive, sendo consequência de desemprego, sobrecarga, preocupação excessiva, violência e outros problemas sociais, machismo, capitalismo, falta de lazer e sentimentos de solidão e impotência, entre outros. A família pode funcionar como problema ou solução, causando ou aliviando o sofrimento de seus integrantes. A interface entre saúde física e mental, especialmente a relação com sintomas e doenças cardiovasculares, também, foi categoria importante. Este tema precisa ser aprofundado e discutido na área da saúde para evitar erros e iatrogenia. Surgiram das falas ainda caminhos para auxiliar na assistência aos usuários em sofrimento, como: tratamentos medicamentosos e psicoterapêuticos, humanização da relação profissional-usuário, prevenção quaternária, escuta terapêutica, fé e religião, entre outros. Neste contexto, a medicina da família surge como aliada ao se basear na medicina centrada na pessoa e clínica ampliada. Com este estudo, reforça-se que o sofrimento psíquico é prevalente na atenção básica, merecendo maior atenção da gestão e das equipes.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Sofrimento psíquico. Saúde da Família.

## ABSTRACT

Psychological distress is one of the major motivations for seeking general outpatient clinics. American studies show that about 40% of patients of general outpatient clinics might have mental disorder. The high prevalence has been confirmed in Brazilian studies. This study aimed to describe the demand of psychological distress and users' perceptions on the topic. It was carried out at the Family Health Center in Caucaia-CE, Brazil, consisting of two components. The first component was a quantitative research, which aimed to identify a profile of the demand of psychological distress in this center. We used the SRQ-20 and a structured form with the following variables: gender, age, classification, medication in use, follow-up services and diagnosis. We verified the prevalence of 19.48% (579) of psychological distress among the medical consultations performed (2972), 183 (31.6%) male and 396 (68.4%) female. The average age was 51.5 years; 19.5% (113) presented mild to moderate mental disorder; 34.7% (201), severe mental disorder; and 43% (249) psychological distress. Mild to moderate mental disorders and cases of psychological distress were the most prevalent (62.5%), and most of assessed users was exclusively accompanied by the family health team (60.1%). Despite these data, we verified that for people with severe and persistent mental disorders there is a health policy underway in Brazil. But for the less serious there is none, which puts the challenge of building it. Thus, we proposed as second component a qualitative research in order to understand the psychological distress and its manifestations as reported by users with common mental disorders, identifying the potential of team work in the area of mental health. Eleven non-structured interviews were performed, and six were analyzed by the content analysis technique. Three categories emerged: psychological distress in contemporary times and its causes; the interfaces between physical and mental health; ways to achieve mental health and the potential of family health strategy. The contemporary psychological distress is a result of the society in which we live, being a consequence of unemployment, overload, excessive worry, violence and other social problems, sexism, capitalism, lack of leisure and feelings of loneliness and impotence, among others. The family can work both as problem or solution, causing or relieving the suffering of its members. The interface between physical and mental health, especially regarding the symptoms and heart disease, was also an important category. This topic needs to be deepened and discussed in the health area to avoid errors and iatrogenesis. In the speeches there were also ways to help the assistance to users in distress, such as: drug treatment and psychotherapy, humanization of the professional-user relationship, quaternary prevention, therapeutic listening, faith and religion, among others. In this context, family medicine emerges as an allied, as it is based on person-centered medicine and extended clinic. Through this study we reinforce that psychological distress is prevalent in primary care, thus deserving more attention from management and staff.

**Keywords:** Mental health. Stress, Psychological. Family Health.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
<b>2.1 Geral</b> .....	14
<b>2.2 Específicos</b> .....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
<b>3.1 Sofrimento psíquico na contemporaneidade</b> .....	15
<b>3.2 Reforma da assistência psiquiátrica no mundo</b> .....	25
<b>3.3 Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil</b> .....	34
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	47
<b>4.1 Cenário da pesquisa</b> .....	47
4.1.1 Explorando o campo .....	49
<b>4.2 Componente I – Estudo Quantitativo</b> .....	51
4.2.1 Natureza e tipo de estudo .....	51
4.2.2 Materiais e métodos .....	51
<b>4.3 Componente II – Estudo Qualitativo</b> .....	55
4.3.1 Natureza e tipo de estudo .....	55
4.3.2 Sujeitos do estudo .....	55
4.3.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados .....	56
4.3.3.1 <i>Observação sistemática</i> .....	56
4.3.3.2 <i>Entrevista não estruturada</i> .....	57
4.3.3.3 <i>Documentos</i> .....	58
4.3.4 Análise e tratamento dos dados .....	58
4.3.4.1 <i>Ordenação e classificação dos dados</i> .....	59
4.3.4.2 <i>Análise final dos dados</i> .....	60
<b>4.4 Aspectos éticos</b> .....	60
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	62
<b>5.1 Componente I – Estudo Quantitativo</b> .....	62
<b>5.2 Componente II – Estudo Qualitativo</b> .....	65
5.2.1 Sofrimento psíquico na contemporaneidade e suas causas .....	66
5.2.2 As interfaces entre saúde física e mental .....	86
<b>6 RECOMENDAÇÕES</b> .....	133
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	142
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	146
<b>APÊNDICES</b> .....	162
<b>ANEXOS</b> .....	172

## 1 INTRODUÇÃO

As motivações para este trabalho de pesquisa começaram a se delimitar ainda durante minha graduação em Medicina, quando através do movimento estudantil, comecei a me aproximar de temas relacionados à Saúde Pública e Coletiva.

Desde os primeiros semestres, engajei-me no trabalho do Centro Acadêmico XII de Maio e tive a oportunidade de participar ativamente do processo de reforma curricular da graduação em Medicina da Universidade Federal do Ceará. Essa experiência me mostrou a importância em lutar por maior inserção dos discentes no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como melhor valorizar temáticas relativas às reais necessidades de saúde da população.

Antes de concluir metade do curso, tornei-me monitor do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, havia participado de diversos fóruns estudantis, congressos de saúde coletiva, educação médica e medicina de família, e me considerava apaixonado pela Saúde Coletiva. Especializar-me não era mais um objetivo ao concluir o curso de Medicina, desejava ser sanitarista, médico generalista, almejava lutar pela qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos dois últimos anos antes de ingressar no estágio do internato, fui apresentado a uma realidade até então pouco conhecida por mim: as dificuldades de familiares e pessoas com transtornos mentais.

Ingressei em pesquisa sobre esquizofrenia, em que tive a oportunidade de conviver com doze esquizofrênicos durante dois anos. Através de contatos telefônicos e pessoais, histórias de sofrimento, exclusão social e abandono me tocaram profundamente. Passei, então, a cogitar a hipótese de ingressar na residência médica em Psiquiatria.

Novas experiências ainda viveria, as quais transformariam ainda mais a maneira de pensar minha carreira e o sistema de saúde brasileiro. Tive a oportunidade de cursar uma graduação-sanduíche em Berlim, Alemanha, quando estagiei em serviços de Psiquiatria e Medicina Geral. Formei-me logo após meu retorno ao Brasil e comecei a trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Caucaia, Ceará.

Inicialmente, fui alocado em um centro de saúde da zona rural, no qual convivi com a miséria e o sofrimento de um povo que não tinha acesso às necessidades mais básicas,

como água potável, comida de qualidade, saneamento, saúde e educação. Foi difícil trabalhar em um local cujas pessoas precisavam não de remédios, diagnósticos e exames, mas de educação, saneamento básico, comida, transporte, entre outros, o que estava além da minha capacidade, como médico advindo de formação universitária cartesiana.

Portanto, fui percebendo que as queixas e os diagnósticos eram diversificados, mas que o sofrimento era algo comum a quase toda aquela comunidade. Foi, então, cursando o curso de especialização de “Práticas Clínicas em Saúde da Família”, na Escola de Saúde Pública do Ceará, que tive a ideia de escrever um projeto de intervenção, objetivando inserir ações de saúde mental naquele centro de saúde da família e, assim, tentar encontrar formas de diminuir o sofrimento daquelas pessoas. Foi quando voltei a me aproximar da área da saúde mental. Entretanto, acabei sendo compulsoriamente transferido para uma unidade no centro do município e não tive a oportunidade de colocar tal projeto em prática naquela localidade. Apesar deste fato, o trabalho não foi perdido e o projeto foi iniciado no CSF Maria Firmino Mendes, em março de 2010, onde sigo trabalhando até o momento.

A alta prevalência dos transtornos mentais comuns, dos graves, do abuso de álcool e de drogas e das queixas de sofrimento psíquico continuou a merecer minha atenção. Percebi que as histórias de sofrimento se repetiam mesmo em área cujos problemas eram completamente diferentes. Se na zona rural, os problemas mais graves estavam relacionados à miséria, ao descaso governamental e ao isolamento geográfico, no centro do município, histórias de violência, medo, problemas familiares e afetivos, endividamentos, entre muitos outros se repetiam em meu consultório, causando queixas de sofrimento tão semelhantes às aquelas que eu vinha ouvindo naquela localidade rural. Cada vez mais me questionava até onde iria o meu dever de médico. Medicalizar o sofrimento não seria a solução ideal, mas em muitos casos era a única ferramenta da qual eu dispunha.

O tema da saúde mental passou a me interessar cada vez mais, ao mesmo tempo em que eu percebia que a Medicina, a Psiquiatria e, por que não dizer, que a área da saúde em geral não estava sabendo lidar com esta demanda cada vez maior nos serviços de saúde. A aproximação com o tema da reforma da assistência psiquiátrica, no Brasil e no mundo, mostrou-me a importância de levantar esta bandeira e lutar para que as atrocidades ocorridas no passado não se repetissem, ou seja, não fossem substituídas por outras formas de segregação e violência.

Foi desta forma que comecei a me interessar e a pesquisar o tema: saúde mental e atenção primária à saúde, como resultado desta interface de interesses entre a medicina de família, a psiquiatria e a saúde coletiva.

O mestrado trouxe a possibilidade de estudar um pouco destas três áreas de maneira integrada, mostrando-me que saúde mental é um tema mais complexo do que este simples nome aparenta significar. Defendendo a causa da saúde mental, pude participar de fóruns, apresentar trabalhos sobre o tema e inclusive ser eleito como delegado (representando os profissionais de saúde) para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010. Foram dois anos mergulhados na vontade de identificar como melhorar o trabalho na saúde da família na área de saúde mental.

Nesse período, meu objeto de estudo passou por diversas modificações e, assim, realizei diversas pesquisas na área de saúde mental e atenção primária. Dentro deste caminho, realizou-se um levantamento quantitativo, onde comprovei em meu local de trabalho a alta incidência de atendimentos de usuários com queixas relacionadas à saúde mental. Identifiquei que praticamente um em cada cinco usuários que procuram o CSF Maria Firmino Mendes buscam-no por queixas de saúde mental, sendo essa a segunda maior causa de procura ao serviço (a primeira era hipertensão/diabetes). A maioria dos usuários apresentava transtornos mentais comuns de intensidade leve a moderada e quadros de sofrimento psíquico com tendência a remissão espontânea, sendo acompanhados apenas neste serviço de atenção primária. Tal estudo foi a motivação para a pesquisa qualitativa que o seguiu, tendo sido assim considerado o primeiro componente desta dissertação.

A partir da magnitude do problema encontrado neste estudo quantitativo, comecei então a questionar o porquê de para os usuários com transtornos mentais graves e persistentes haver política pública bem desenvolvida. Ao passo que aqueles, que apresentam transtornos mais leves ou que procuram atendimento por queixas de sofrimento psíquico rotineiras, acabam sendo excluídos dos serviços de saúde e muitas vezes estigmatizados, como somatizadores, pitiáticos etc. Seria por que as demandas destes usuários não estão sendo bem interpretadas? O que seria este sofrimento psíquico contemporâneo? Por que razões estas pessoas sofrem? O que buscam no serviço de saúde? Quais as potencialidades de atuação da saúde da família nesta área de atuação?

Portanto, para dar espaço a esses últimos, seria necessário conhecer as causas desse sofrimento, os motivos que levam essas pessoas que estão sofrendo psiquicamente ao ambulatório, o porquê de muitas não procurarem ajuda e acabarem evoluindo para transtornos mentais crônicos; seria preciso entender melhor o que significava esse sofrimento psíquico. Seria preciso escutar melhor o usuário do serviço, para assim identificar melhor as potencialidades do trabalho nesta área tão complexa e encantadora, que é a saúde mental.

O sofrimento psíquico, os transtornos mentais e os relacionados ao uso de álcool e drogas causam sofrimento não apenas para o paciente, como também para familiares e sociedade. Violência, exclusão social (pacientes cronificados internados em hospitais psiquiátricos), prostituição infantil, problemas psicossociais relacionados ao uso e abuso de álcool e drogas ilícitas, incapacidade para atividades laborais, suicídios e tentativas de suicídio são alguns dos exemplos de problemas que o abandono destes pacientes pode trazer. Tal situação é agravada devido à reduzida atenção às ações de saúde mental na estratégia saúde da família, porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

É inegável a importância em se trabalhar a saúde mental na estratégia saúde da família para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de famílias e da comunidade. Desta forma, podem-se prevenir casos de violência e de suicídios; esclarecer a população, combatendo o preconceito e a segregação social; evitar o abuso e a dependência de benzodiazepínicos e colaborar para a construção da autonomia de familiares e usuários e sua reabilitação psicossocial. Assim, melhorando a capacidade resolutiva e a credibilidade da estratégia saúde da família, evitam-se iatrogenias e constrói-se a desinstitucionalização de acordo com a reforma da assistência psiquiátrica, diminuindo gastos com internações e reduzindo a demanda dos Centros de Atenção Psicossocial.

Portanto, objetivando estudar a demanda deste sofrimento psíquico na estratégia saúde da família e as percepções dos usuários sobre este tema, realizou-se este estudo composto por dois componentes: o primeiro, quantitativo, e o segundo, qualitativo. No primeiro componente, o levantamento quantitativo objetivou mensurar a magnitude do problema, tendo sido realizado um perfil simplificado desta demanda. Visando conhecer o que os usuários entendem por sofrimento psíquico, que significados atribuem aos transtornos mentais comuns e como lidam com isso, propôs-se a realização do segundo componente deste estudo, objetivando interpretar o sofrimento psíquico e suas manifestações, como reportado por usuários da Estratégia de Saúde da Família, que apresentavam transtornos mentais

comuns. A partir disso, pretendeu-se, ainda, identificar potencialidades do trabalho das equipes de saúde da família nessa área de atuação, a saúde mental.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever a demanda do sofrimento psíquico e as percepções de usuários sobre o tema em um Centro de Saúde da Família.

### **2.2 Específicos**

Identificar um perfil da demanda do sofrimento psíquico em um Centro de Saúde da Família;

Compreender o sofrimento psíquico e suas manifestações como reportado por usuários, que apresentavam transtornos mentais comuns, identificando potencialidades do trabalho das equipes de saúde da família na área de saúde mental.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sofrimento psíquico na contemporaneidade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais. A saúde mental é definida como um completo estado de bem-estar, no qual o indivíduo tem consciência de seu potencial, consegue lidar com os problemas do dia-a-dia, pode trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. Afirma, ainda, que não existe definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e outras teorias afetam o modo como a saúde mental é definida (WHO, 2007).

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podendo ser considerada como um estado mental sadio. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre suas atividades e esforços para atingir objetivos pessoais (WHO, 2007).

Admite-se que o conceito de saúde mental é mais amplo do que a ausência de transtornos mentais. Entretanto, é comum usar o termo doença para definir saúde, e o termo saúde para definir doença, e muitas vezes se confunde saúde com doença. Assim, classificar uma mente como saudável, se é que essa qualidade de mente realmente existe, não é tarefa simples. Trata-se de um conceito extremamente complexo, permeado por questões ideológicas, políticas, sociais, culturais, entre outras, uma vez que em cada tempo e espaço os indivíduos foram classificados como mais ou menos normais, de acordo com os padrões vigentes. “Existia um médico que considerava que normal era alguém que não foi devidamente examinado” (AMARANTE, 2007, p. 19).

Saúde mental pode, todavia, ser entendida como uma área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas de saúde, sendo muito mais ampla que a psiquiatria e englobando tantos conhecimentos e profissionais diversos (WAGNER, 2006).

Louco, doido, insano, alienado, desatinado, doente mental, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), dependente químico, drogado, muitas terminologias vêm sendo usadas ao longo dos tempos para denominar aqueles que adoecem psiquicamente (WAGNER, 2006). Neste trabalho, preferiu-se utilizar a terminologia pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.



Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental (portadora de transtornos mentais severos e persistentes), 10 a 15% de atendimento eventual (transtornos leves e moderados ou comuns) e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea. Observa-se, ainda, que de 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso problemático de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2003).

Entretanto Mari, Jorge e Kohn (2007) afirmam não haver estudos epidemiológicos representativos da população no Brasil, necessitando-se recorrer a vários estudos para se proceder a essa estimativa. A partir das estimativas de prevalência do estudo americano, realizado por Kessler *et al.* (1994), as prevalências para a população brasileira seriam de 24,2% para transtorno mental, 6% para transtorno mental severo e 3,1% para transtorno mental persistente. Em estudo realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, a prevalência de transtornos mentais foi de 22,7% (LIMA *et al.*, 1996; CAMPOS, GUERREIRO, 2008).

Podem-se considerar transtornos mentais graves e persistentes aqueles que resultam da incapacitação importante, como a esquizofrenia, os transtornos mentais orgânicos e o transtorno bipolar. Os transtornos mentais leves a moderados seriam os de recorrência comum, alguma incapacitação e resposta satisfatória aos tratamentos fármaco e psicológico, como depressão, ansiedade, pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Discute-se, ainda, a terminologia transtornos mentais comuns para definir aqueles com pouca incapacitação e tratamento psicológico eficiente, além de pouca resposta a medicamentos. Entretanto não há consenso com relação ao uso deste termo (GOLDBERG; GOURNAY, 1997).

Com relação à prevalência dos transtornos, pode-se destacar, ainda, que, como sintoma, a ansiedade tem uma das mais altas prevalências (50-60%), sendo geralmente classificada como de intensidade leve a moderada. Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que em um ano, cerca de 3 a 17% da população apresentaram sintomas de ansiedade a nível de transtorno ansioso (3,5%), seria de transtorno do pânico; 2,5%, transtorno obsessivo-compulsivo e 5-13%, fobias). No Brasil, a ansiedade ocupa o primeiro lugar entre os transtornos psiquiátricos, duas vezes mais frequente entre mulheres e dez vezes mais em pessoas com história familiar positiva. Esses pacientes frequentam muito mais os serviços de saúde por causa de suas queixas somáticas, gerando altos custos ao sistema de saúde (DUNCAN, 2006).

A depressão apresenta estimativa de 3 a 17% de prevalência na população em geral, sendo que 50 a 60% dos casos não são diagnosticados. No Brasil, estudo multicêntrico encontrou prevalência variando de 3 (São Paulo e Brasília) a 10% (Porto Alegre). A prevalência média encontrada na atenção primária foi de 10% com cronificação em 12% dos casos. Estima-se que em 2020 a depressão seja a segunda maior causa de incapacitação, ficando atrás apenas das doenças isquêmicas cardíacas. Este transtorno é duas a três vezes mais frequente em mulheres, podendo a prevalência deste transtorno alcançar 33% em pacientes internados (DUNCAN,2006).

Dentre os transtornos psicóticos, enfatizam-se as esquizofrenias, que se caracterizam por sintomas psicóticos que alteram a capacidade laboral e comprometem as relações interpessoais dos indivíduos por longos períodos. São quadros em geral graves, que acometem cerca de 2 a 4 pessoas entre 10.000 indivíduos entre 15 e 54 anos. Na população geral, estima-se que a prevalência seja de 1%, acometendo principalmente as classes sociais mais baixas (DUNCAN,2006).

Com relação ao uso de drogas no Brasil, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) divulgou levantamento domiciliar que constatou que a prevalência na vida de uso de drogas seria: 6,9% para maconha; 5,8%, solventes; 2,3%, cocaína; 1,4%, opiáceos; 3,3%, benzodiazepínico; e 4,3%, anfetaminas. Constatou-se, ainda, que as prevalências foram mais altas no sul do país (DUNCAN, 2006).

Os transtornos mais graves necessitam de acompanhamento mais complexo, que envolva a atenção primária e secundária. Os demais podem ser normalmente tratados na atenção primária e, em pequena proporção, por especialista. Os casos de sofrimento psíquico, como o luto, dificuldades de ajustamento, problemas afetivos, entre diversos outros, em geral, têm tendência à remissão espontânea e necessitam mais de apoio do que de habilidades em saúde mental (GOLDBERG; GOURNAY, 1997).

Na década de 1960, Shepherd (1960) iniciou a realização de estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde (APS), na Inglaterra, evidenciando que a maior parte dos cuidados em saúde mental na Inglaterra era prestada por médicos generalistas. Nos EUA, estudo revelou que 40-60% da demanda de saúde mental estava sendo atendida pela atenção primária, por médicos generalistas. Desde então, vários trabalhos demonstraram alta prevalência de transtornos mentais na atenção primária. Fortes

(2004) detectou prevalência média de 56% de Transtorno Mental Comum (TMC) em 714 usuários de unidades do Programa de Saúde da Família, do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, sendo 33% do total, pacientes com transtornos mais graves (MARI *et al.*, 1987; FORTES, 2004).

No início dos anos de 1990, estudo da Organização Mundial de Saúde, denominado *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC/OMS), realizado em 15 países diferentes, incluindo o Brasil, mostrou que 38% dos pacientes de um ambulatório geral apresentava transtorno mental, confirmando a alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes de unidades gerais de saúde. Essa demanda específica que busca por tratamento junto aos médicos generalistas tem características diferentes daquela atendida em ambulatórios de saúde mental. Situa-se, em média, em 24% dos pacientes dos ambulatórios de clínicos gerais nos vários centros estudados no PPGHC/OMS. A maioria dos pacientes identificados pelo estudo era portadora de quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%), de caráter agudo, com menor gravidade dos sintomas e que remetiam, muitas vezes, espontaneamente (PEREIRA, 2006).

O maior estudo brasileiro sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Coutinho *et al.* (2006), em três capitais brasileiras. Este estudo apontou para predominância de casos psiquiátricos que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (18%) e o alcoolismo presente nos locais pesquisados, situou-se em 8%. Os quadros depressivos apresentaram grande variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre). Na tabela que segue, destacam-se os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades básicas de saúde, realizados no país.

**Tabela 1** – Prevalência de transtornos mentais em Unidades de Atenção Geral à Saúde no Brasil

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Resultados</b>
Busnello et al.	1983	Centro de Saúde	SRQ-20	TMC: 55%
			Entrevista clínica	Casos confirmados: 48,5%
Mari	1986	Centro de Saúde/Ambulatório Geral de Hospital	SRQ-20	TMC: 47 a 56%
	1987		GHQ 12(2/3)	TMM: 22 a 27%
			CIS	
Iacoponi	1989	Centro de Saúde	SRQ-20	TMC: 53%
Villano	1995	Ambulatório Medicina Integral em Hospital Universitário	GHQ-12	TMC: 20,9 a 41,8%
			CIDI	
				TMM: 38%
Fortes	2004	Unidade de Saúde da Família	GHQ 12	TMC: 56%
			CIDI	TMM: 33%

Fonte: Adaptado de FORTES (2004)

TMC (Transtornos Mentais Comuns), TMM (Transtornos Mentais Maiores), SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*), GHQ (*General Health Questionnaire*), CIS (*Clinical Interview Shedule*), CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*)

Apesar de estudos epidemiológicos, ainda, serem escassos e algumas vezes discordantes, nos serviços de saúde uma das maiores demandas é composta de usuários com queixas somáticas inespecíficas, como dores em geral, sensação de angústia, sufocamento, dispneia, insônia, mal-estar, nervosismo, entre muitos outros, cujas causas nem sempre são físicas. Muitas dessas queixas não se enquadram nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos e podem estar relacionadas a problemas de cunho afetivo, familiar, laborais ou socioeconômicas. Expressar o sofrimento sob a forma de queixas somáticas seria uma forma cultural e socialmente aceita de reconhecimento de uma condição limite, em que é necessário ajuda dos serviços de saúde para alívio do sofrimento, seja porque aquilo que é físico tem mais legitimidade como sofrimento real, seja porque essa forma de expressão se relaciona

com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento principalmente nas classes populares mais baixas. Valla (2001) usa o termo sofrimento difuso para atribuir nome a essas queixas inespecíficas. Essa nomeação teve origem na constatação de que este tipo de queixa é uma das maiores demandas de atenção em saúde nas classes populares. Demanda, geralmente, sem resposta nos serviços de saúde.

Em geral, utiliza-se o termo transtornos mentais comuns para descrever os quadros de múltiplos e inespecíficos sintomas, como irritabilidade, nervosismo, dores, fadiga, esquecimento, falta de concentração e memória, assim como manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. Entretanto, o termo não engloba apenas os quadros depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) (APA, 1995; OMS, 1998; MARAGNO *et al.*, 2006).

O *continuum* e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, motiva a enquadrar como transtornos mentais comuns indivíduos que não necessariamente preenchem os critérios diagnósticos. Isto é, parte da população apontada como aquela que apresenta TMC pode precisar de tratamento medicamentoso e cuidados bem específicos em saúde mental. Muitos dos transtornos observados em comunidades ou em serviços primários de saúde são relativamente mistos e combinam sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas. Esse tipo de combinação, no que se refere aos problemas de saúde mental, é a mais frequente nos serviços de saúde, seguidas pelos transtornos relativos ao álcool (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

O fato de os sintomas nem sempre se adequarem perfeitamente às bases categóricas dos diagnósticos psiquiátricos não diminui o grau de sofrimento dos sujeitos envolvidos, assim como suas necessidades de atendimento e acolhimento. O não reconhecimento por parte dos profissionais de um estado de mal-estar amplo desses usuários, com enfoque apenas na queixa somática imediata, acarreta problema para o sistema de saúde: seu adequado reconhecimento e diferenciação, principalmente, mas não, exclusivamente, para o médico generalista. Isto implica em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários e se desdobra no subdiagnóstico dessas manifestações. Além da dificuldade de acolhimento

dessas manifestações de sofrimento e na prescrição abusiva de benzodiazepínicos (FORTES, 2004; ROZEMBERG, 1994).

[...] predominam nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos generalistas como manifestações de transtornos mentais [...]. Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos [...] (FORTES, 2004. p.10).

Goldberg e Huxley (1992, p. 7-8) definem os transtornos mentais comuns como “aqueles que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”. Essa especificidade relacionada ao perfil dos transtornos mentais, muito prevalentes na atenção primária, e que se caracteriza por quadros subclínicos e grande comorbidade entre diversas síndromes, motivou a elaboração de uma classificação especial para os Transtornos Mentais na Atenção Primária, a CID-10-AP (1998), bem como a readequação da apresentação do DSM-IV para sua utilização na atenção primária, o DSM-IV-PC (OMS, 1998).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), frequentes em serviços de saúde de todo mundo, causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis, ou mais graves, que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde que não apresentam TMC, assim como taxas de mortalidade mais altas quando comparados com a população em geral, prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas, além de ser uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária. No campo da atenção primária, ou da prática médica não psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se considerar a presença de comorbidades, que agravam o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (GOLDBERG; GOODYER, 2005; MARAGNO *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2005; PATEL; KLEINMAN, 2003).

Maragno *et al.* (2006) constataram a prevalência de 24,95% de transtorno mental comum ao estudar uma unidade de ESF-Qualis em São Paulo, sendo os grupos mais vulneráveis compostos por mulheres, idosos, baixa escolaridade e menor renda per capita.

Os transtornos mentais comuns estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e, inversamente, à densidade da rede de apoio social. Isto é, quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalência de TMC; assim como, quanto mais densa a rede de apoio social, menor o risco de TMC. É um consenso na literatura a associação entre os transtornos mentais comuns e a baixa escolaridade, baixa renda, assim como a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens (FONSECA, 2007).

Portanto, os achados apontam para a vulnerabilidade das condições de saúde mental das populações em situação de desvantagem econômica e social. Por outro lado, demonstram, também, a potência de seus laços de apoio social, que podem ser incentivados e estimulados nos serviços de saúde por meio de atividades de grupo e espaços para escuta, palavra e vínculo. Ademais, salientam a óbvia ineficácia da individualização do problema na prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos. Isto não denota que os usuários com problemas graves não devam ser medicados, mas que parte considerável dessa problemática encontra associação a condições de vida.

A prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos não mostra resultados satisfatórios, desdobra-se em tolerância aos efeitos ansiolíticos, dependência e em prejuízos, em alguns casos, irreversíveis, do desempenho cognitivo e psicomotor. Ainda, mais grave é o fato de operar uma medicalização de problemas mais amplos, ocultando os aspectos coletivos dessa problemática. Por outro lado, parte dos usuários identificados como aqueles que apresentam transtornos mentais comuns, apresenta de fato síndromes ansiosas, depressivas ou somatoformes de intensidade moderada ou grave. Tais usuários precisam ser adequadamente diagnosticados e tratados. Isso implicaria em cuidados em saúde mental na rede básica que pudessem dispender atenção também aos casos considerados de menor gravidade pelas políticas de saúde mental (ROZEMBERG, 1994; BERNIK, 1996).

Fortes (2004) distingue também o que seriam os “somatizadores de apresentação” e os “somatizadores verdadeiros”. Os primeiros seriam aqueles que fazem da queixa somática uma primeira forma de apresentar seu sofrimento, mas que quando questionados a respeito das possíveis causas do mal-estar somático se referem a problemas relacionais de toda ordem. Os segundos seriam aqueles que, mesmo quando questionados a respeito de uma possível origem não orgânica para os sintomas, insistem na hipótese unicamente orgânica, negando qualquer origem relacional e emocional. Entretanto, a caracterização dessa manifestação de

sofrimento como somatização também é problemática. Em primeiro lugar, pelo fato do termo ser genérico; em segundo pela confusão com o diagnóstico específico transtorno de somatização, subtipo de transtorno somatoforme, presente nos manuais de classificações psiquiátricas (FORTES, 2004).

Os achados dessa pesquisa demonstraram que os “somatizadores verdadeiros”, isto é, aqueles que não fazem nenhuma ligação das queixas somáticas inespecíficas com problemas de ordem relacional, era minoria na população selecionada (10%), enquanto os “somatizadores de apresentação” eram a grande maioria daqueles que chegavam às equipes de saúde da família com queixas somáticas inespecíficas (90%). Tais afirmativas apontam para a potência do uso da palavra, do acolhimento e da escuta na grande maioria dos casos de queixas inespecíficas, visto que parte considerável desses usuários faz conexões de seus problemas de ordem relacional, familiar ou social com as queixas que apresentam (FORTES, 2004).

Parte considerável dos profissionais de saúde, ainda, não preparados para acolher e cuidar dessa demanda, e costuma classificar essa clientela como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos, pitiáticos (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Retirar esses usuários de categorias pré-estabelecidas ou preconceituosas - como poliqueixosos ou pitiáticos – e perceber as necessidades de cuidado e acolhimento, é um grande desafio para os profissionais da ponta, assim como para seus processos de trabalho. Mais um elemento importante a ser considerado é, para propor novas formas de abordagem dessa problemática nos serviços, a representação de doença e de sofrimento psíquico nas classes populares, obviamente distinta das representações que sustentam os saberes médicos e psicológicos modernos, centrados na separação nítida entre corpo e mente, entre sujeito e mundo (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

As dificuldades de acolhimento e cuidado em relação às manifestações de sofrimento que aparecem na atenção básica, tanto por parte dos profissionais como por parte da estruturação dos serviços, estão calcadas em diversificadas origens: pouca compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento, ausência de capacitações adequadas para as equipes, serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e fragmentado de atendimento, prioridade das políticas de saúde mental para as clientelas



consideradas graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas difusas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Benasayag (2010) discorre, ainda, sobre o “novo sofrimento psíquico contemporâneo”, destacando o fenômeno sócio-histórico da tristeza, da impotência na qual os contemporâneos se encontram, diante da ameaça de um futuro negativo. A questão política central do tempo seria o desconforto de milhões de seres humanos que precisam tomar drogas para lidar apenas com a vida diária, o cotidiano. O desenvolvimento do alcoolismo, abuso de drogas e comportamentos de risco são alguns dos sintomas do que denomina de “paixões tristes”. As “paixões tristes”, por sua vez, seriam a intolerância, a impotência e a busca das pseudo-identidades, como tentação violenta e exagerada que algumas pessoas acham para afastar essa ameaça de um futuro negativo. Segundo o autor, historicamente, tem-se medo do futuro. O outro inquieta. Assim, políticos usam este sentimento de medo para desenvolver políticas de segregação, quebrando os laços sociais.

No boletim da OMS a respeito dos TMC em países em desenvolvimento, Patel e Kleinman (2003) citam duas formas de prevenção: primária e secundária. A prevenção primária consistiria em programas de promoção de educação e desenvolvimento para crianças que vivem em pobreza, em que fossem propostas intervenções nutricionais e psicossociais. A prevenção secundária consistiria no reforço do tratamento dos transtornos mentais comuns na atenção básica, no treinamento dos profissionais que atuam nessa frente para reconhecimento e tratamento dos TMC, que considerem fatores psicossociais envolvidos (PATEL; KLEINMAN, 2003).

### **3.2 Reforma da assistência psiquiátrica no mundo**

Por mais estranho que possa parecer hoje, pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi vista como algo negativo, muito menos como doença. Na Grécia antiga, foi considerada até mesmo um privilégio, algo sobrenatural. Filósofos, como Sócrates e Platão, ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra, *manikê*, para designar tanto o divino como o delirante. Era através do delírio que alguns privilegiados poderiam ter acesso a verdades divinas. Essa relação entre experiência mística e consciência crítica prevaleceu por muito tempo e, somente

no período conhecido como Antiguidade Clássica, dissolveu-se. Paulatinamente, a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e se encaminhando em uma direção completamente oposta (PELBART, 1989).

Na obra *A História da Loucura*, o corte entre misticismo e razão pode ser percebido em vários trechos. O filósofo francês Michel Foucault trata a loucura como herdeira da lepra, uma vez que desde o século XIV, ambas eram consideradas problemas complexos demais para serem solucionados. Entretanto, foi preciso um longo tempo para que a loucura, assim como a lepra, causasse reações de divisão e exclusão (FOUCAULT, 1978).

No fim da Idade Média, as pestes e as guerras assombravam a sociedade, e o tema da morte era dominante. Nos últimos anos do século XV, a figura da loucura começou a substituir a morte. O tema da loucura assumiu lugar nas artes plásticas e literárias, como crítica social e moral (FOUCAULT, 1978).

Na renascença, surgiu a figura da “Nau dos Loucos”, barco que transitava pelos rios e mares, levando os loucos de uma cidade para outra. Os loucos eram expulsos do convívio social. Frequentemente, eram deixados sob a responsabilidade de marinheiros, que se encarregavam de levar os loucos para portos distantes, garantindo, assim, que eles não voltariam. Muitos, inclusive, eram jogados, ou se jogavam em alto mar (FOUCAULT, 1978).

Durante a era clássica, surgiram os moldes das atuais experiências com a loucura. A loucura passou a ser dominada pelos que se julgavam detentores da razão. A “Nau dos loucos” deu lugar ao hospital, que inicialmente surgiu como instituição religiosa de hospedagem e hospitalidade, abrigando e cuidando dos mais pobres e necessitados, que devido à situação social, em sua maioria, eram também doentes (FOUCAULT, 1978).

A partir da segunda metade do século XVII, a loucura tornou-se, sistematicamente, internada e, assim como a lepra na Idade Média, o internamento tornou-se um mecanismo de segregação, tendo o hospital uma função disciplinar e social. Com a crise econômica vigente, os desocupados, os delinquentes, os pobres e os desempregados eram sistematicamente aprisionados sob pretexto de garantia da ordem. Em uma sociedade voltada para a produção, o consumo e o lucro, começou-se a inserir a loucura ao lado da pobreza e incapacidade para o trabalho, passando a se constituir em um grave problema social (FOUCAULT, 1978).

Com o advento do Iluminismo e do Racionalismo, a loucura passa a ser sinônimo de ausência de razão ou irracionalidade, iniciando-se associação entre a mesma e periculosidade. Assim, passou-se a pregar a necessidade de internar os loucos, uma vez que os mesmos poderiam ser perigosos para si próprios e para a sociedade. “Todo alienado constitui de algum modo um perigo para seus próximos, porém em especial para si mesmo” (AMARANTE, 2007, p. 31).

Essa questão da segurança começou a ter um papel importante em relação às funções terapêuticas. De acordo com Esquirol, discípulo de Philippe Pinel, as cinco principais funções do hospício seriam “garantir a segurança pessoal do louco e de suas famílias, liberá-los das influências externas, vencer suas resistências pessoais, submetê-los a um regime médico, e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais” (AMARANTE, 2007, p. 35).

A institucionalização da loucura se consolidou em 27 de abril de 1656, com a assinatura do decreto da fundação do Hospital Geral de Paris, quando todos os estabelecimentos que vinham praticando as internações foram reunidos numa única administração. Os grandes hospícios e as casas de internamento surgiram assim, como uma mistura de assistência e punição. A institucionalização da loucura não era um gesto de aprisionamento apenas, tinha significações políticas, sociais, morais, religiosas e econômicas. Surgia com esta instituição um novo lugar social para o louco e a loucura na sociedade (FOUCAULT, 1978).

Diante da violência e exclusão social promovidas por tais instituições, Philippe Pinel, inspirado pelo ideário da revolução Francesa de “liberdade, igualdade, fraternidade”, foi pioneiro ao pregar que os loucos deveriam ser tratados como doentes, e não de forma violenta, abrindo os caminhos para a reforma da assistência psiquiátrica no mundo. Propôs retirar do hospital todos os que não eram especificamente doentes e dar a estes outros destinos. Pinel passou ainda a dividir os doentes de acordo com as enfermidades e, neste processo, desenvolveu as bases para o surgimento do que hoje se chama clínica (AMARANTE, 1994).

A tecnologia pineliana ou síntese alienista pregava ainda a importância do isolamento para melhor observar o indivíduo. Desta forma, os doentes deveriam ser isolados de famílias, amigos, vizinhos e quaisquer outras interferências que pudessem prejudicar a observação objetiva, podendo, ainda, o isolamento contribuir para a reorganização da própria

peessoa, assim, por si só seria uma forma de tratamento. Para Pinel, a alienação mental era algo obscuro e impenetrável, e o mesmo questionava-se se esta seria uma doença, ou um processo de outra natureza (WAGNER, 2006).

Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo de perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simplesmente desordem em seu âmago (AMARANTE, 2007, p. 30).

Seu *Traité, médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania), de 1801, detalha o método psicologicamente orientado, o qual tornou-se um clássico da psiquiatria. Graças às suas iniciativas, a França tornou-se líder no tratamento dos doentes mentais na época. Em 30 de junho de 1838, foi promulgada na França a primeira lei de assistência aos alienados da história. O moderno movimento de humanização dos manicômios teve, assim, seu primeiro representante, Philippe Pinel, médico francês, considerado por muitos o pai da psiquiatria (AMARANTE, 2007).

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem) (AMARANTE, 2007, p. 26).

Apesar dos esforços de Philippe Pinel em tornar essas instituições verdadeiros locais de tratamento e cuidado, logo começaram a surgir diversas denúncias de violência e transgressões aos direitos humanos praticadas nestes locais. No Brasil, Machado de Assis escreveu *O Alienista*, uma das mais importantes críticas ao alienismo, à psiquiatria e ao modelo científico positivista que o legitimou (ASSIS, 1995).

Surgiram, então, novas propostas de mudança do modelo vigente, principalmente após o fim da Segunda Guerra Mundial, quando chocados com as atrocidades cometidas nos campos de concentração nazistas, os europeus começaram a perceber as semelhanças entre estes e os manicômios. Freud e sua hipótese de que a causa da doença mental era psicológica

e não orgânica, também, inspirou profundamente esse período da reforma da assistência psiquiátrica (WAGNER, 2006).

Surgiu, portanto, em 1959, na Inglaterra, um modelo inovador de tratamento psiquiátrico, que substituiu o tradicional, denominado Comunidade Terapêutica (*Community Care*). Começaram a ser realizadas reuniões, assembleias e grupos terapêuticos, em que os pacientes eram mais envolvidos em seu tratamento e encorajados a participar das atividades oferecidas. O potencial dos próprios pacientes era utilizado no tratamento, discutindo-se as dificuldades, os projetos e planos e elaborando propostas de trabalho em que todos pudessem ser envolvidos. Maxwell Jones, criador, passou a envolver todos os profissionais e pacientes do hospital em um projeto terapêutico comum, em uma época em que não havia diálogo entre médicos e enfermeiros ou entre pacientes e médicos. A cooperação mútua na realização das tarefas rotineiras e o tratamento médico criaram um ambiente favorável para a recuperação de quadros clínicos que não eram obtidos por meio da psiquiatria tradicional. Este modelo se provou particularmente eficaz para o tratamento e a recuperação da dependência química, alcoolismo e abuso de drogas. Entretanto, é importante ressaltar que esse modelo não teve nenhuma relação com as intituladas comunidades terapêuticas, que hoje existem e geralmente tem natureza religiosa (AMARANTE, 1996).

(...) a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de 'aprendizagem ao vivo' (Amarante, 1995, p. 29).

Nos anos de 1940, surgiu no Hospital Saint-Alban, no sul da França, um outro movimento denominado Psicoterapia Institucional ou Coletivo Terapêutico que defendia que o espaço institucional estaria doente e, por isso, deveria ser tratado. Seu precursor, François Tosquelles, acreditava que diante da situação econômica e social da França, agravada pela guerra, os hospitais haviam sido muito danificados e pregava uma nova modalidade de tratamento centrada no questionamento da instituição psiquiátrica enquanto lugar de exclusão e verticalidade das relações médico-paciente. Essas propostas possibilitaram, pela primeira vez, que o paciente fosse ouvido e participasse de seu próprio tratamento. Introduziu a noção de acolhimento e resgatou a importância do trabalho terapêutico. No Hospital Saint-Alban, foi

desenvolvida uma organização de pacientes e profissionais, o Clube Terapêutico que organizava festas, passeios, feiras, entre outros (AMARANTE, 2007).

... é esta a diferença entre Basaglia e eu: me preocupei com que o hospital psiquiátrico fosse uma escola de liberdade, antes de tudo. Não disse: 'feche o barracão', porque depois não há escola de liberdade na vida social vigente, mas apenas escola de alienação administrativa (AMARANTE, 2007, p. 45).

Entretanto, esse modelo não pretendia se opor ao manicômio em si, mas questionar o funcionamento desse espaço. O objetivo era salvar o manicômio, mantendo-se o modelo hospitalocêntrico, ou seja, mantendo os indivíduos afastados de suas famílias e comunidades. Apesar disso, a psicoterapia institucional lançaria o fundamento teórico da política francesa de setor.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição efetivamente terapêutica almejada por Esquirol (AMARANTE, 2007, p. 41).

A psiquiatria de setor francesa objetivava deslocar o eixo da assistência do hospital para a comunidade através de prestação de cuidados extra-hospitalares (ambulatórios, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas etc.), resgatando o caráter terapêutico da psiquiatria e desconstruindo o modelo manicomial. Organizava-se segundo a hierarquização e a regionalização dos serviços e buscava a identificação de fatores de risco, visando a reduzir a ocorrência de doenças mentais ou a necessidade de internamento hospitalar (AMARANTE, 2007).

No entanto, o hospital psiquiátrico não seria totalmente abolido, teria o papel de auxiliar no tratamento. No próprio hospital, deveriam ser subdivididas as enfermarias de acordo com a procedência dos pacientes, de modo que os que viessem de um mesmo setor ficassem na mesma enfermaria. Após a alta hospitalar, os indivíduos seriam acompanhados em seus diferentes setores administrativos, em centros de saúde mental comunitários, em que, também, poderiam ser tratados os casos leves. O hospital continuava a ser a referência nos casos graves e de crise. A ideia central da política de setor era reorganizar a política de saúde mental na França daquele momento, utilizando-se a regionalização e estabelecendo os centros de saúde mental, de acordo com a distribuição populacional nos setores. Mas ao mesmo

tempo em que considerava os manicômios antiquados, os mesmos continuavam não somente a existir, mas a reafirmar a força, já que faziam parte da própria organização do setor (AMARANTE, 2007).

Outro fator importante na Psiquiatria de Setor era a questão do trabalho em equipe e das equipes multiprofissionais, cujo tratamento já não seria mais exclusividade do médico psiquiatra. Essas equipes acompanhariam os pacientes tanto no hospital como no território (AMARANTE, 2007).

Paralelamente à psiquiatria de setor francesa, surgiu, no continente norte americano, a Psiquiatria Preventiva, também conhecida como saúde mental comunitária, que da mesma maneira pretendia uma reforma radical na psiquiatria, objetivando a prevenção e erradicação das doenças mentais. Nesta, os cuidados se organizavam com base nos graus de complexidade primário-secundário-terciário, enfatizando-se a atenção básica como o espaço de prevenção do adoecer psíquico (AMARANTE, 2007).

Foi realizado em 1955 censo nos hospitais psiquiátricos americanos, que denunciou as péssimas condições de assistência e as transgressões aos direitos humanos que vinham acontecendo nessas instituições. A repercussão foi tanta que o então presidente John Kennedy realizou célebre discurso sobre as mudanças na área da saúde mental, instituindo em 1963 o programa nacional de saúde mental, que enfatizava abordagem inteiramente nova para cuidar dos doentes mentais. Os principais objetivos deste plano incluíam a redução das doenças mentais e a promoção da saúde mental nas comunidades (AMARANTE, 2007).

O principal teórico, Gerald Caplan, discutia a importância de buscar por meios alternativos para as instituições psiquiátricas, já que era evidente a falência do modelo hospitalocêntrico. Sua teoria, inspirada no modelo da história natural das doenças, de Leavell e Clark, pressupõe que diante da linearidade das desordens mentais, as mesmas poderiam ser prevenidas, se fossem precocemente detectadas. Estas pretensões de controlar a saúde mental da população foram criticadas por Basaglia, ícone da reforma italiana, na Carta de Nova York-O doente artificial, em que alertou sobre os riscos das buscas de suspeitos e da perigosa utopia de uma sanidade mental universal (AMARANTE, 2007).

O tema da prevenção possibilitou o deslocamento da doença para a saúde mental, caracterizando o debate em torno das possíveis causas das patologias, subsidiando os

incentivos do Estado para a redução dos gastos com internações hospitalares, por meio do incentivo ao tratamento extra-hospitalar e à criação de modelos alternativos de reabilitação de doentes crônicos. Surgia, assim, o conceito de desinstitucionalização, uma das principais diretrizes da política de saúde mental americana.

A noção de prevenção adotada por Caplan foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se que poderia ser realizada em três níveis de acordo com a análise realizada por Joel Biran e Jurandir Freire Costa: prevenção primária (intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e/ou do meio), prevenção secundária (intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental) e prevenção terciária (que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria) (AMARANTE, 2007, p. 49).

A Psiquiatria Preventiva aduziu novos e importantes conceitos, como o de crise, que de acordo com Caplan, surgia a partir da adaptação e desadaptação social do indivíduo, sendo classificadas em evolutivas, que estariam relacionadas a processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social, e acidentais, que seriam precipitadas por alguma perda ou risco sofrido. Outro conceito foi o de desvio, que se referia a um comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida (AMARANTE, 2007).

Mesmo com o estímulo à prevenção, não houve ruptura real com o modelo tradicional, os centros de saúde mental passaram a se ocupar dos casos leves, encaminhando os graves ao hospital; e nos hospitais americanos não se diminuíram as internações, ao contrário, aumentaram as taxas de internação de psicóticos, ao mesmo tempo em que cresceu a demanda ambulatorial (AMARANTE, 2007).

Apesar das restrições, a psiquiatria de setor francesa e a psiquiatria preventiva norte americana introduziram discussões sobre trabalho comunitário e promoção em saúde mental. Foi, na Itália, entretanto, que ocorreu nos anos de 1960 e 1970 a verdadeira revolução, não somente na assistência, como também na forma de pensar a doença mental. Este movimento ficou conhecido como Psiquiatria Democrática (WAGNER, 2006).

Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital de Gorizia, em 1961, e iniciou uma série de mudanças, objetivando transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Porém, logo percebeu que simplesmente humanizar e melhorar as condições de assistência aos



internos, não era a solução. Era necessário romper radicalmente com o paradigma psiquiátrico e não apenas realizar melhorias ou transformações. Transformou, assim, Gorizia em um centro de uma experiência anti-institucional, tendo como princípios a gênese sociocultural dos transtornos mentais, a ligação da doença mental à marginalização das pessoas mais pobres e emocionalmente frágeis, o papel destrutivo da medicalização, além da horizontalidade dos papéis e da restauração do diálogo entre profissionais e doentes (AMARANTE, 1995).

Basaglia propagava que era preciso estudar o doente e não a doença, avaliando todas as suas demandas enquanto pessoa inserida na sociedade. A doença mental passou a ser vista como existência-sofrimento. Criticava, assim, a postura médica cartesiana de redução do doente a mero objeto. Assumiu uma postura crítica diante da psiquiatria clássica, por esta se utilizar do isolamento (internação) como modelo de tratamento, sendo excludente e repressora. Formulou a negação da psiquiatria, contudo não pretendia aniquilar a mesma, considerando que apenas a psiquiatria não era capaz de abranger o complexo fenômeno da loucura. Era preciso, assim, passar de uma instituição negada para uma instituição inventada. A partir disso, a ênfase passou a ser colocada seria não mais na busca da cura da doença, mas no projeto de promoção de saúde e de inserção social do paciente. O mais importante deixava de ser a cura para se tornar o cuidado (AMARANTE, 1995).

Em 1971, assumiu a direção do Hospital de Trieste, iniciando o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico e promovendo a sua substituição total por serviços territoriais de assistência, da qual faziam parte serviços de saúde mental comunitários, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, cooperativas de trabalho, centros de convivência e moradias para ex-internos, projetos culturais e artísticos, entre outros. Tais ações foram denominadas estratégias de desinstitucionalização por Franco Rotelli, sucessor de Basaglia em Trieste.

(...) a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se "resolva" por hora, não se "cure" agora, mas no entanto seguramente "se cuida". Depois de ter descartado a "solução-cura" se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990. p. 33).

O hospital de Trieste foi fechado em 1976, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida pela rede de assistência territorial criada por Basaglia. Diante dessa experiência bem sucedida, em 13 de maio de 1978, foi aprovada na Itália a Lei 180, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia, a única lei nacional do mundo que extingue os manicômios em todo o território nacional e determina a implantação de serviços e estratégias substitutivas ao modelo manicomial. Esta data inspirou no Brasil a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado, anualmente, no dia 18 de maio, através da realização de caminhadas, atividades culturais, dentre outras, promovendo na sociedade o debate sobre este tema (AMARANTE, 1996).

A experiência italiana possibilitou, além da desmontagem do manicômio, a desconstrução de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. A noção de loucura como ausência de razão, como irracionalidade, como erro, como periculosidade pôde ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida, de subjetividade.

A experiência de Trieste levou à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um 'circuito' de atendimento que, ao mesmo tempo que oferecia e produzia cuidados, oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica (DELL'ACQUA apud ROTTELI; AMARANTE, 1992, p.44).

O movimento denominado Antipsiquiatria, surgiu na Inglaterra no final dos anos de 1950 e colocou em questão o modelo científico psiquiátrico, rompendo, assim, com a própria psiquiatria. Defendida por psiquiatras como Ronald Laing David Cooper, a antipsiquiatria preconizava a compreensão das patologias psiquiátricas a partir da relação do indivíduo com a sociedade, e não apenas enquanto corpo ou mente doente. Assim, o tratamento deveria se basear no auxílio ao paciente em vivenciar sua experiência com a loucura, sendo os sintomas uma possibilidade de reorganização interior. Este movimento acabou por ser fortemente associado a movimentos contestatórios e anti-institucionais, que abalaram a Europa Ocidental na década de 1960, e que culminaram com o Movimento de Maio de 68, a grande onda de protestos que teve início com manifestações estudantis para pedir reformas no setor educacional. “[...] o essencial é o que existe entre as pessoas. E a prática psiquiátrica é, mais ou menos, a completa negação disso” (AMARANTE, 2007, p. 52).

### 3.3 Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil e o Sistema Único de Saúde

No Brasil, desde o início do século XIX, começaram a surgir tentativas de reformar a assistência psiquiátrica. Juliano Moreira foi o grande representante deste movimento até 1903, defendendo as colônias agrícolas para os alienados e o trabalho como auxiliar do tratamento. Juliano era um psiquiatra baiano, negro e de origem pobre. Defendia que a origem das doenças mentais se devia a fatores físicos e situacionais, como a falta de higiene e de acesso à educação, contrariando o pensamento racista da época, que atribuía os transtornos mentais no Brasil à mestiçagem, especialmente a uma suposta contribuição negativa dos negros na miscigenação. Foi importante representante internacional da Psiquiatria brasileira e, também, designado fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil. Foi diretor do Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro (ex-hospício de Dom Pedro II), em que desenvolveu uma administração marcante. Reformou e ampliou a instituição e obteve a promulgação da primeira lei brasileira de assistência aos loucos (Decreto nº 001132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência a alienados). Em seu trabalho clínico, eliminou coletes e camisas de força e instalou um laboratório de análises, a partir do qual se iniciou, no Brasil, a rotina de punções lombares para elucidação de diagnóstico (ODA; DALGALARRONDO, 2000).

Nos anos de 1930, durante o Estado Novo, surgiram os grandes hospícios, que passaram a ser o principal instrumento da política de saúde mental. Até o início da década de 1950, diante da política de estadualização, ocorreram estatizações de hospitais. Contudo, foi durante a ditadura militar que o modelo manicomial ganhou força. A Previdência Social passou a contratar e financiar clínicas privadas, tornando este um negócio extremamente lucrativo. No começo da década de 1980, existiam cerca de cem mil leitos psiquiátricos no país (AMARANTE, 1995).

Com a luta pela democratização e o movimento sanitarista nos anos de 1970, começou-se a questionar o modelo manicomial. As experiências europeias e americanas discutidas anteriormente passaram a influenciar alguns hospícios brasileiros, principalmente no setor privado. Ocorreu, ainda, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Este órgão iniciou as discussões sobre melhores condições de trabalho para os profissionais da área

e passou a questionar as condições do atendimento aos pacientes e a hegemonia dos hospícios privados, apontando a necessidade de investimentos no setor público (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto, ocorre, em 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, quando um grupo de profissionais de saúde, demitidos durante a crise da DINSAM, divulgou o Manifesto de Camboriú, que marcou o I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1979, em São Paulo. Este processo deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), principal ator do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995).

O MTSM foi influenciado pelas ideias de Basaglia, de setores da Antipsiquiatria e da psiquiatria preventiva. Caracterizou-se pela resistência à institucionalização, participação de profissionais de várias categorias e da população em geral (AMARANTE, 1995).

A Previdência Social entrou então em crise devido aos escassos recursos e às fraudes ocorridas no setor da saúde. Surgiu o modelo de cogestão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, e, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, plano CONASP, que passou a incentivar à ambulatorização da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

... o CONASP tende inaugurar a concepção de que é responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados. No plano de assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital torna-se elemento secundário (AMARANTE, 1995, p. 67).

Diante dos obstáculos impostos por grupos ligados a hospitais privados, esse modelo de ambulatorização acabou fracassando. Neste contexto histórico, aconteceu, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com real participação da população (mais de 4.000 pessoas e 1.000 delegados), impulsionada pelo movimento da reforma sanitária brasileira. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, muitas propostas dessa conferência foram contempladas, e a Saúde deixou de ser um benefício previdenciário de alguns e passou a ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Surgiu

o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que, em 1990, seria regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 1988).

Em junho de 1987 foi realizada ainda a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve suas bases estabelecidas no ano anterior durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando o MTSM assumiu o lema “por uma sociedade sem manicômios” e criou o “Dia da Luta Antimanicomial”. No fim de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, que reuniu os mais diversos atores sociais e incorporou ideias da “Rede de Alternativas à Psiquiatria”. A partir de então, o movimento passou a denominar “Movimento por uma sociedade sem manicômios”, abrindo o campo para experiências inovadoras (BRASIL, 1987; AMARANTE, 1995).

Nesse período, foram de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foi esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Os NAPS de Santos foram substitutivos do hospício. Infelizmente, nem todos os CAPS, como o Ministério da Saúde preferiu chamá-los, possuem essa missão, funcionando em alguns casos como novos manicômios (WAGNER, 2006).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O surgimento destes serviços demonstrou a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Pois, é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir de 2002, momento no qual estes serviços experimentavam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Em 1989, no Congresso Nacional, introduziu-se o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental:

- Rio Grande do Sul – Lei 9.716, de 7 de agosto de 1992;
- Ceará – Lei 12.151, de 29 de julho de 1993;
- Pernambuco – Lei 11.065, de 16 de maio de 1994;
- Rio Grande do Norte – Lei 6.758, de 4 de janeiro de 1995;
- Minas Gerais – Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995;
- Paraná – Lei 11.189, de 9 de novembro de 1995;
- Distrito Federal – Lei 975, de 12 de dezembro de 1995;
- Espírito Santo – Lei 5.267, de 10 de setembro de 1996 (BRASIL, 2004).

A segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, incorporou e aprofundou as discussões da Conferência de Caracas (1990), que em reunião entre os países da América Latina e do Caribe, definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, priorizando os valores de respeito pelos direitos das pessoas com transtornos mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade, tendo como metas a superação do modelo do hospital psiquiátrico (manicomial) e a luta contra os

abusos e a exclusão que vitimava os portadores de transtornos mentais. A partir deste período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos (OMS/OPAS, 1990).

Um grande avanço, não apenas para o campo da saúde mental, como para o SUS como um todo, foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Inspirado pelos princípios da Declaração de Alma-Ata (1978), que enfatizavam a atenção primária à saúde. A atenção primária, ou atenção básica, como se costuma chamar no Brasil, é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local em que as pessoas vivem e trabalham, constituindo a porta de entrada do sistema de saúde (OPAS, 1978).

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença está inserida. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Ainda que parte dos usuários seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de atenção primária continua a compartilhar a responsabilidade pelo caso, tendo a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que, frequentemente, são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, tem pouco diálogo entre si. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais (STARFIELD, 2002).

Na atenção primária, é maior a proporção de pacientes em tratamento continuado quando comparada a de pacientes em primeira consulta. Em ordem de frequência, vem pacientes antigos com problemas novos e pacientes novos com problemas novos. A atenção primária valoriza, todavia, a centralização na família, a orientação na comunidade e a valorização da cultura (DUNCAN, 2006).

A origem do Programa Saúde da Família (PSF), no Brasil, remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, como parte do processo de

reforma do setor da saúde, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, tendo como objetivo a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa, mas uma estratégia para uma atenção primária à saúde qualificada e resolutiva (BRASIL, 2002).

A estruturação da Estratégia Saúde da Família concretizou-se, no Brasil, concomitantemente, com o processo de reforma psiquiátrica, que provocou na atenção à saúde mental importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. Segundo o conceito defendido pela Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial, como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (SCÓZ, FELLINI, 2003).

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de atenção primária próprio do Sistema Único de Saúde brasileiro, baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá



ser a quantidade de pessoas por equipe. As Equipes de Saúde da Família podem ser complementadas por equipes de saúde bucal, compostas por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, podendo contar também com a presença de um técnico de higiene dental (BRASIL, 2011).

A existência de uma rede de atenção básica permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica, como também a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária e, ainda, auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada, os quais são primariamente orientados por profissionais de saúde de um nível assistencial mais complexo (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2008).

A Estratégia Saúde da Família tem como atribuições: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco, aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. A Estratégia deve estar apta a acolher todos os indivíduos, desde o recém-nascido até o idoso, incluindo as pessoas com transtornos mentais e de comportamento e aquelas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001).

A partir dessas atribuições, pode-se afirmar que existem treze passos para a organização de uma Equipe de Saúde da Família: 1) definição e descrição do território de abrangência; 2) adscrição da clientela; 3) diagnóstico de saúde da comunidade; 4) organização da demanda; 5) trabalho em equipe multiprofissional; 6) enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; 7) estímulo à participação e controle social; 8) organização de ações de promoção da saúde; 9) resgate da medicina popular; 10) organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; 11) identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; 12) monitoramento da situação de saúde no seu território de abrangência; 13) educação permanente em saúde (ANDRADE *et al.*, 2006).

Apesar da recomendação de que os médicos responsáveis pela atenção primária sejam generalistas ou de família, no Brasil, pode-se destacar que não formam um corpo único e, em geral, são: médicos especialistas das grandes áreas (Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e cirurgia Geral), médicos subespecialistas (Dermatologia, Psiquiatria, Neurologia, Urologia etc.), médicos não especializados e médicos de família e comunidade (DUNCAN, 2006).

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica com foco privilegiado na Atenção Primária à Saúde, que se caracteriza por cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde das pessoas, indiferente de idade, sexo ou afecção, considerando o contexto familiar e comunitário. O Médico de Família e Comunidade tem como competências: a) ser normalmente o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde, proporcionando acesso aberto e ilimitado aos usuários e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente de idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão; b) utilizar eficientemente os recursos da saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo papel de advocacia do paciente sempre que necessário; c) desenvolver abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; d) ter processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através da comunicação médico-paciente efetiva; e) ser responsável pela prestação de cuidados continuados, longitudinalmente, consoante às necessidades do paciente; f) possuir processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade; g) gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crônicos, dos pacientes individuais; h) gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente; i) promover a saúde e o bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas; j) ter responsabilidade específica pela saúde da comunidade. k) lidar com os problemas de saúde nas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (SOUZA, 2008; WONCA EUROPA, 2002).

Diferentemente de outras especialidades clínicas, a medicina de família e comunidade transcende à divisão entre mente e corpo que atravessa a medicina como se fosse falha geológica. A medicina de família e comunidade define-se em termos de relacionamentos e, logo, não pode ser dividida dessa maneira. O método clínico convencional não se adapta à

prática dessa disciplina. Utiliza da clínica ampliada e do método clínico centrado na pessoa, cuja diferença mais importante é que a atenção às emoções representa uma de suas exigências (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

O Pacto pela Vida 2006 definiu como uma de suas prioridades o fortalecimento da atenção básica, além de priorizar a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza e promoção da saúde. Ao perceber a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, em que se estabelecia que o PSF era a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2008 um documento intitulado *Integrating mental health into primary care - A global perspective*. Este reforçava a importância de inserir ações de saúde mental na atenção primária à saúde. Os transtornos mentais afetam centenas de milhões de pessoas e, se não tratados, podem acarretar sofrimento e perdas econômicas. Apesar do potencial para tratar com sucesso os transtornos mentais na atenção primária, apenas pequena minoria das pessoas, que necessitam receber tratamento, tem acesso aos serviços mais básicos. A integração dos serviços de saúde mental na atenção primária é assim a forma mais viável de preencher essa lacuna e assegurar que as pessoas tenham os cuidados que necessitam (OMS, 2008).

Cuidar da saúde mental na atenção primária é acessível e pode trazer benefícios importantes. Entretanto, habilidades e competências são necessárias para efetivamente avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar e encaminhar as pessoas com transtornos mentais. É essencial que profissionais sejam adequadamente preparados e apoiados em seu trabalho em saúde. Não existe um modelo único de boas práticas que podem ser seguidas por todos os países. Em vez disso, o sucesso foi alcançado através da aplicação local sensata de alguns princípios gerais. A integração é mais bem sucedida quando a saúde mental é incorporada às políticas públicas de saúde e apoiada pelo governo, usando os recursos adequados. Para ser totalmente eficaz e eficiente, os cuidados primários de saúde mental devem ser organizados em uma rede de serviços em diferentes níveis de cuidado. Numerosos países de baixa e média renda fizeram

com sucesso a transição para cuidados primários integrados para a saúde mental (OMS, 2008).

Influenciado por este documento, o Ministério da Saúde publicou, no dia 21 de fevereiro, a Portaria 325/2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. Na nova portaria foi incluída como prioridade a saúde mental, além da saúde do trabalhador, do fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, da atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e da saúde do homem (BRASIL, 2008).

A ausência de integração da rede de saúde, de capacitação específica, de suporte adequado e a crescente demanda motivam os profissionais das equipes de saúde da família a não realizarem um atendimento adequado a esta clientela, descumprindo os princípios constitucionais do sistema único de saúde (universalidade, integralidade e equidade). Isso gera a ausência de um atendimento integral para a população, implicando aumento do sofrimento psíquico na sua região, entre tantas outras consequências. É válido, então, elucidar que a saúde mental tem um papel fundamental no apoio matricial às equipes de saúde da família. Isto se traduz não apenas pelo fato de que portadores de sofrimento mental podem adoecer fisicamente, como também pelo fato de que o adoecimento físico pode acarretar sofrimento psicológico (TAVARES, 2009).

Soma-se a isso o sofrimento subjetivo relacionado a outros problemas de saúde, como o próprio adoecer, por exemplo, decorrente da situação socioeconômica, que no Brasil é agravada pela desigualdade, além da relação de que a saúde mental está inserida na saúde geral. Não como uma especialidade, como princípio da atenção integral do sujeito, atuando, ou podendo atuar, inclusive nas ações de promoção de saúde (TAVARES, 2009).

A visão do problema se amplia quando se percebe que as competências de médicos generalistas em detectar e tratar transtornos mentais está mais ligada a habilidades de comunicação médico-paciente do que a conhecimentos teóricos de psiquiatria (BALLESTER *et al.*, 2005; PEREIRA, 2006).

O Ministério da Saúde prioriza que a assistência na rede básica deva ser realizada através do apoio matricial às equipes da atenção básica, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa

umentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003, p. 4).

O apoio matricial constitui uma estratégia organizacional que visa dar suporte técnico em áreas específicas, como a saúde mental, para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Assim, a equipe de apoio matricial compartilha alguns casos com a equipe de saúde da família de um dado território. Esse compartilhamento se dá através de corresponsabilização pelos casos, principalmente os mais graves e de difícil condução, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjugadas com as famílias e comunidades ou em atendimentos unificados (BRASIL, 2003, p. 4).

Na mesma proposta, os Centros de Atenção Psicossocial são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, cujos profissionais também responsáveis pelo matriciamento das equipes da atenção básica. Quando estas equipes forem insuficientes ou os Centros de Atenção Psicossociais inexistentes (municípios menores de 20 mil habitantes não precisam de Centros de Atenção Psicossocial segundo o Ministério da Saúde), teriam a equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e, no máximo, nove equipes da Estratégia de Saúde da Família, ou para grupos populacionais entre quinze e trinta mil habitantes (BRASIL, 2003).

Entretanto, do ponto de vista prático, o que se percebe é que os Centros de Atenção Psicossocial não são capazes de suportar a crescente demanda em saúde mental e o reduzido número de centros cria barreiras geográficas para populações carentes que não tem acesso adequado aos meios de transporte. Essa situação é agravada pelo encaminhamento de pacientes que poderiam ser acompanhados pela Equipe de Saúde da Família, o que não ocorre pela falta de capacitação e suporte dos profissionais (TAVARES, 2009).

Com vistas a apoiar a Estratégia Saúde da Família e ampliar a abrangência e o escopo de suas ações, bem como a resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (Portaria GM 154/2008). O NASF está dividido em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher; assistência farmacêutica; e saúde mental. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as

práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF, no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

A equipe do NASF e as Equipes da Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado, como reuniões e atendimentos conjuntos, constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela saúde da família (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde afirma, ainda, a importância em inserir indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), como forma de avaliar e planejar ações nessa área (BRASIL, 2003).

Porém, a maior vitória na reforma da assistência psiquiátrica brasileira ocorreu com a promulgação, em 6 de abril de 2001, da Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental, na direção de um modelo comunitário de atenção integral. Apesar de esta Lei não ter contemplado aspirações fundamentais do projeto original, como a extinção progressiva dos manicômios, ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2002).

O Relatório sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, também lançado em 2001 e visa a sensibilizar o público e os profissionais de saúde para os problemas relacionados com os transtornos mentais, bem como para os custos humanos, sociais e econômicos provocados por estas patologias. O Relatório analisa a área da prevenção, a disponibilidade de tratamento e o acesso a este, e recomendações gerais, que cada país pode adaptar de acordo com as necessidades e recursos. As dez recomendações para a ação são as seguintes: (1) proporcionar tratamento em cuidados primários; (2) disponibilizar medicamentos psicotrópicos; (3) proporcionar cuidados na comunidade; (4) educar o público; (5) envolver as comunidades, as famílias e os usuários; (6) estabelecer políticas, programas e legislação nacional; (7) preparar recursos humanos; (8) estabelecer vínculos com outros setores; (9) monitorizar a saúde mental na comunidade; (10) apoiar mais a pesquisa (OMS, 2001).

Ainda, em 2001, ano em que foi aprovada a Lei 10.216, aconteceu a terceira conferência, que teve especial importância para impulsionar a Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo com o respaldo desta Lei Federal. Nos dez anos seguintes, observou-se a ampliação do cuidado territorial em saúde mental, com implantação de muitos serviços extra-hospitalares (Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos-SRT, os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral, em Hospitais Gerais e nos CAPS III, e os consultórios de rua) e a redução do número de leitos psiquiátricos em instituições manicomiais. Outro grande passo foi a criação do Programa De Volta pra Casa. O programa, criado pelo Ministério da Saúde, objetiva a reintegração social de pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2007).

Em 2010, uma grande conquista foi alcançada pelo movimento de reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Impulsionada pela Marcha dos Usuários da Saúde Mental, realizada em Brasília, em 30 de setembro de 2009, foi realizada também em Brasília, entre os dias 27 de junho e 1º de julho de 2010, a IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial com o tema: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” (BRASIL, 2010).

Pôde-se perceber que para as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes existe política de saúde mental eficaz em andamento no Brasil. Entretanto, para os transtornos menos graves, não há política mais efetiva, o que impõe o desafio de construir uma rede de assistência competente a partir da implantação de políticas públicas mais abrangentes na saúde mental. Campos (2005) coloca a dificuldade de integração entre o CAPS e a Estratégia Saúde da Família como um dos grandes entraves para tal.

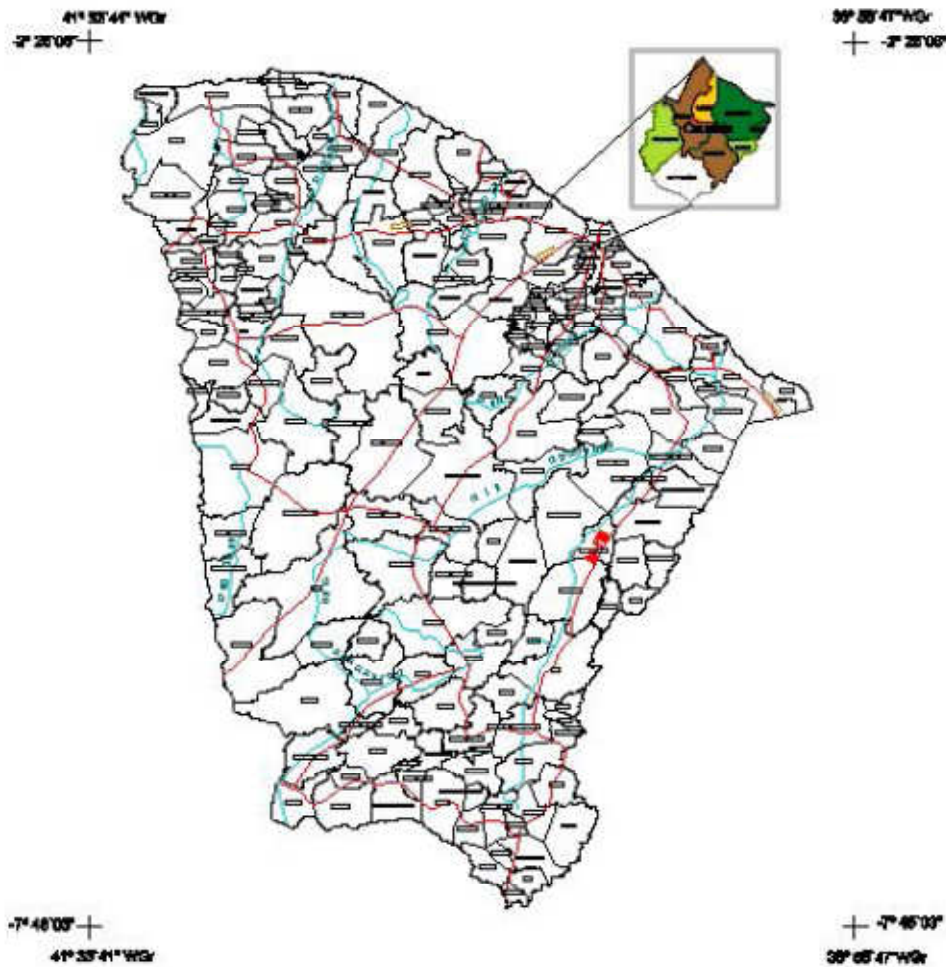
## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Cenário da pesquisa**

O estudo foi realizado em Centro de Saúde da Família, localizado de Caucaia-CE. Os critérios para seleção para inserção deste centro de saúde no estudo foram: ter equipe completa, incluindo médico; ser coberta por uma equipe NASF; ter infraestrutura adequada e ter a permissão do coordenador do centro.

O município de Caucaia-CE é parte integrante da Região Metropolitana de Fortaleza, limitando-se ao norte pelo oceano Atlântico e a leste com a capital cearense. Ao sul, limita-se com o município de Maranguape, sendo que os municípios de São Gonçalo do Amarante e Pentecoste confrontam-se a oeste. A distância do município para a capital é de 16,5 km e as vias de acesso são a BR-020 e CE – 085. Sua área 1.227.895 km<sup>2</sup>, distribuída pelos distritos de Caucaia/sede, Guararu, Catuana, Sítios Novos, Bom Princípio, Tucunduba, Mirambé e Jurema, representados graficamente em croqui de localização, enquadrado pelas coordenadas extremas longitude -38°45'20"WGr e -38°53'53"WGr e latitude -3°20'49" e -3°46'37" (IBGE, 2010).





**Figura 1** - Mapa dos distritos de Caucaia. Caucaia, CE, Brasil, 2012

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

A Zona Urbana do Município é integrada por Caucaia/Sede e Jurema, e conta com toda a infraestrutura que os caracterizam como zona urbana. A sua população corresponde a mais de 90% dos habitantes do município, com serviços e toda a logística necessária à administração pública. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - apontam que, em 2010, o município tinha população de 325.441 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Caucaia aderiu ao Pacto de Gestão em 2006 e encontra-se em Gestão Plena, pertencendo à macrorregião de Fortaleza. Divide-se em 06 (seis) distritos sanitários - Sede, Praia, Sertão I (BR 222), Sertão II (BR-020 e MetrÓpole), Jurema I e Jurema II, sendo composta por 46 Centros de Saúde da Família (CSF), 74 equipes de Saúde da Família, 49 equipes de Saúde Bucal e seis equipes de NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família (uma para cada distrito). Destas, seis equipes de Saúde da Família e cinco equipes de Saúde Bucal (Planalto Caucaia, Itambé, Tabuba, Sérgio Rodrigues, Araturi e Parque

Soledade) atuam no terceiro turno, priorizando o atendimento do trabalhador. Com todo este aporte de profissionais atuando na atenção Primária priorizando a Prevenção, Promoção e Recuperação da saúde da população caucaiene. Na atenção secundária é município polo, sendo referência para 09 municípios (Apuiarés, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luis do Curu e Tejuçuoca) da região da 2ª Célula Regional de Saúde - CRES, onde possui um Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha com serviços de urgência, clínica médica, pediatria, traumato-ortopedia e cirurgia. Também com uma Maternidade Santa Terezinha, que atua como referência para pré-natal de alto risco, cirurgia cesariana e urgência pediátrica (CAUCAIA, 2010).

Na Saúde Mental, possui dois Centros Psicossociais: um CAPS AD (álcool e drogas) e um CAPS Geral. E, no nível terciário, realiza serviço de hemodiálise. Há, ainda, uma Clínica de Especialidades Médicas e um Centro de Especialidades Odontológicas, além de outros estabelecimentos de saúde conveniados para diagnóstico e tratamento (CAUCAIA, 2010).

O CSF estudado localiza-se no centro do município, tendo população de 4.726 pessoas cadastradas pelos sete agentes comunitários de saúde. Uma micro área ainda permanece sem agente de saúde. A equipe profissional conta com uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, três agentes administrativas, um porteiro e uma auxiliar de serviços gerais, além do médico, que é o pesquisador responsável por este estudo. Uma equipe NASF atua na área, contando com uma fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma terapeuta ocupacional, um educador físico, uma nutricionista e uma fonoaudióloga (TAVARES *et al.*, 2011).

#### 4.1.1 Explorando o campo

A observação participante natural e a análise de outras pesquisas realizadas pelo pesquisador responsável por este estudo foram de extrema importância para a definição do objeto de estudo na fase exploratória deste trabalho.

O início da exploração do campo ocorreu em março de 2010, com o processo de implantação de um projeto de intervenção elaborado pelo pesquisador, baseado no projeto de conclusão do curso de especialização de práticas clínicas em saúde da família, cursado pelo mesmo na Escola de Saúde Pública do Ceará, com término em 2009. Este projeto teve como

objetivo facilitar o acesso dos usuários portadores de transtornos mentais e dos que faziam uso problemático de álcool e outras drogas da área de abrangência da equipe de saúde da família através da inclusão de ações em saúde mental no centro de saúde estudado. Foram propostas ações, como: cadastro e busca ativa dos usuários; capacitação dos profissionais; avaliação dos cadastros levantados; realização de visitas domiciliares; estruturação no calendário de um dia de atendimento quinzenal (individual e/ou em grupos educativos) aos portadores de transtornos mentais; utilização do matriciamento e da interconsulta em saúde mental para casos selecionados; educação voltada à saúde mental; criação de planilha de indicadores específicos em saúde mental; efetivação de parcerias e constituição de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade; e instituição da terapia comunitária (TAVARES, 2009).

Parte das ações foi implementada devido ao engajamento e à vontade dos profissionais do Centro de Saúde. Porém, a carência de apoio da gestão municipal dificultou o funcionamento satisfatório e a completa implantação desta intervenção, o que motivou a realizar o levantamento no município de Caucaia para avaliar se as equipes de saúde da família estavam realizando ações de saúde mental (TAVARES, 2010).

O questionário deste estudo foi respondido por 48% dos enfermeiros, que atuavam na Estratégia Saúde da Família de Caucaia. Vinte e nove por cento dos enfermeiros consideraram que nas equipes eram realizadas ações de saúde mental, sendo que ao analisar que atividades eram estas, percebeu-se que as mesmas se restringiam à assistência aos pacientes psiquiátricos (cadastro-58%, busca-ativa-66%, atendimentos individuais-90% e visitas domiciliares-75%). O matriciamento não era realizado no município. Nenhuma equipe realizava grupos educativos, terapia comunitária, diagnóstico em saúde mental da comunidade ou sala de situação. Setenta e um por cento (71%) destes enfermeiros referiram não realizar nenhum tipo de ação em saúde mental. Os principais motivos para a ineficácia nesse campo de atuação foram: ausência de integração da rede de saúde (46%); insuficiente capacitação específica em saúde mental (68%); carência de suporte/apoio adequado às equipes (79%); elevada demanda de atendimentos (68%); e infraestrutura inadequada (46%). A partir do estudo realizado, comprovou-se que as ações de saúde mental ainda não eram uma realidade no cotidiano das equipes de saúde da família do município, fazendo-se necessário o uso de novas estratégias para maior integralidade na atenção básica em relação à saúde mental. Optou-se então por realizar, neste momento, estudo quantitativo, objetivando avaliar a taxa de

atendimentos a usuários com queixas de saúde mental nos Centros de Saúde da Família de Caucaia. Desta forma, seria possível sensibilizar a gestão quanto à magnitude do problema e, assim, tentar consolidar a implantação da intervenção proposta no centro de saúde em questão e expandi-la às outras unidades de saúde da atenção primária do município. Este estudo foi considerado o primeiro componente desta pesquisa (TAVARES, 2010).

Dessa forma, esta pesquisa foi dividida em dois componentes, o primeiro constituído por um estudo quantitativo, e o segundo por estudo de natureza qualitativa. Tendo em vista que o conjunto de dados quantitativo e qualitativo não se opõe, ao contrário, estes se complementam, pois a realidade é abrangida por eles dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2006).

## **4.2 Componente I – Estudo quantitativo**

### 4.2.1 Natureza e tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa. Transversal, porque fornece um diagnóstico instantâneo da situação com base na avaliação de cada um dos participantes. Descritivo, pois descreve a distribuição de um evento na população em termos quantitativos (MEDRONHO *et al.*, 2002).

### 4.2.2 Materiais e métodos

Participaram da pesquisa os usuários atendidos pelo médico da instituição investigada de maio a dezembro de 2011, tendo sido avaliados 2.972 usuários que procuraram pelo ambulatório.

Para avaliar sofrimento psíquico nos usuários atendidos, foi utilizado o *Self Report Questionnaire*, SRQ-20 (Figura 2). O SRQ tornou-se um instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos transtornos mentais comuns. Na versão brasileira foram retiradas as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos mantendo-se a versão com vinte itens. O SRQ já foi traduzido para oito idiomas diferentes, sendo utilizado em vários países. Na década de 90, o SRQ-20 destacou-se como o instrumento de triagem de morbidade psíquica mais utilizado nos estudos brasileiros, apresentando sensibilidade em torno de 83% e especificidade de 80%, sendo ainda um bom indicador de morbidade.

- **SRQ 20 - Self Report Questionnaire** (Se o resultado for maior ou igual a sete respostas SIM está comprovado sofrimento mental)

- 1- Você tem dores de cabeça freqüente?
- 2- Tem falta de apetite?
- 3- Dorme mal?
- 4- Assusta-se com facilidade?
- 5- Tem tremores nas mãos?
- 6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?
- 7- Tem má digestão?
- 8- Tem dificuldades de pensar com clareza?
- 9- Tem se sentido triste ultimamente?
- 10- Tem chorado mais do que costume?
- 11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
- 12- Tem dificuldades para tomar decisões?
- 13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)
- 14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
- 15- Tem perdido o interesse pelas coisas?
- 16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
- 17- Tem tido idéia de acabar com a vida?
- 18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?
- 19- Você se cansa com facilidade?
- 20- Têm sensações desagradáveis no estomago?

**Figura 2** – Instrumento *Self Report Questionnaire*, SRQ-20, utilizado na pesquisa. Caucaia, CE, Brasil, 2011

Neste estudo, o questionário foi aplicado, de forma oral, pela agente administrativa (estudante de serviço social) do centro de saúde aos os usuários que seriam atendidos pelo médico da equipe no período estudado. Cada usuário recebia então pontuação e a entregava ao médico antes de iniciar o atendimento. Os usuários com pontuação superior a sete (7) no SRQ-20 eram então incluídos no formulário da pesquisa e avaliados de acordo com os critérios do CID-10, sendo então preenchidos pelo pesquisador responsável os campos do formulário: iniciais, sexo, data de nascimento, classificação, medicação em uso, serviços em que é acompanhado e o diagnóstico (Figura 3).

Formulário é um documento com campos pré-impessos onde são preenchidos os dados e as informações, que permite a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações. O mesmo foi preenchido exclusivamente pelo pesquisador responsável durante as consultas médicas dos usuários, visando assim, diminuir problemas relacionados ao mal preenchimento e entendimento. Os dados se restringiram aos campos do formulário e às conclusões do pesquisador responsável (CURY, 2005).



**Quadro 1 - Quadro-legenda das variáveis para digitação dos dados quantitativos. Caucaia, CE, Brasil, 2011**

<b>Variável</b>	<b>Resposta</b>	<b>Observações</b>
Número do questionário	A partir de 001	Conta o total de usuários com queixas de saúde mental
Sexo	1-Masculino; 2-Feminino; 3-não respondeu	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Data de Nascimento	Calcular a idade em anos a partir da data de nascimento	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Classificação da queixa de saúde mental	1-Transtorno mental leve a moderado, 2-Grave e persistente, 3-Sofrimento Psíquico (quadros com tendência à remissão espontânea)	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Medicamentos utilizados pelo paciente	0-nenhuma, 1-antidepressivo, 2-antipsicótico, 3-benzodiazepínico, 4-moderador do humor, 5-prometazina/biperideno, 6-anticonvulsivante, 7-outros	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Compartilhado com outro serviço de referência	1-caps ad, 2-caps geral, 3-neurologista, 4-geriatria, 5-emergência/internamento, 6-pediatra, 7-outros	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Diagnóstico em saúde mental	1-ansiedade, 2-depressão, 3-psicose, 4-álcool/drogas, 5-epilepsia, 6-luto, 7-demência, 8-causas orgânicas, 9-bipolar, 10-dependência benzodiazepínica, 14-não foi possível identificar	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Total de atendimentos	Número total de atendimentos realizados pelo médico	
Atendimentos de saúde mental	Número total de atendimentos de saúde mental realizados pelo médico e registrados na planilha	

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme protocolo 069/11.

### **4.3 Componente II – Estudo qualitativo**

#### 4.3.1 Natureza e tipo de estudo

Para alcançar o objetivo de compreender o sofrimento psíquico e suas manifestações e identificar potencialidades para o trabalho das equipes de saúde da família na área de saúde mental, foi utilizada a abordagem qualitativa. O método qualitativo coloca sujeito e objeto em interação, tornando-se assim parte da investigação. Nesse espaço, qualquer proposta metodológica fechada poderia prejudicar os resultados. O método deve estar inserido em um processo de negociação perene com a realidade estudada, assim o pesquisador adotará postura maleável, capaz de adaptar o método a cada momento da investigação. Exige-se, portanto, do pesquisador uma abertura emocional e intuitiva para a realização do estudo (MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa reconhece a existência de uma relação entre o pesquisador e o objeto de estudo, ou seja, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, estabelecida de maneira interpretativa, sem neutralidade. O sujeito é parte do processo. Sujeito-observador que atribui significado ao que interpreta. O objeto é construído, ou seja, é significado na relação direta entre ele e o sujeito, a partir de uma problematização (DEMO, 1989).

#### 4.3.2 Sujeitos do estudo

A população foi composta por usuários do centro de saúde, com diagnóstico de transtornos mentais comuns, em acompanhamento da equipe de saúde da família. Foram entrevistados quantos usuários foram necessários para a saturação teórica, à medida que as ideias foram se repetindo e o assunto aprofundado. A amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado e suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador analisar os dados coletados, a partir dos significados, compreensões, percepções, sentidos, comportamentos dos sujeitos envolvidos. Não exige quantificar esses sujeitos, porém necessita se esgotar em sua totalidade



ao identificar nas falas dos envolvidos o que fornece sentido àquela situação. Desta forma, os sujeitos da pesquisa foram identificados durante os momentos de observação do campo pelo pesquisador responsável (médico de equipe), seguindo o que preconiza Minayo (2006), que orienta a inclusão progressiva dos sujeitos diante das descobertas do campo, privilegiando os sujeitos sociais detentores dos atributos buscados pelo pesquisador (TESTA, 1995; MINAYO, 2006).

Contou-se com o apoio de outros profissionais dos centros de saúde (enfermeiro, ACS e equipe NASF) para a identificação, sendo selecionados usuários que procuraram atendimento e/ou estavam em acompanhamento pela equipe por quadros de transtornos mentais comuns, dando-se preferência àqueles mais frequentavam o CSF, de acordo com a observação do pesquisador e dos outros profissionais. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos com prejuízo importante da cognição, os menores de idade e/ou deficientes auditivos e/ou visuais, além de analfabetos ou pessoas que não conseguiram compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas de dezembro de 2011 a janeiro de 2012. No pré-teste do estudo, foram entrevistados quatro usuários. Estas entrevistas não foram gravadas e tiveram o objetivo de melhor definir as técnicas a serem utilizadas. Foram realizadas, após esta fase, onze entrevistas, seis gravadas nos domicílios dos usuários e cinco, no centro de saúde.

#### 4.3.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

##### 4.3.3.1 *Observação sistemática*

Em um primeiro momento, observou-se a rotina do Centro de Saúde, quando foram expostos os objetivos, assim como foi solicitado o consentimento do coordenador para participar do estudo, observando a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

A observação é imprescindível para a realização de processo de pesquisa científica. A observação participante natural foi utilizada para a produção de dados a partir dos registros do diário de campo do pesquisador. Esta técnica consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo, sendo que o mesmo pertence à comunidade ou grupo que investiga. O principal problema é que a presença do pesquisador pode provocar

alterações no comportamento dos observados, desfazendo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados pouco confiáveis (MINAYO, 2006).

#### *4.3.3.2 Entrevista não estruturada*

Utilizou-se a entrevista individual não diretiva para a coleta de dados.

Respeitando-se a conveniência dos sujeitos da pesquisa e do pesquisador, foram marcados encontros com cada participante, realizados no Centro de Saúde e/ou domicílio do participante, a depender da disponibilidade e desejo dos envolvidos. Na ocasião do primeiro encontro, foram fornecidas todas as informações sobre a pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante, que foi devolvido na ocasião da entrevista. Foi solicitada, ainda, a autorização para gravação da entrevista. Neste momento, antes de iniciar a entrevista, o pesquisador procedeu à breve avaliação do estado de saúde mental do indivíduo, confirmando diagnóstico e verificando a capacidade cognitiva em participar da pesquisa. Foi também aplicado formulário, contendo questões fechadas para caracterização dos sujeitos (Apêndice A).

A entrevista é uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, sendo a mais usada no processo de trabalho de campo. As entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Optou-se pela modalidade denominada de não estruturada ou não diretiva. A entrevista não diretiva, como técnica qualitativa de coleta de dados, é o inverso do questionário que se baseia em perguntas. A entrevista é aberta e centrada, isto é, baseia-se não nas reações do entrevistado a perguntas precisas, mas na expressão livre de suas ideias sobre um assunto. Para um entrevistador, ser não diretivo é desejar não impor nada ao entrevistado, mas obter dele expressões espontâneas, absolutamente, não devidas a induções vindas da situação do encontro ou de suas próprias atitudes, comportamentos e reações no momento deste encontro (MINAYO, 2002).

Na entrevista não diretiva, a iniciativa está ainda mais inteiramente no entrevistado. A função do entrevistador é apenas estimular o entrevistado a falar a respeito de determinado assunto, com um mínimo de orientação ou perguntas diretas. O pesquisador estimula o entrevistado a discorrer sobre tudo e livremente, pelo fato de estar atento aos sentimentos apresentados pelo entrevistado e por um reconhecimento afetuoso dos sentimentos da pessoa. Talvez as observações mais típicas do entrevistador, numa entrevista

não diretiva, sejam: "Você acha que...", ou "Diga mais alguma coisa", ou "Por quê?", ou "Interessante isso, não?", ou apenas "Hum... hum". A função fundamental do entrevistador na entrevista não diretiva é servir como um catalizador para uma expressão compreensiva dos sentimentos e crenças da pessoa, bem como do quadro de referência em que seus sentimentos e crenças adquirem significação pessoal. Para atingir este objetivo, o entrevistador precisa criar uma atmosfera inteiramente permissiva, em que a pessoa esteja livre para exprimir-se, sem medo de desaprovação, repreensão ou discussão, e sem receber conselhos do entrevistador (SELLTIZ, 1967).

Nesta pesquisa, foi realizada pergunta disparadora, a partir da qual o participante foi estimulado a discorrer livremente sobre o tema que constituiu o foco de pesquisa, sendo procedidas a pequenas intervenções, visando a esclarecimentos necessários. A questão disparadora foi: "muitas pessoas procuram o serviço de saúde com queixas físicas, como dor de cabeça, de estômago, aperto no peito, entre outros. Algumas dessas pessoas percebem ligação dessas queixas com problemas pessoais pelos quais estão passando, que causam sofrimento psicológico. Fale o que você puder sobre esse assunto".

#### *4.3.3.3 Documentos*

As fontes documentais foram selecionadas de acordo com a importância de complementação dos dados coletados através das entrevistas. Além de revisão bibliográfica sobre o tema, foram utilizados dados de pesquisas realizadas pelo próprio pesquisador responsável ao longo do curso de mestrado. Os dados foram publicados em anais de congressos e/ou estão em fase de publicação em revistas científicas e livros.

Os documentos foram utilizados de maneira a complementar o material empírico coletado, sendo de extrema relevância para o enriquecimento do estudo, possibilitando confrontos importantes, dando subsídios à comprovação do material empírico coletado e observado.

#### *4.3.4 Análise e tratamento dos dados*

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas utilizando-se o método de Análise de Conteúdo, definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações para obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2008). Durante a coleta das entrevistas, já foi iniciado o processo de análise das falas. Em seguida, foram identificados aspectos comuns ou relacionados entre si e assim estabelecidos núcleos de sentido e categorias das respostas para facilitar a interpretação dos dados. A análise também teve por base outros estudos já realizados relacionados com a temática em estudo.

Trivinos (1987) explica as três etapas assinaladas por Bardin (2008) como básicas para os trabalhos com a análise de conteúdo. A pré-análise: a organização do material, isto é, de materiais que serão utilizados para a coleta dos dados, assim como também como outros materiais que podem ajudar a entender melhor o material e fixar o que o autor define como corpus da investigação, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção; a descrição analítica: nesta etapa o material reunido que constitui o corpus da pesquisa é mais bem aprofundado, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias; e interpretação referencial, fase de análise propriamente dita. A reflexão, a intuição, com embasamento em materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade, aprofundando as conexões das ideias, chegando se possível à proposta básica de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

De acordo com Trivinos (1987), deve ocorrer interação dos materiais, não devendo o pesquisador restringir sua análise ao conteúdo manifesto dos documentos. Deve-se, todavia, tentar aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências das características sociais que se analisam, ao contrário do conteúdo manifesto que é dinâmico, estrutural e histórico.

#### *4.3.4.1 Ordenação e classificação dos dados*

No primeiro contato com os dados brutos, realizou-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva dos textos contidos nas entrevistas, grifando e destacando as ideias que mais se repetiam, que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, o que possibilitou a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco e a construção dos códigos (ASSIS, 1998).

Após elaboração dos códigos, selecionaram-se, em cada entrevista, os discursos relativos aos mesmos, recortando-os e colando-os junto ao código correspondente. A partir de convergências de códigos com sentidos comuns nas diferentes entrevistas, foram estruturados cinco núcleos de sentido: termos e conceitos sobre saúde mental, causas de sofrimento psíquico, família como agressora ou terapêutica para o sofrimento psíquico, saúde física *versus* saúde mental, e questões relacionadas ao tratamento e à assistência, caracterizando o sentido dos discursos ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise.

#### *4.3.4.2 Análise final dos dados*

Após a classificação dos discursos dos entrevistados, componentes dos núcleos de sentido emergentes, foram realizadas as sínteses e o confronto entre os sujeitos, agrupando as ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes, sendo então elaboradas as categorias de análise (ASSIS, 1998).

Foi realizada a análise dos dados empíricos, tendo como referência as categorias que emergiram dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas e as observações realizadas, procedeu-se ao cruzamento entre diferentes informações levantadas, articulando-as com artigos relacionados ao tema, além de outros estudos do pesquisador responsável, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Trivinos (1987), possibilita as várias dimensões de o processo investigativo confrontarem-se entre si. Ao final, surgiram três categorias de análise: sofrimento psíquico na contemporaneidade e suas causas; as interfaces entre saúde física e mental; caminhos para alcançar a saúde mental e as potencialidades da estratégia saúde da família.

A triangulação do material coletado visa a legitimar o conhecimento produzido na pesquisa qualitativa. A interação entre diversas fontes possibilita maior consistência, continuidade e congruência da produção (REY, 2002). A intersecção de diferentes olhares permite a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos (MINAYO, 1999).

#### **4.4 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado (COMEPE 069/11) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), respeitando as exigências

formais contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Observaram-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Destaca-se que a privacidade, a individualidade, bem como crenças religiosas foram respeitadas.

Buscou-se por contemplar a autonomia através do esclarecimento da voluntariedade da pesquisa, da possibilidade de desistência a qualquer momento e do abster-se de responder quando assim conviesse ao entrevistado. Utilizou-se o termo de livre consentimento, autorizando a participação voluntária na pesquisa, após explicação precisa em linguagem acessível sobre os objetivos da pesquisa.

Considerando os princípios da beneficência e não maleficência, tem-se a obrigação de não causar nenhum dano e maximizar possíveis benefícios. Desse modo, resguardou-se a vontade dos informantes de não participar da pesquisa para não abordar tema doloroso. No processo de pesquisa, caso fosse identificado um familiar/usuário/trabalhador em processo de sofrimento psíquico, este seria devidamente encaminhado ao serviço de saúde do seu território.

Os resultados serão apresentados aos participantes, resguardando anonimato, nos espaços de reuniões do Centro de Saúde da Família, na presença de usuários e profissionais que participaram da pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família de Caucaia e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, visando à melhoria da qualidade dos serviços, principalmente, nos cuidados em saúde mental, buscando cumprir os princípios da beneficência e justiça.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

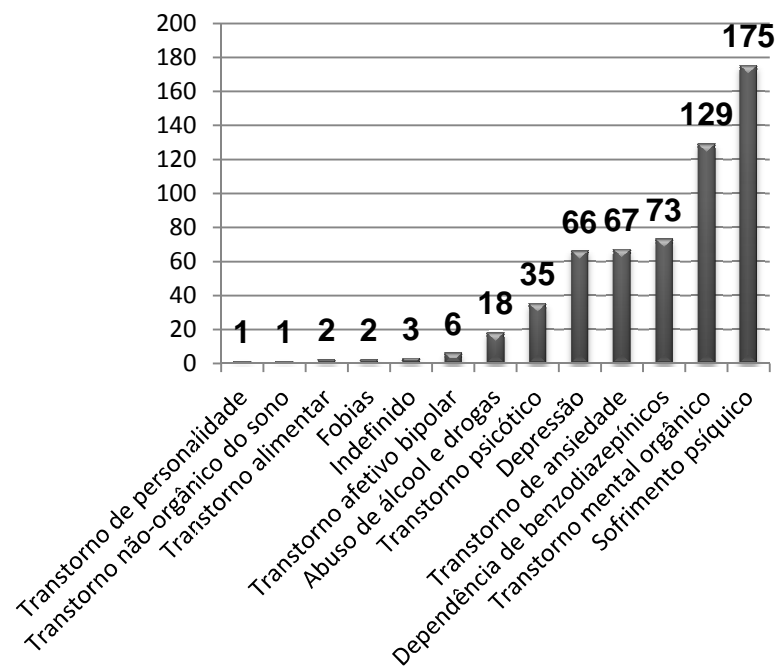
### 5.1 Componente I – Estudo Quantitativo

Foram avaliados 2.972 usuários de maio a dezembro de 2011. Dentre os principais achados, verificou-se taxa de 19,48% (579) de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental entre os realizados pelo médico da equipe no período (2.972); 31,6% (183) eram do sexo masculino e 68,4% (396), feminino. A média de idade foi de 51,5 anos, variando de 1 a 87 anos; 19,5% (113) apresentavam transtorno mental leve a moderado; 34,7% (201), transtorno mental grave e persistente; e 43% (249) sofrimento psíquico (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil dos usuários do Centro de Saúde da Família investigado. Caucaia, CE, Brasil, 2011

Dados	Nº	%
Sexo		
Masculino	183	31,6
Feminino	396	68,4
Total	579	100
Faixa etária		
< 10	13	2,2
11-20	22	3,8
21-30	57	9,8
31-40	50	8,6
41-50	100	17,3
51-60	144	24,9
61-70	103	17,8
71-80	59	10,2
80 +	31	5,4
Total	579	100
Classificação		
Leve- moderado	113	19,5
Grave – persistente	201	34,7
Sufrimento psiquico	249	43,0
Alcool- drogas	16	2,8
Total	579	100

Os diagnósticos encontrados foram transtorno de personalidade (0,2% - 1), transtorno alimentar (0,3% - 2), transtornos não-orgânicos do sono (0,2% - 1), fobias (0,3% - 2), transtorno de ansiedade (11,6% - 67), transtorno obsessivo-compulsivo (nenhum), depressão (11,4% - 66), transtorno afetivo bipolar (1% - 6), transtorno psicótico (6,1% - 35), uso problemático de álcool e/ou drogas (3,1% - 18), transtorno mental orgânico (22,3% - 129), sofrimento psíquico (30,3% - 175), uso inadequado de benzodiazepínicos (12,6% - 73) e diagnóstico indefinido (0,5% - 3).

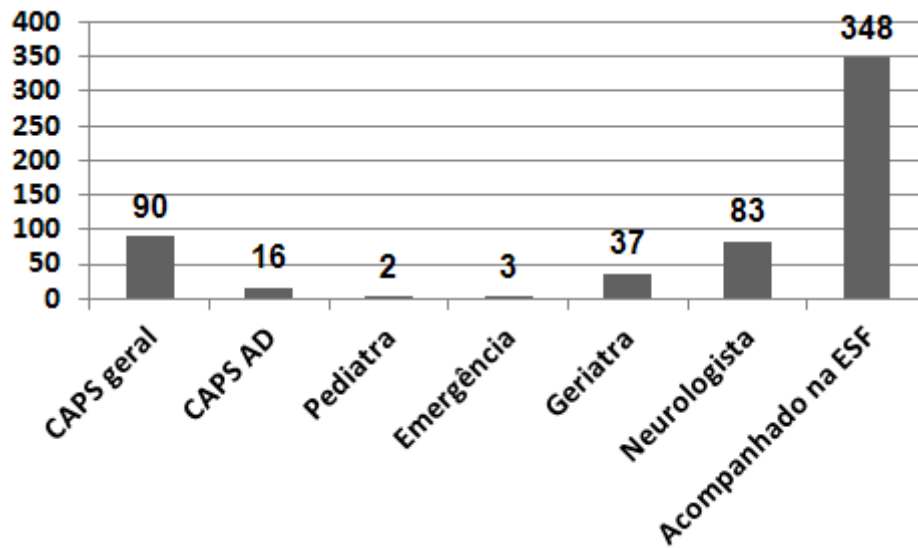


**Figura 4** – Distribuição dos diagnósticos encontrados durante componente I da pesquisa.

Caucaia, CE, Brasil, 2011

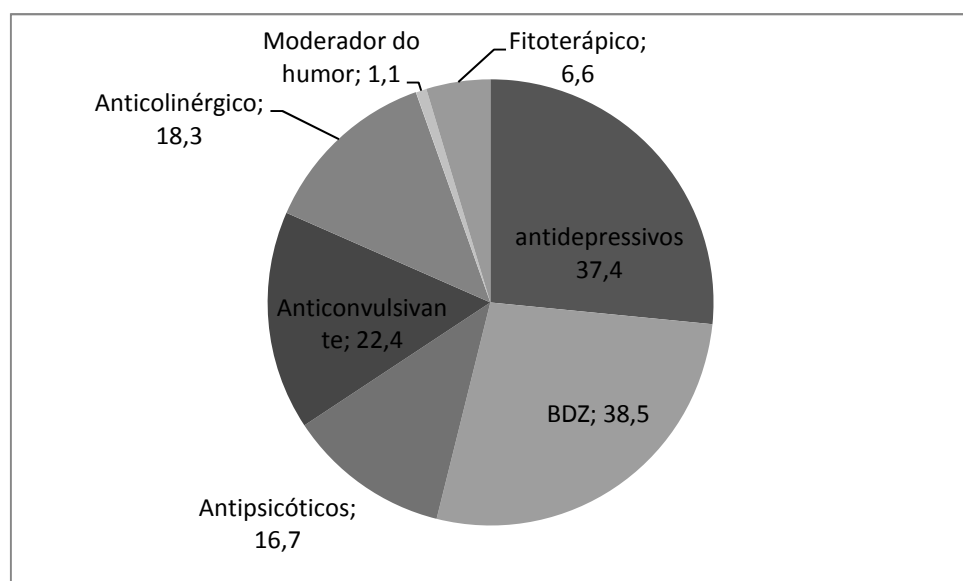
Verificou-se que parte dos usuários era acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (60,1% - 348), e outra (39,9% - 231) era compartilhada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) geral (15,5% - 90), CAPS AD (2,8% - 16), neurologista (14,3% - 83), geriatra (6,4% - 37), pediatra (0,3% - 2), ou foram encaminhados para emergência e/ou internamento (0,5% - 3) (Figura 5).





**Figura 5** - Distribuição dos serviços em que os pesquisados eram acompanhados. Caucaia, CE, Brasil, 2011

Com relação ao uso de medicação, foram identificados 366 (61,2%) indivíduos que faziam uso de medicação psicotrópica, sendo as principais: antidepressivo (37,4% - 137), benzodiazepínico (38,5% - 141), antipsicótico (16,7% - 61), anticonvulsivante (22,4% - 82), anticolinérgico (18,3% - 67), fitoterápico (6,6% - 24) e/ou moderador do humor (1,1% - 4). Para 36,8% (213) destes usuários não foi prescrita nenhuma medicação psicotrópica.



**Figura 6** – Uso de medicação. Caucaia, CE, Brasil, 2011.

Percebeu-se, a partir destes dados, que a magnitude das queixas de saúde mental no CSF era bastante elevada, correspondendo a um em cada cinco usuários que o procuravam, sendo esta a segunda causa de procura ao CSF Maria Firmino Mendes. A primeira causa era hipertensão/diabetes (TAVARES, 2011).

Observou-se, ainda, que 62,5% dos casos analisados apresentavam transtornos mentais leves a moderados e/ou quadros de sofrimento psíquico não patológicos, não se beneficiando assim da política nacional de saúde mental, que prioriza os casos graves e persistentes e as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Tais usuários deveriam assim ser acolhidos pela Estratégia Saúde da Família. Entretanto sabe-se que nem sempre isso acontece, dado que muitos profissionais acabam estigmatizando os usuários como poliqueixosos, psicossomáticos, pitiáticos. Distanciar esses usuários dessas categorias preconceituosas e perceber suas necessidades de cuidado e acolhimento é um grande desafio para os profissionais da atenção primária, assim como para seus processos de trabalho (TAVARES, 2011).

As dificuldades de acolhimento e cuidado em relação às manifestações de sofrimento que aparecem na atenção básica, tanto por parte dos profissionais como da estruturação dos serviços, estão calcadas em diversificadas origens: pouca compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento, ausência de capacitações adequadas para as equipes, serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e fragmentado de atendimento, prioridade das políticas de saúde mental para as clientela consideradas graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas difusas (FORTES, 2004).

Dessa forma, no componente II desta pesquisa, decidiu-se dar voz a estes usuários, para assim compreender o sofrimento psíquico e suas manifestações de acordo com as percepções dos mesmos e, então, identificar potencialidades do trabalho das equipes de saúde da família nesta área.

## **5.2 Componente II – Estudo Qualitativo**

Nesta, apresentam-se os dados obtidos no componente II a partir das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa. O conteúdo apresentado procurou responder aos objetivos do estudo.

Foram realizadas inicialmente quatro entrevistas. Estas não foram gravadas e serviram como projeto-piloto deste componente do estudo. Posteriormente, foram realizadas onze entrevistas gravadas, cinco realizadas no centro de saúde e seis no domicílio dos usuários. Foram consideradas para a análise seis entrevistas realizadas no domicílio dos usuários, pois se percebeu que o ambiente do centro de saúde não era adequado para a realização das entrevistas. Apesar do reduzido número de entrevistas, a técnica não diretiva possibilitou aprofundamento do tema, tendo sido este número suficiente para alcançar os objetivos do estudo. A saturação teórica foi alcançada, à medida que as ideias foram se repetindo, tornando possível esta análise.

Os dados adquiridos através das entrevistas permitiram a elaboração do quadro, em que estão apresentadas características dos entrevistados.

**Quadro 2** – Perfil dos participantes da pesquisa. Caucaia, CE, Brasil, 2011

<b>Variáveis</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>
Idade	53	57	54	41	57	55
Sexo	M	F	F	F	F	F
Profissão	Eletricista	Bordadeira	Do lar	Do lar	Professora / do lar	Professora
Estado civil	Divorciado	Casada	Casada	Casada	Casada	Divorciada
Renda familiar	2 salários	4 salários	2 salários	2 salários	4 salários	2 salários
Nº de filhos	02	03	03	03	04	03
Diagnóstico	Depressão leve	Ansiedade leve-moderada	Ansiedade leve	Ansiedade leve	Ansiedade leve-moderada	Depressão-ansiedade leves
Tempo de seguimento	6 meses	3 anos	7 meses	2 anos	2 anos	2 anos
Medicação	Amitriptilina	Bromazepam	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Serviços de saúde onde é acompanhado	CSF	CSF	CSF	CSF	CSF	CSF
Atividades de que participa	Igreja	Igreja	Igreja	Nenhuma	Igreja	Associações
Atividades de lazer	Tv, ler	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Nº de consultas nos últimos seis meses	3	6	4	9	7	7
Questões familiares	N/a	Marido etilista e violento	Filho etilista	N/a	Filho etilista	Irmã com quem vivia faleceu
Observações	Vive com os pais idosos e um irmão psiquiátrico (em cárcere privado)	N/a	N/a	2 filhas com sintomas ansiosos	N/a	Já fez uso de amitriptilina e diazepam

Durante a coleta das entrevistas, foi iniciado o processo de análise das falas. A partir do momento em que se alcançou a saturação teórica, as entrevistas foram integralmente transcritas e lidas. Após a leitura exaustiva das mesmas, grifaram-se as ideias centrais das falas dos entrevistados e as codificaram-se. Os códigos com ideias semelhantes foram então agrupados e desenvolvidos cinco núcleos de sentido principais: definição e causas de sofrimento psíquico; família enquanto geradora de sofrimento e/ou recurso terapêutico; saúde física *versus* mental; questões relacionadas ao tratamento e à assistência. Por fim, a partir destes, organizaram-se os resultados em três categorias de análise: sofrimento psíquico na contemporaneidade e suas causas; as interfaces entre saúde física e mental; caminhos para alcançar a saúde mental e as potencialidades da estratégia saúde da família.

### 5.2.1 Sofrimento psíquico na contemporaneidade e suas causas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, mas um completo estado de bem-estar, no qual o indivíduo tem consciência de seu potencial, consegue lidar com os problemas do dia-a-dia, pode trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade (WHO, 2007). Tal definição foi reproduzida em fala dos entrevistados: *é uma pessoa que tem plena certeza das suas atitudes, daquilo que está fazendo né. É uma pessoa que raciocina muito bem, é uma pessoa que faz as coisas programadas no seu dia-a-dia... Uma pessoa que dorme bem que tem os seus compromissos no dia-a-dia normais né, tem responsabilidade nas suas atitudes, não afeta ninguém, o próximo assim nem da família nem ninguém* (E1).

Entretanto, percebe-se que os tempos mudaram e, assim, também, os cidadãos contemporâneos. O mundo está mais politizado, os órgãos que disciplinam a vida dos países – ONU, Banco Mundial, FMI, entre outros – tem dado mais atenção aos povos, o que tem diminuído o sofrimento de muitos. Mas outros aspectos que envolvem a vida atualmente, preocupam e abalam a saúde mental da população. Verificou-se neste estudo que a preocupação excessiva com os problemas do cotidiano causam sofrimento psicológico. *A doença mental, ela é causada assim quando você bota um problema na cabeça, que é uma coisa psicológica. Você bota aquilo na cabeça, fica firme que aquilo ali, não consegue tirar aquilo da cabeça... Encuca com aquilo, vai acontecer aquilo* (E2). *É assim um distúrbio que a pessoa tem né, que não raciocina direito, fala alguma coisa que não deve. Distúrbio mental sempre é um transtorno assim de alguma preocupação ou fica invocado com alguma coisa...marcação pra alguma coisa* (E3).

Assim, é preciso entender que os problemas de saúde mental não se resumem a questões de pessoas que os têm e que são chamados de loucas, muitas vezes de forma indevida. Termos, como louco, doido, doente mental, incapaz, irresponsável, drogado, carregam estigmas e preconceitos, que muitas vezes até afastam os usuários da busca por uma boa saúde mental. As falas identificadas acerca da doença mental estão entrelaçadas às experiências pessoais de cada sujeito pesquisado. Embora tenham elaborado conceitos sobre como veem a doença mental, existiu tema central nas narrativas: a ideia de que a doença mental é considerada difícil, penosa para quem a vivencia, não menos árdua para a família. Os sujeitos ouvidos a percebiam, também, como de difícil compreensão para a ciência. Recortes das entrevistas demonstram essa estigmatização: *Louco eu já acho um problema muito sério. Eu já acho assim um caso assim sem solução. Jamais aquela pessoa vai voltar a ser o que era antes. Eu vejo dessa maneira. Eu vejo assim um louco quando uma pessoa tem assim um desvio sério está entendendo, que não consegue mais voltar. Eu comparo assim, eu não sei se a comparação é certa, por exemplo, você tem um aparelho, um relógio. Aquele relógio deu problema e mandar consertar aquele relógio, jamais ele vai voltar a ser aquele que era antes* (E2). *Loucura é através assim do problema muito sério ou então a pessoa já tem alguma pessoa da família que já tem aquele problema de loucura e já puxa a família né e eu acho que o cérebro da gente é uma coisa bem .... se a gente não puder controlar ele a gente passa pra loucura. Uma dificuldade né e tudo faz parte disso aí, nós somos fraca* (E4). *Pra mim o doido é aquele que faz coisas que não é pra ser feita, por exemplo, se ele rasgasse dinheiro, você der uma nota pra ele pra ver se ele rasga aí se ele rasgar ele é doido, considerado, ... pra mim doido é aquele que está machucando a merda com a mão né (desculpe a expressão), mas é a expressão mesmo, aí essa pessoa é doida, mas a pessoa que é super limpa e tudo ... O doido é aquele que você está convivendo com ele e ele lhe tranca dentro de um quarto e vai judiar de você, vai querer botar fogo no quarto aí esse daí é doido...* (E5).

É preciso perceber que a modernidade, segundo relata o filósofo e psicanalista francês Miguel Benasayag (2010), pode acarretar uma espécie de sofrimento psíquico e existencial na sociedade, o que também pode ser traduzido como uma doença mental.

O sofrimento psíquico contemporâneo se reflete no dia a dia dos cidadãos, que acabam direcionando reclamações, principalmente aos políticos que ocupam cargos, por eleição ou por escolha dos eleitos. Na verdade, apesar das diferenças culturais, históricas ou geográficas entre países e pessoas, transtornos mentais podem acometer um indivíduo em qualquer lugar na mesma proporção. O que se percebe cada vez mais é uma espécie de sofrimento social comum, causado por convenções e estruturas que estão presentes na sociedade contemporânea de maneira geral e global. Esse fenômeno pode resultar em um novo tipo de sofrimento psíquico e existencial contemporâneo e complexo, que envolve

diversas dimensões, resultado de um processo histórico que previa o futuro da humanidade como uma promessa de felicidade, riqueza, justiça, paz e saúde (BENASAYAG, 2010). *Muitas vezes quando a gente fala em levar a pessoa assim pra algum médico que trate da saúde mental e às vezes ah ficou doído e eu não acho que seja né, e assim, às vezes é as tripulações da vida da gente que deixa a gente ficar assim meia perturbada da cabeça né, mas assim* (E5).

Benasayag (2010) afirma que essa busca excessiva pelas “promessas da modernidade” pode levar a uma série de desordens, dificuldade de assumir pensamentos complicados e negação. É preciso lidar também com sentimentos contraditórios, como medo, insegurança, violência, ruptura e uma série de sentimentos negativos, resultado dos problemas sociais que se enfrenta. Deve-se, então, elaborar novos contextos para a compreensão desta época e reorganizar as práticas para prezar a qualidade de vida e a saúde mental.

Como se pode perceber, existem muitos fatores envolvidos com o sofrimento psíquico contemporâneo. Durante a análise das entrevistas realizadas, algumas categorias se destacaram, abordando o que poderiam ser consideradas causas para tal sofrimento na atualidade. Desemprego, sobrecarga de tarefas no trabalho e no lar, preocupação excessiva, perdas, solidão/isolamento social, machismo, problemas financeiros, falta de lazer, sentimentos de culpa, impotência e frustração, negligência com o autocuidado, violência e outros problemas sociais foram as categorias que mais se repetiram. Foram elaborados quadros com recortes das falas dos usuários para melhor ilustrar as categorias encontradas.

A violência urbana e outros problemas sociais, como corrupção, desigualdade social, pobreza, entre diversos outros, parecem ser importantes causas de sofrimento psicológico na atualidade. Estas constituíram, portanto, uma das categorias que se destacou neste estudo.

O campo da saúde vem sofrendo transformações importantes, nas últimas décadas, em decorrência da nova conjuntura social determinada pela política do capitalismo neoliberal globalizado, cujos resultados evidenciam a distribuição desigual de renda, a precarização das condições de trabalho, o aumento do desemprego e da violência, a retração das redes sociais, entre outros aspectos, intensificando a pobreza, a exclusão e as desigualdades sociais. Esses fatores socioeconômicos e políticos contribuem para os agravos de saúde da população, formando um ciclo vicioso de pobreza, isolamento e adoecimento (CASTEL, 1993; BOURDIEU, 1998; LACERDA; VALLA, 2003).

A pobreza é um fenômeno complexo. De forma genérica, é a situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada, incorpora, portanto, outras necessidades humanas, como educação, saneamento, habitação etc., além das necessidades de alimentação. Vinculada à pobreza encontra-se a insuficiência de renda ou a falta de necessidades básicas. A pobreza e desigualdade constituem duas faces de um mesmo problema, relacionadas diretamente com o contexto social no qual as pessoas estão inseridas. Em última instância, ser pobre significa não dispor de meios para se estabelecer no grupo social em que se vive (ROCHA, 2003).

Os impasses da população se agravam na conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil que contribuem para aumentar a desigualdade social, o desemprego, a violência, a pobreza, a crise na área da saúde, entre outros aspectos, além da ineficácia das ações governamentais para solucionar os problemas e oferecer serviços básicos adequados. A ideia de que há parcela da população que não será integrada de forma satisfatória na economia moderna e de que a distribuição de alguns benefícios pelos governos pode não resolver a situação dessas pessoas, parece não ter sido suficientemente assimilada pelas instâncias públicas, o que foi evidenciado nas falas dos usuários como causas de sofrimento psicológico (SCHWARTZMAN, 2004).

### **Violência e outros problemas sociais**

Entrevista 01:

*A começar pelo nível de corrupção na política né, desemprego né, isso aí é horrível. Problemas familiares como a separação né. Então tudo isso, chega uma hora que a pessoa fica sei lá, o que é que tá acontecendo? Injustiça. Eu acho assim, a gente, nós, principalmente os pobres, a gente sofre muita injustiça, muita injustiça por parte do poder maior.*

*Infelizmente ou felizmente, também não sei, nós fazemos parte de uma país capitalista e quem manda é o capital né, um país capitalista.*

*No nosso país infelizmente quem é pobre sofre tudo isso aí e não tem segurança. Ah entraram na minha casa, lá onde eu moro, sexta-feira de manhã e fizeram uma limpeza lá, graças a Deus não fizeram nada com os meus pais, que são de idade né. Eles ficam embaixo, eu moro num quarto em cima, quando a minha mãe abriu a porta estava tudo. E a gente foi fazer um BO: “Não, a polícia tá em greve. Se quiser vai ter que ir no Maracanaú.” Quer dizer, se a gente for falar disso aí eu acho que eu vou ficar falando o dia todinho e não vai terminar. Então isso, tudo isso influi sei lá, para uma vida psíquica negativa. A gente infelizmente não tem um bom exemplo pra se espelhar.*

Entrevista 02:

*Meu filho mais velho, ele tem um mercantil, eu passei uma crise muito difícil com ele porque assim, ele estava trabalhando no comércio e aí chegou um cara e pediu um dinheiro pra, ele era acostumado a pedir dinheiro ao meu filho. Aí o meu filho nesse dia não deu o dinheiro pra ele comprar o troço dele né, a droga dele. Aí o meu*

*filho continuou limpando, trabalhando, tranquilo. Quando o meu filho fica de costas pra porta da rua, aí só ver aquela sombra por trás, de sandália. Aí quando ele recebe é uma facada nas costas. Nesse dia eu tinha vindo da rua com a minha filha. Quando eu cheguei em casa, que a menina me falou isso aí, eu quase fico louca. Meu filho passou quatro dias hospitalizados, perfurou o pulmão em três centímetros. Foi uma situação muito difícil, meu esposo trabalhando lá em Aquiraz, imediatamente pegou um carro e veio pra poder ficar, chamar a esposa dele pra ficar no mercantil. Aí nesse tempo, nesse período aí foi onde eu perdi dez quilos, com a preocupação que eu tive.*

Entrevista 04:

*As minhas meninas mais nova já foi assaltada três vezes, já assaltaram o celular delas com arma aí tudo a gente já fica nervoso né, ela não estava querendo sair mais e aí pronto ficou nervosa e não saía e se saía dizia que ia morrer porque estava tonta e estava não sei o que, aí o dela já passou pra mim, eu fiquei também já nervosa, aí tudo que foi acontecendo aí passou pra mais velha e a mais velha já estava indo no mesmo caminho do mesmo jeito.*

Entrevista 05:

*Eu fico preocupada aí começo sentir aquela ansiedade, aquelas coisa preocupada assim com um mundo lá fora que a gente se preocupada e quem é mãe sabe né, saiu de casa, porque o mundo hoje é muito violento. Ontem estava todo mundo em casa tudo bem e de repente chegou um rapaz numa moto e quase atropelou meu neto lá na calçada da minha casa, da minha mãe lá no Guagiru e se os meninos não correm e se a moto também ...porque ele caiu talvez tivesse atropelado uma criança e cheio de criança lá brincando e ele fez isso bebo, quer dizer, aí é isso que eu digo o mundo está muito, a gente na própria casa e vem uma violência dessa né, então assim o mundo é cheio de violência hoje e a gente tem medo e fica aquele medo dentro da gente ah saiu, será que está tudo bem, que não aconteça nada com eles e é assim né. Todos andam de moto, de bicicleta e a gente tem medo.*

Entrevista 06:

*Porque as pessoas hoje a corrida por esse capitalismo né, a nossa sociedade é capitalista demais, então está todo mundo correndo, correndo pra ter seu espaço na sociedade e não liga pra quem está de lado, nem do seu lado direito e nem do seu lado esquerdo e nem na frente e nem atrás, é salve-se quem puder é a lei da selva, então isso deixa uma lacuna muito grande dentro do coração da gente, dentro do seu Eu, um vazio, você não conversa mais, você não tem mais vizinho, não tem mais o seu médico de antigamente, mas ainda tem médicos bons que ainda presta atenção no paciente, olha nos olhos do paciente, pega na mão do paciente e dá uma força, é isso que a gente está precisando de médicos assim que chega e que olha, eu acho que é um dos melhores remédios doutor é aproximação, é o calor, é a palavra amiga isso melhora muito.*

*A questão nossa social meu Deus do céu, é uns com tanto e outros com tão pouco, a distribuição de renda no país da gente é de lascar e é isso que está acabando com nós essa má distribuição de renda, é isso que está acabando com a saúde, a corrupção, corrupção grande demais, vem o dinheiro pra saúde, mas quando sai a verba, vão mandar, por exemplo, vão mandar a verba pra Caucaia e quando chegar aqui em Caucaia esse dinheiro tem que passar por certos órgãos né aí na metade vão fatiando e quando chega em Caucaia não tem mais o dinheiro todo pra empregar na saúde, já tem comido, eles corrompem tudo a corrupção é muito grande, muito grande não só na saúde, na educação e em todas as esferas da sociedade tem corrupção em todas.*

O papel desempenhado pelo lazer na promoção do bem-estar se constitui importante linha de investigação sobre os fatores de proteção da saúde mental. Na literatura científica contemporânea, são identificadas cinco diferentes associações entre lazer e saúde mental: 1) diminuição das possibilidades de acesso ao lazer devido à presença de transtornos psiquiátricos; 2) atividades de lazer como instrumento de reabilitação para pessoas com



desordens mentais; 3) o lazer que causa aborrecimento associado ao uso de drogas; 4) os benefícios do lazer para a promoção do bem-estar; 5) e as atividades de lazer como fatores de proteção contra sintomas psicológicos. Uma das limitações dos modelos biomédico e psicológico que embasam os estudos sobre lazer e saúde mental é que tomam como ponto de partida a compreensão da saúde mental como uma variável relacionada ao indivíduo. Existem, contudo, questões que transcendem o indivíduo e a sua vida pessoal, relacionando-se com as formas como os determinantes socioculturais se sobrepõem e interpenetram para formar uma estrutura mais ampla de vida comunitária. Além disso, quando se pensa em fatores de risco e de proteção para a saúde mental, deve-se compreender o que tais fatores significam em contextos culturais específicos, aspecto esse também negligenciado pela literatura revisada. Assim percebe-se que tal tema merece maior atenção no atual contexto, visto que a categoria “falta de lazer” foi encontrada neste estudo como causa de sofrimento psíquico (PONDÉ; CAROSO, 2003).

<b>Falta de lazer</b>
<p>Entrevista 01:</p> <p><i>Eu por exemplo, quando eu saio, porque é muito difícil eu sair pra um lazer né. Quando eu saio, eu fico preocupado, quando eu menos espero a minha mãe liga: “Olha vem pra cá que o X tá bravo, tá quebrando tudo, tá querendo me bater.”... imagina a preocupação né, da pessoa não ter assim uma certa liberdade de sair ou se sair ficar preso aqui né. Então vai juntando tudo isso, chega uma hora que a pessoa fica, pode até, espero que não seja o meu caso né, mas pode até causar um problema maior.</i></p>
<p>Entrevista 04:</p> <p><i>Acho que era falta do que fazer, como eu estou fazendo caminhada e estou procurando fazer algum esporte e alguma coisa e as minhas meninas também tão trabalhando e tudo foi resolvido, tudo.</i></p>
<p>Entrevista 05:</p> <p><i>O meu lazer eu não tenho lazer assim, eu não gosto assim de muita praia eu não gosto, eu ando no sol, mas não sou assim muito chegada a ficar assim no sol, aí é como eu lhe digo o meu lazer é mais esse, fecho minha casa no final de semana ou ele fica em casa e vou lá pra minha mãe que eu fico lá com a minha família né, mas que não deixa de ser bom não.</i></p>
<p>Entrevista 06:</p> <p><i>Você tem que ocupar a sua mente e esperar né que a saúde melhore pra nos ajudar também a ocupar essa mente, porque às vezes a gente quer ocupar a mente com quê se não tem lazer</i></p>

A categoria “desemprego e trabalho informal” também teve importância neste estudo. No Brasil, muitos trabalhadores formais que perderam seus empregos abandonaram o mercado de trabalho para se lançarem como autônomos no mercado de bens e serviços (URANI, 1995). Parte deles, provavelmente, desencorajada pelas condições do mercado de

trabalho, interrompeu a procura de emprego e optou pela informalidade como única forma de garantir remuneração (DIEESE, 1996; GUIMARÃES NETO; SOUZA, 1984; OLIVEIRA; ROBERTS, 1996).

Tem sido demonstrado que os desempregados têm pior saúde mental quando comparados aos que estão trabalhando (BROWN; HARRIS, 1978; BEBBINGTON *et al.*, 1981; WARR, 1987; BARTLEY; POPAY; PLEWIS, 1992; JENKINS, 1997; LIMA *et al.*, 1996; LUDERMIR; LEWIS, 2003; ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004). A saúde mental preexistente é um fator importante na determinação dos que conseguem e mantêm os seus empregos - "*the healthy worker effect*" (LAHELMA, 1992); entretanto, estudos longitudinais de indivíduos saudáveis que vivenciaram o desemprego (WARR; JACKSON, 1985; HAMMARSTRÖM; JANLERT; THEORELL, 1988; BARTLEY; POPAY; PLEWIS, 1992; LAHELMA, 1992; GRAETZ, 1993; MORRELL *et al.*, 1994; FERRIE *et al.*, 1995) confirmam seus efeitos adversos, revertidos com a recuperação da saúde mental quando da volta ao emprego (WARR; JACKSON, 1985; LAHELMA, 1992; MORRELL *et al.*, 1994). Contudo, o mecanismo que liga o desemprego aos transtornos mentais ainda não está totalmente compreendido.

Warr (1987) descreve nove características consideradas como "vitaminas" para saúde mental em todos os tipos de ambiente, mas particularmente os do trabalho remunerado e do desemprego. São elas: 1) oportunidade para controle; 2) oportunidade para o uso de habilidades; 3) metas geradas externamente; 4) variedade; 5) previsibilidade; 6) disponibilidade de dinheiro; 7) segurança física; 8) oportunidade para contatos interpessoais e 9) valorização social. Sugere que os indivíduos podem moldar as influências ambientais de diferentes maneiras e explica, com seu modelo, os efeitos positivos observados com a recuperação do emprego, os negativos de um trabalho insatisfatório e as diferenças em saúde mental entre subgrupos de desempregados verificados posterior e empiricamente por Rodgers (1991), Lahelma (1992) e Virtanen (2003).

Por outro lado, o mercado de trabalho informal apresenta algumas características que podem ser maléficas para a saúde psicológica, tais como: baixos níveis de poder de decisão e de controle pessoal (WARR, 1987; ROSENFELD, 1989) sobre os vencimentos e a jornada de trabalho, determinados pela demanda do mercado, no caso dos autônomos, ou pela conveniência do empregador, para os subempregados. A incerteza sobre a situação de trabalho (WARR, 1987; VIRTANEN *et al.*, 2003), os baixos salários, a ausência de

benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista são provavelmente os responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e depressão entre os trabalhadores informais.

<b>Desemprego / Trabalho informal</b>
<p>Entrevista 01:</p> <p><i>Fontes desse problema, no caso do desemprego né, que isso aí também tem me afetado também. Que eu pedi o emprego em 2004, de lá pra cá não consegui mais trabalho né, bastante tempo.</i></p> <p><i>Volto a tocar no assunto da falta de um trabalho, isso aí me consome muito sabe. Me consome muito porque a gente vive em torno do trabalho né e no meu caso que eu nem estou aposentado, quer dizer, estou no meio né, então fica uma situação difícil né. Porque se eu tivesse aposentado aí seria uma outra história. Essa preocupação já estaria fora né. Mas junta o caso de eu ainda não está trabalhando, coisa difícil pra mim voltar a esse mercado né. Eu tenho me virado, popularmente falando, tenho feito cursos e mais cursos, mas ainda não chegou a vez, mas eu acredito que vou voltar ao trabalho ainda.</i></p>
<p>Entrevista 04:</p> <p><i>Alguma coisa porque também eu trabalhava, aí tudo que a gente trabalha a gente tem aquele trabalho e sabe que vai tomar um banho de manhã e vai trabalhar, se divertir, conversar, aí eu fiquei desempregada e aí tudo começou, eu fiquei imaginando, como é que eu vou conseguir criar elas, dar o que elas querem e eu sem trabalhar e só o ganho do meu marido não dá, aí foi começando o nervosismo e eu ficava chorando desesperada e como é que eu ia ficar com elas porque jovens tudo querem o que é bom né, se ver uma coisinha boa quer e eu quando trabalhava e ajudava o meu marido tudo eu dava a elas, aí foi a dificuldade né e tudo fez parte do nervosismo, eu acho que faz parte de tudo né porque a gente trabalhando tudo é mais fácil, aí eu arranjei um emprego pra ela e não ganha bem não, mas da pra manter as coisinhas dela.</i></p>
<p>Entrevista 06:</p> <p><i>Voltei pra sala de aula, comecei a ser coordenadora e aquele emprego foi me deixando muito ocupada, a mente muito ocupada, aí quando eu perdi agora eu já comecei a sentir né quando entrou essa outra administração me botaram pra fora assim porque era cargo comissionado e a gente geralmente perde o cargo também, o prefeito sai e sai os cargos comissionados. Trabalhei quatro anos como coordenadora e era coordenadora escolar e pedagógica, fazia todos os projetos, trabalhava com projeto, elaborava projeto na área da educação e foi isso aí.</i></p>

A categoria “problemas financeiros” demonstra a associação entre renda e TMC, uma das mais estudadas e consistentes na literatura nacional e internacional sobre os determinantes sociais da saúde mental (LIMA *et al.*, 1996; WEICH; LEWIS, 1998; PATEL *et al.*, 1999; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Autores sugerem que para a saúde mental, os efeitos das dificuldades crônicas são mais importantes que os eventos vitais produtores de estresse (BROWN; HARRIS, 1978; DRESSLER, 1985; CREED, 1993). No entanto, Weich e Lewis (1998) encontraram resultados opostos e as dificuldades financeiras no momento das entrevistas mostraram-se

associadas com a incidência e a prevalência dos TMC, enquanto a pobreza esteve apenas associada à manutenção dos episódios.

Para Lewis (1996) e Wilkinson (1996), a pouca disponibilidade de dinheiro pode ocasionar estresse e insegurança, mecanismos psicológicos causadores dos TMC. Wilkinson (1997) sugere, no entanto, que pelo menos nos países desenvolvidos, as desigualdades de renda (pobreza relativa) comprometem mais a saúde do que as precárias condições de vida (pobreza absoluta), afirmando também que a tomada de consciência sobre as desigualdades socioeconômicas afeta a saúde mental.

A associação da distribuição de renda com os homicídios, os crimes violentos, as mortes relacionadas ao uso de álcool e aos acidentes de trânsito reforçam a concepção de que as desigualdades de renda têm disseminado efeitos psicossociais (WILKINSON, 1996).

<b>Problemas financeiros</b>
<p>Entrevista 04:</p> <p><i>Fiquei desempregada e aí tudo começou, eu fiquei imaginando, como é que eu vou conseguir criar elas, dar o que elas querem e eu sem trabalhar e só o ganho do meu marido não dá, aí foi começando o nervosismo e eu ficava chorando desesperada.</i></p>
<p>Entrevista 05:</p> <p><i>Começou aquele nervosismo e aí me minha pressão subia por conta eu acho, por conta disso minha pressão subia e tudo vem aquelas coisa, aí vem o problema da bebida, vem as dívidas e vem os menino que tem que levar pro colégio e aquela coisa toda e de repente ficar nervosa.</i></p>
<p>Entrevista 06:</p> <p><i>Estou passando ainda por momentos difíceis financeiros, mas eu já tenho uma parte boa pra contar. Pra passear? Eu queria está lá na Beira Mar olhando lá os coqueiros, tomar agua de coco, mas cadê o dinheiro do transporte se eu não tenho, se eu tirar para o transporte lá na Beira Mar vai fazer falta comprar ovos pra dentro de casa, comprar um leite.</i></p>

Apesar de apenas uma entrevista ter trazido a categoria “machismo”. Especial atenção deve ser dada para as relações entre os TMC e as desigualdades de gênero, uma vez que um dos achados mais persistentes na literatura é que as mulheres têm prevalência de ansiedade e depressão duas a três vezes maior que os homens (PATEL *et al.*, 1999; LUDERMIR; LEWIS, 2005). Vários autores têm estudado a associação das desigualdades de gênero e o sofrimento ou comprometimento mental, mediado pela baixa autoestima das mulheres e seu menor controle sobre o meio ou contexto de vida (ROSENFELD, 1989; JENKINS, 1985). Além disso, são parte das desigualdades de gênero tanto a construção do

menor valor dos afazeres das mulheres na sociedade quanto os desgastes e as percepções de pior saúde decorrentes, fazendo com que mulheres expressem mais facilmente seus sintomas, procurem mais os serviços de saúde que os homens e sejam efetivamente tratadas pelos profissionais de modo diverso (JENKINS, 1985; SCHRAIBER *et al.*, 2005).

<b>Machismo</b>
<p>Entrevista 02:</p> <p><i>Porque eu vivia totalmente submissa a ele e hoje não existe mais isso doutor. Como meu irmão diz: “Não existe mais esse negócio de mulher ser submissa ao homem totalmente. Existe o respeito, existe a fidelidade, a compreensão, o companheirismo, mas a mulher ser submissa ao marido, ser empregada, escrava? Isso não existe não”.</i></p>

O trabalho é uma atividade humana, individual e coletiva que requer uma série de contribuições (esforço, tempo, aptidões, habilidades etc.), os indivíduos desenvolvem esperando em troca compensações, não somente econômicas e materiais, como também psicológicas e sociais, que contribuam para satisfazer as suas necessidades. As pessoas no seu trabalho buscam a satisfação de necessidades biológicas, de segurança, de relação social, de autoestima e de autorrealização. A sobrecarga relacionada ao trabalho ou aos afazeres domésticos foi outra categoria relevante (PEIRÓ, 1993).

Porém, a realidade do trabalho é muito diversificada. Nesta categoria, analisou-se a sobrecarga relacionada não apenas ao trabalho, como atividade econômica, como também ao trabalho do lar, do cuidado com a família. É sabido que existem condições de trabalho que não proporcionam ao indivíduo oportunidades para desenvolver a autoestima. Outras não garantem sequer a segurança ou não satisfazem, adequadamente, as necessidades sociais das pessoas.

Para Chiavenato (1995), a qualidade de vida interfere com aspectos importantes para o desenvolvimento psicológico e sócio profissional do indivíduo, nomeadamente: motivação para o trabalho; capacidade de adaptação a mudanças no ambiente de trabalho; criatividade e vontade de inovar ou de aceitar qualquer mudança na organização.

Se a qualidade de vida no trabalho for pobre pode originar insatisfação do trabalho e comportamentos desajustados (erros de desempenho, absentéismo e outros). Pelo contrário, uma elevada qualidade de vida no trabalho conduz a um clima de confiança e de respeito

mútuo, no qual o indivíduo pode ativar o seu desenvolvimento psicológico e a própria organização pode reduzir os mecanismos rígidos de controle social.

Também as pessoas, em função da sua maneira de ser, podem influenciar as condições de trabalho. As diferenças individuais são componentes importante no mundo do trabalho e, por isso, é necessário contemplar esta problemática através da perspectiva interacionista que considere um ajuste dinâmico entre a pessoa, o posto de trabalho e a própria organização. Quando este ajuste é inadequado e a pessoa percebe que não dispõe de recursos suficientes para o enfrentar ou neutralizar, surgem as experiências de stress (PEIRÓ, 1993).

Tais experiências são, com frequência, negativas e podem ter consequências graves e por vezes irreparáveis, para a saúde e o bem-estar físico, psicológico e social (PEIRÓ, 1993). O estresse (ou sobrecarga) é um dos fenômenos mais difundidos na sociedade porque, na sociedade atual, o trabalho adquiriu grande relevância social, além do interesse pela produtividade e pela eficiência que nem sempre é acompanhado de condições de trabalho dignas e adequadas, recursos suficientes para o desenvolver e tarefas e postos de trabalho que tenham em conta as características das pessoas, as suas necessidades, aptidões e os interesses.

Em síntese, é necessário conseguir que a experiência de trabalho, uma das formas culturais mais importantes para o desenvolvimento pessoal e social, não se converta numa fonte de alienação e despersonalização, e uma das principais causas de doença mental (PEIRÓ, 1993; CHIAVENATO, 1995).

<b>Sobrecarga de tarefas no trabalho e no lar</b>
<p><i>Entrevista 01:</i></p> <p><i>Praticamente eu sozinho eu cuido de três pessoas. Então isso tem sido uma carga muito pesada pra mim. E da família diretamente só tem eu.</i></p>
<p><i>Entrevista 02:</i></p> <p><i>Devido o estresse, o estresse tá entendendo? Eu vejo o stress assim, as pessoas que só levam o tempo em trabalhar, trabalhar. Não tiram um tempo pra si,</i></p>
<p><i>Entrevista 05:</i></p> <p><i>Eu chegava na sala de aula e começava dar aula e por conta dos meninos fazerem muito barulho e minha sala de aula sempre foi lotada, superlotada passando do limite e tinha noite que eu trabalhava os dois horários e tinha noite que eu chegava em casa e não conseguia falar, perdia a voz, portanto, eu passei dois meses e tinha alguém da secretaria que ia pra minha sala, todo dia eu ia trabalhar, mas eu não conseguia porque a voz não saía e eu acho que era por conta disso né do nervosismo, aí procurei médicos e fiz exames e tudo e ta que com</i></p>

*sete anos que eu parei de trabalhar.*

*Lá em casa sou eu pra resolver tudo, todos qualquer coisa que querem vem a mim, pra resolver todo problema sou eu – mamãe estou precisando disso a senhora faz? E tudo é assim.*

*Eu já estou assim muito cansada porque eu já trabalhei muito né, trabalhei a minha vida toda assim fora e em casa, eu nunca tive ninguém pra me ajudar, criei meus filhos todos só eu trabalhando, mas, porque o meu esposo ele nunca foi assim tipo um pai, ele foi um pai presente porque ele estava em casa né, mas pra ele chegar assim vamos lá fazer a tarefa contigo nunca foi, ta doente vamos lá que eu te levo no médico nunca foi, agora hoje ele faz, se o meu neto sentir qualquer coisa o destino dele é levar pro médico – vamos, vamos, ele não vai só, mas ele vai até lá e com o filho ele nunca foi.*

Entrevista 06:

*Eu sempre fui muito assim batalhadora, sempre busquei e nunca consegui nada assim de chegar alguém e está aqui J pra você, não, eu sempre busquei e sempre foi com o meu suor, já batalhei muito na minha vida.*

Outras categorias encontradas também podem ocasionar sofrimento psicológico, como: sentimentos de excessiva preocupação com fatos rotineiros, solidão/isolamento social, negligência com o autocuidado, perdas e sentimentos negativos, como medo, culpa, impotência, entre outros.

### **Preocupação excessiva**

Entrevista 01:

*Muita preocupação, porque é muita preocupação. Preocupação de estar desempregado, preocupação do futuro, preocupação de manter as responsabilidades por causa do meu irmão.*

Entrevista 02:

*A preocupação, se tem um problema pra resolver, aquilo ali vai demorar, você fica naquela ansiedade, será que vai dar certo? Como é que eu vou conseguir resolver aquilo ali? A minha preocupação vem dessa maneira.*

Entrevista 03:

*Sou preocupada e às vezes nervosa assim, se eu vou fazer alguma coisa eu já fico preocupada, já fico nervosa né. Se tá acontecendo alguma coisa com uma pessoa eu já fico nervosa. Mas eu já estive pior, hoje em dia eu já estou mais controlada, graças a Deus.*

Entrevista 05:

*É como eu disse as preocupações né, a gente se preocupa com tudo e as dívidas né que hoje o mundo é assim mesmo, a gente não convive sem as dívidas e as preocupações.*

*Quem não se preocupa, todos nós, pode ser quem for, até o próprio aluno né ele se preocupa. Se eu sou estudante, mas eu me preocupo com a prova que eu vou fazer amanhã né, o que eu vou fazer? Como eu vou fazer? Eu sei que eu me preocupava muito com isso quando eu estudava, aí a gente fica com aquilo na cabeça, fica se preocupando com uma coisa que a gente pode até resolver, mas nunca deixa de se preocupar.*

### Sentimentos de culpa, impotência e frustração

Entrevista 01:

*Me sinto um pouco culpado de estar longe dos meus filhos e ao mesmo tempo me sinto realizado por estar longe da minha mulher sabe. É a minha visão de acordo com aquilo que eu passei tá. Então eu fico dividido né, fico dividido. Poxa eu poderia, será que eu fui fraco demais? Será que eu não poderia ter aguentado isso e estar vivendo com meus filhos? Acompanhar o crescimento deles né, até a época de adulto. Então eu fico assim dividido.*

Entrevista 04:

*Eu não tinha paciência eu já ficava desesperada e não sei o quê e realmente eu falava coisas que não era pra falar, às vezes eu falava até nome, aí tudo agita a criança em casa.*

Entrevista 05:

*As tripulações da vida da gente que deixa a gente ficar assim meia perturbada da cabeça né, mas assim. Porque agora mesmo levei um menino pro neurologista, o meu neto e ele tá doido? Tá não. É porque ele estava com problema assim de querer se furar, se machucar e dizendo que ia morrer enforcado e dizendo que ia morrer debaixo dos carro e eu fiquei preocupada e levei né e não que ele tenha desvio, mas se bem que o exame que a médica passou aí deu um pouquinho né. Disse que tinha dado epilepsia*

*Muitas vezes até a gente fala besteira, uma vez eu disse por que Deus não me tirava logo e a gente fala.*

### Solidão/isolamento social

Entrevista 03:

*Que a minha casa sempre era cheia de gente, meus filhos, nora, todo mundo. De repente foram todos para os seus cantos, aí ficou só eu e meu esposo, meu esposo passa o dia no trabalho, só chega de noite. Aí eu senti aquela falta né, comecei a ficar sozinha, comecei a querer ficar só, só, só. Parece que eu estava gostando de ficar só, de não querer mais ninguém, de repente é aquela coisa assim, de repente achava ruim ficar só, de repente fica querendo pessoas ao redor.*

Entrevista 05:

*Procuro me sair mais agora porque antes não, eu ficava mais apegada ah está acontecendo isso e eu não tinha assim aquela vontade de sair, quanto mais assim eu sentia o problema mais eu queria está em casa esperando alguma coisa.*

Entrevista 06:

*Eu comecei a usar diazepam quando minha filha que hoje tem dezesseis anos ainda estava com dez anos, porque eu estava numa solidão muito grande e comecei a usar diazepam.*

### Negligência com o autocuidado

Entrevista 01:



*Eu já sabia que eu precisava de auxílio, mas ia hoje, ia amanhã, às vezes vinha e não dava certo, ia fazer uma outra coisa que precisava e ia passar. Até que chegou a hora de, se agravou né. Porque às vezes a gente é assim né, espera se agravar, é errado isso, mas é um mau hábito da gente, homem brasileiro. Às vezes, ah não, eu estou sentindo uma dorzinha, mas dar pra aguentar, eu vou até mais na frente. Quer dizer, a gente não procura prever com antecedência.*

Entrevista 06:

*O segredo está dentro da gente, dentro da gente, a gente não busca sabe, você fica assim tão perdida, tão perdida, tão pra baixo e por isso que eu acho que as pessoas comentem loucuras, suicídios, matam porque não buscam o seu Eu.*

### Perdas

Entrevista 06:

*Principalmente com o que a gente está vivendo no dia, esses estresses, problema na família, financeiro aí ocorre também o problema social, cultural, socioeconômico e isso afeta muito não só a parte física, mas a parte mental principalmente as perdas né. Tem muita gente que não sabe lidar com as perdas, eu acho que eu sou uma, porque eu já perdi muito, eu acho que eu perdi mais do que eu consegui até hoje na minha vida com as minhas batalhas, então muitas perdas.*

*Estou lidando melhor com as percas porque tem pessoas que, ninguém é igual né e nem os dedos das mãos são iguais, mas tem pessoas que vem ao mundo e que não passa por muitas percas né e tem outras que já tem uma vida totalmente diferente né e já tem que encarar essas outras coisas e ninguém sabe como é a reação de cada pessoa diante dos obstáculos, diante dos problemas e têm pessoas que não sabe lidar, eu não sabia lidar assim com a perca assim emocional.*

Percebeu-se, ainda, na fala dos usuários que as famílias destes poderiam ser recurso terapêutico, fator agravante ou causador do quadro de sofrimento. Nos quadros, recortaram-se falas que destacaram a importância da família no contexto do sofrimento psíquico contemporâneo.

Observou-se, neste estudo, que o conceito de doença mental ligado à hereditariedade foi mencionado por sujeitos com familiares com história de longa internação anterior, para o tratamento psiquiátrico tradicional. Hoenig e Hamilton (apud Zanus, 1993) mencionam os encargos objetivos da doença (custo, tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais) e os subjetivos, ligados aos sintomas depressivos ou psicossomáticos de ansiedade, sentimentos de culpa, de vergonha, relacionados ao sofrimento individual pelo luto de um ente desejado ou idealizado de um modo muito diferente da realidade.

<b>História familiar/genética</b>
<p>Entrevista 01:</p> <p><i>Assim como pode ser um problema genético, vamos dizer assim, pode ser gerado de um problema, sei lá, já ouvi pessoas dizerem que conheceram pessoas que ficaram loucas após uma separação. Quer dizer, é um dos casos né. Como pode ser também a perda de um parente, como pode ser sei lá, eu acho que pode ser N coisas.</i></p>
<p>Entrevista 02:</p> <p><i>Meu pai teve e ele foi hospitalizado seis vezes. Mas quando ele faleceu já estava com dois anos e seis meses que ele não tinha mais problema. Mas ele esteve hospitalizado no hospital Santo Antônio de Pádua, eu nem sei se existe ainda esse hospital, São Vicente de Paulo. Teve hospitalizado nesse hospital de messejana, daqui da Bezerra de Menezes. Foi uma vez no hospital de messejana.</i></p>
<p>Entrevista 03:</p> <p><i>É meu irmão, eu tenho um irmão caçula, que ele teve um problema desde criança né, teve umas convulsões e deixou essa sequela nele né. E ele foi crescendo, que a gente morava naquele tempo no interior, não tinha tratamento, não trataram e ele ficou, todo tempo assim. Ele foi uma criança que fazia algumas besteiras, não falava coisa com coisa e cresceu já tá um homem de quase quarenta e quatro anos e sempre trouxe um grande transtorno pra nós.</i></p>

É inegável que existem assimetrias nas relações de poder entre homens e mulheres. Isto gera situações de crise que resultam ou intensificam os conflitos domésticos entre parceiros afetivo-sexuais, podendo produzir a violência contra a mulher por seu parceiro íntimo, que por sua vez resulta em sofrimento psicológico (SCHRAIBER *et al.*, 2005). A violência contra a mulher engloba amplo leque de abusos, geográfica e culturalmente particulares (WATTS; ZIMMERMAN, 2002), sendo não apenas manifestação das desigualdades de gênero, mas servindo para manter as injustiças contra as mulheres. A violência contra as mulheres é, na sua grande maioria, cometida por familiares ou pessoas próximas, tendo como principal agressor o parceiro íntimo (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006) que, em muitos casos, usa conscientemente a violência como mecanismo de subordinação, demonstrando e reforçando sua posição de poder enquanto chefe da casa ou da família (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

A violência tem efeito devastador sobre a autoestima da mulher, e muitos autores investigaram suas consequências para a saúde mental (ELLSBERG *et al.*, 1999; NICOLAIDIS *et al.*, 2004; KUMAR *et al.*, 2005; RUIZ-PEREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO, 2005; LUDERMIR *et al.*, 2008). Considerada pela Organização Mundial da Saúde (2000)

como a principal causa, relativa a gênero, da depressão em mulheres, a violência cometida contra as mulheres provoca também ansiedade e aumento do uso de tranquilizantes e antidepressivos (RUIZ-PEREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO, 2005). As consequências de diferentes tipos de abuso e numerosos episódios parecem ser cumulativas, podendo persistir por muitos anos após o evento (ELLSBERG *et al.*, 1999; RUIZ-PEREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO, 2005). Seus efeitos são exacerbados pelo fato de o agressor ser um conhecido íntimo, o que aumenta a sensação de vulnerabilidade, traição e falta de esperança (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994).

A discriminação, os insultos verbais, os sentimentos de perda e os maus tratos, a degradação e a humilhação, características da violência contra a mulher, comprometem a autoestima feminina e sua capacidade de reação e perpetuam o sentimento de subordinação (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994). A violência envolve a crença na onipotência do agressor (ELLSBERG *et al.*, 1999) e gera sentimentos de derrota e perdas em vários níveis - a perda do sentido do que é próprio e do que é do outro, a perda da segurança nos relacionamentos e do sentimento de ser amada e cuidada (BROWN *et al.*, 1995).

<b>Problemas conjugais, amorosos</b>
<p>Entrevista 01:</p> <p><i>Então tive o caso da minha separação também né, ainda hoje eu vivo com meus pais. Então tudo isso foi juntando, juntando e chega uma hora que a gente fica assim cercado de tanto problema.</i></p>
<p>Entrevista 02:</p> <p><i>Meu esposo é uma pessoa muito trabalhadora, muito honesta, ele mantém a responsabilidade dele, nunca deixou de manter a responsabilidade dele, mas só que ele é uma pessoa que pra mim falar com ele eu tenho que pensar como eu vou falar com ele, como eu vou puxar assunto com ele, porque às vezes eu penso na resposta que ele pode me dar. Então o senhor sabe, que às vezes uma palavra ela maltrata mais do que uma pancada e é muito difícil. Ele foi uma pessoa que houve muita traição... com uma vizinha, a minha vizinha, com a minha vizinha, há três anos. Vizinha minha, minha vizinha. Apenas eu desconfiava, mas só deixava passar. Depois veio outra de oito anos, ela era casada, tinha o esposo dela. E ele se transformando, me maltratando, durante esse período de oito anos houve muito conflito na minha casa, dos meus filhos com ele. Isso daí foi abalando meu sistema nervoso.</i></p>
<p>Entrevista 06:</p> <p><i>Casei com esse rapaz, mas infelizmente não deu certo, casei por amor e talvez eu acho que foi muito assim de me dá demais, eu me entreguei muito, já era mais velha do que ele dez anos, acho que é carência e nós</i></p>

*casamos, mas o rapaz não estava com nada, o que ele queria acho que não fazia parte de mim não, foi só mesmo assim a questão mesmo de querer estar com ele, mas acho que no fundo, no fundo ele não gostava de mim não e depois fui me tocar sabe, eu fui reconhecendo isso aí, meu deu Deus do céu esse rapaz não gosta de mim de jeito nenhum, aí tinha parido dois filhos dele e perdi um e eu senti bastante, perdi um filho com oito meses.*

O relacionamento entre pais e filhos também se mostrou fator gerador de sofrimento psíquico, seja por gerar sentimentos de preocupação, culpa, entre outros, seja como resultado de relação conflituosa, assim como o discutido previamente.

### **Problemas com filhos**

Entrevista 01:

*Me sinto um pouco culpado de estar longe dos meus filhos e ao mesmo tempo me sinto realizado por estar longe da minha mulher sabe. É a minha visão de acordo com aquilo que eu passei tá. Então eu fico dividido, fico dividido. Poxa eu poderia, será que eu fui fraco demais? Será que eu não poderia ter aguentado isso e estar vivendo com meus filhos? Acompanhar o crescimento deles né, até a época de adulto.*

Entrevista 02:

*A gente continua sempre se preocupando com os filhos, como é que eles estão.*

Entrevista 03:

*Um dos meus filhos bebia muito, deu muito trabalho assim, de sair pra beber né. Ele saía e meu esposo ficava mais preocupado do que e dizia: “Ah você nem tá se preocupando”. Eu estava, só tinha que eu nem deixava parecer.*

Entrevista 04:

*As minhas menina mais nova já foi assaltada três vezes, já assaltaram o celular delas com arma aí tudo a gente já fica nervoso né, ela não estava querendo sair mais e aí pronto ficou nervosa e não saía e se saía dizia que ia morrer porque estava tonta e estava não sei o que, aí o dela já passou pra mim, eu fiquei também já nervosa, aí tudo que foi acontecendo aí passou pra mais velha e a mais velha já estava indo no mesmo caminho do mesmo jeito.*

Entrevista 05:

*Tive muito problema dentro de casa por conta do meu menino que estava bebendo aí eu fiquei com aquela coisa, aquela ansiedade dentro de mim, eu não conseguia dormir direito e passava a noite todinha e ele dizia até que não gostava de telefone porque eu ficava a noite todinha ligando pra ele e ele não queria, não aceitava, aí eu fiquei com aquilo né aquela, passava a noite acordada e comecei a sentir aquela dor assim em*

*cima do peito.*

Entrevista 06:

*Eu tinha um filho que também me dava muito trabalho, que era o mais velho e que ele não queria se relacionar e que foi do primeiro relacionamento meu e ele não se dava bem com esse último marido meu, ele me deu muito trabalho, muito trabalho, mas ele nunca usou droga e um menino que não bebia, era temperamental, muito temperamental e problema de personalidade e até hoje assim ele tem uma personalidade muito forte.*

Os quadros a seguir apresentam a relação dos entrevistados com suas famílias, demonstrando o fato de estas poderem funcionar como fator gerador/agravante do quadro do usuário, como também, recurso terapêutico.

### **Geradora de sofrimento**

Entrevista 01:

Este usuário tem um irmão com transtorno mental grave, que vive com o mesmo e seus pais idosos. O mesmo vive em cárcere privado em quarto nos fundos do domicílio. As dificuldades no cuidado com os pais e o irmão, além da situação de cárcere do último, são grandes geradores de sofrimento para o entrevistado. O mesmo é ainda divorciado e não vive com os filhos, o que o também faz sofrer.

Entrevista 02:

Esta entrevistada foi traída pelo marido com uma vizinha. A mesma perdoou o fato, mas o mesmo continua a ser um marido ausente, além de ser alcoolista. Um filho da mesma foi agredido por uma arma branca em assalto, o que a marcou bastante. Além disto, o pai, já falecido, apresentava transtorno mental grave e a mesma presenciou cenas de violência do mesmo com os filhos e a mãe. No momento, também sofre por estar angustiada com os problemas de saúde da mãe, que também apresenta transtorno mental comum.

Entrevista 03:

Esta entrevistada apresenta um irmão com transtorno mental grave e um filho alcoolista, o que a faz sofrer.

Entrevista 04:

Pode-se dizer que esta entrevistada apresenta uma família ansiosa (a mesma e duas filhas), o

que gera um ciclo gerador de ansiedade importante no domicílio.
<p>Entrevista 05:</p> <p>Como fatores geradores de sofrimento, esta entrevistada apresenta um filho alcoolista e o falecimento do pai, a quem era muito apegada. Mesmo após décadas da morte do mesmo, esta ainda vive seu luto.</p>
<p>Entrevista 06:</p> <p>Esta entrevistada apresenta diversos fatores geradores de sofrimento em seu eixo familiar. A mesma teve um processo de divórcio difícil, onde perdeu a guarda de um filho, que hoje vive em outra cidade e com o qual a mesma não tem contato. Foi abandonada pelo último companheiro e desde então não teve mais relacionamentos amorosos. Vivia com uma irmã, que tinha câncer no cérebro, mas que faleceu. Esta era sua grande companheira de vida, deixando um grande vazio na vida da entrevistada. Também tem problemas de relacionamento com um filho.</p>

<b>Família terapêutica</b>
<p>Entrevista 02:</p> <p>Visitar a casa da mãe, como lazer</p>
<p>Entrevista 04:</p> <p>Cuidado com as filhas a levou a melhorar da ansiedade</p>
<p>Entrevista 05:</p> <p>Casa da mãe, como lazer/fonte de apoio</p>
<p>Entrevista 06:</p> <p>Cuidar da irmã doente a fortalecia</p>

### 5.2.2 As interfaces entre saúde física e mental

A Saúde Mental tende e deveria ser considerada especialidade médica básica, tendo em vista contundente presença na relação médico-paciente, no diagnóstico diferencial, na reação do paciente com a doença, na perpetuação de sintomas, no desenvolvimento de quadros psicossomáticos e/ou somatoformes.

As reações emocionais e psíquicas do paciente são realidades contínuas no dia a dia de cada profissional da saúde, seja estes sensível ou não ao problema. Obrigatoriamente, o clínico, de qualquer especialidade, deve considerar três aspectos fundamentais que envolvem o paciente:

1. A reação do paciente à sua doença. O que representa a doença para o paciente, com que sentimento ele se depara com a doença, com que grau de otimismo ele lidará com a convalescença?

2. A adesão ao tratamento. Ninguém adere a tratamento algum se não souber o mínimo sobre o que estão fazendo com ele, se não tiver noção dos objetivos médicos, se não tiver alguma perspectiva.

3. O diagnóstico diferencial das somatizações. Só mesmo através da atenção às emoções e afetos o médico pode fazer um bom diagnóstico diferencial entre um quadro orgânico por excelência, um quadro orgânico agravado pelas emoções e um quadro eminentemente psíquico com sintomatologia orgânica, muito embora a sintomatologia direta de todos três possa ser a mesma. A atual concepção de saúde tem passado por mudanças que direcionam a ênfase ao cuidado integral a partir da consideração dos aspectos biopsicossocioculturais que permeiam a existência dos sujeitos. Com isso, a saúde é entendida em articulação com os determinantes sociais, necessitando do envolvimento de múltiplos atores sociais para o manejo adequado das demandas. Nesse contexto, os serviços de saúde devem se estruturar a fim de oferecer respostas perante a procura dos usuários (LANCETTI, 2000).

Estudos têm demonstrado que alguns indivíduos, ante a impossibilidade de representar mentalmente seus conflitos, expressam-nos com o corpo, por meio de sintomas psicossomáticos. Um estudo organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre somatização na atenção primária em quatorze países demonstrou uma grande incidência desse

tipo de manifestação. Além disso, a pesquisa revela que essa demanda se configura num problema comum em diferentes culturas, com significantes prejuízos à saúde, constituindo-se numa relevante questão de saúde pública mundial (GUREJE et al. 1997). *Quando eu estou com esse sistema de nervosismo eu vou lhe dizer, eu tenho diarreia. Isso daí eu não nego. Isso daí eu sempre tive, desde eu jovem eu tive isso aí. Meu sistema nervoso é esse daí. Eu posso estar bem como eu estiver, mas na hora que eu tiver assim um aperreio, uma aflição, não tem pra onde, é como se eu tivesse tomado assim esse laxante. Eu acho que é só sistema nervoso (E2).*

Os sintomas SEM explicação médica (SEM, conhecidos em inglês como *medically unexplained symptoms*, MUS) são frequentes e estão associados ao sofrimento mental em vários contextos médicos, especialmente na Atenção Primária à Saúde e população em geral. As síndromes somatoformes crônicas são quadros mais estáveis e graves de sintomas SEM definidos pela psiquiatria ou outras especialidades médicas. Estes quadros incluem a maioria dos transtornos somatoformes. Grupo conhecido como síndromes funcionais é também comumente encontrado na atenção secundária e terciária e está associado a altos custos e incapacitação. Os transtornos Mentais Comuns (TMC) têm entre seus critérios diagnósticos alguns sintomas somáticos sem origem orgânica, e é comum, especialmente na atenção primária, que sintomas SEM acompanhem quadros de depressão e ansiedade (TOFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011). *Agora a minha preocupação é que eu tenha algum problema no meu pulmão né, na minha costas que eu sinto dor e dormência, isso aí que eu estou preocupada e eu tenho um nódulo na tireoide. Três horas da manhã eu pulei da cama vou morrer e chamei meus filhos e eu digo vou fazer uma carta, aí o meu filho mais velho mãe não precisa fazer carta não, fale o que a senhora quer, estou muito doente, eu vou morrer, meus filhos olhe eu vou deixar a senha do banco, o cartão que eu tenho certeza que amanhã já estou dentro do caixão, passei tanta coisa triste pros meninos e a menina pequena chorando ainda – mãezinha não morra não, menina eu vou morrer (E6). Eu sei que a pessoa que tem uma coisa na mente é muito difícil né. Quando eu quebrei o resguardo dessa primeira criança, que eu fiquei nervosa, eu vi assim, o mundo fazer assim comigo né, rodar. Eu não sei se é porque eu ficava sem dormir, eu sei que o mundo rodava e eu via aquilo rodando, mas eu imaginava, será se eu estou ficando louca? É muito difícil a pessoa ficar doida, eu ficava pensando comigo mesma. Aí eu fiquei, mas eu era nervosa, muito nervosa. Isso foi no meu primeiro filho né, que eu fiquei muito nervosa. Tudo me preocupava, tudo eu estava nervosa, dava uma frieza nas pernas. Era assim, mas agora é só a preocupação mesmo (E3).*

Desigualdades sociais, moradia, educação e outros fatores contribuem significativamente para disparidades na saúde física e mental. O papel do ambiente social e da integração social na saúde e na doença tem ganhado uma ênfase significativa ao longo das últimas décadas. Estudos epidemiológicos prospectivos têm demonstrado associações entre estresse na vida, posição ou condição social, qualidade dos relacionamentos sociais – isto é,



redes sociais, laços dos indivíduos com amigos, família, trabalho e comunidade através de grupos sociais e religiosos – e saúde (WRIGHT; RODRIGUEZ; COHEN, 1998). *Eu tive muito problema dentro de casa por conta do meu menino que estava bebendo aí eu fiquei com aquela coisa, aquela ansiedade dentro de mim, eu não conseguia dormir direito e passava a noite todinha e ele dizia até que não gostava de telefone porque eu ficava a noite todinha ligando pra ele e ele não queria, não aceitava, aí eu fiquei com aquilo né aquela, passava a noite acordada e comecei a sentir aquela dor assim em cima do peito e aquela coisa ruim. Quando meu pai faleceu e que eu era muito apegada assim com ele, quando ele faleceu eu fiquei com muito entalo, um entalo aqui que me sufocava, aí eu fui pro médico e ele disse que não era nada não, era só nervosismo que eu tinha né por conta da perda do meu pai, aí eu passei muito, ta com oito anos que ele faleceu e eu passei muitos anos com esse entalo e o meu filho já tinha essas bebedeira também e foi juntando uma coisa com a outra e fiquei, a noite eu não conseguia dormir direito preocupada com ele e juntava né e começava a chorar por conta que me lembrava do meu pai e ainda hoje não gosto de falar muito porque vem a vontade de chorar porque eu tenho muita saudade dele e o apego que eu tinha com ele era muito e é isso, aí começou aquele nervosismo e aí me minha pressão subia por conta eu acho, por conta disso minha pressão subia e tudo vem aquelas coisa, aí vem o problema da bebida, vem as dívida e vem os menino que tem que levar pro colégio e aquela coisa toda e de repente ficar nervosa. Muitas vezes até a gente fala besteira, uma vez eu disse por que Deus não me tirava logo e a gente fala né. Tinha época que eu ficava me tremendo e eu não podia ver mais nada e mesmo que não tivesse nenhum dos meus filho e nem meu esposa e nem nada, mas só assim as pessoas conversarem alto e ficar bebendo e conversando alto eu já ficava toda me tremendo e pensando já em outras coisas e é assim. Eu ensinava né na época e não conseguia mais dar aula e ficava, perdia a voz (E5).*

O modelo biomédico possui poucas ferramentas para se deparar com a singularidade do sofrimento humano e, sobretudo, com a sua dimensão experiencial. Nas palavras de Castel (1999):

Médicos não são educados para lidar com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações oriundas de processos de adoecer traduzidos através dos signos construídos pela semiologia médica e pelas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Os praticantes da biomedicina contemporânea são treinados de um modo cético que tende a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade ou então a tentar controlá-los (CASTEL, 1999, p. 144).

Para Canguilhem (2005, p. 24), a medicina contemporânea estabeleceu-se separando a doença e o doente: “A medicina de hoje fundamentou-se, com a eficácia que cabe reconhecer, na dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença, mais do que identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente”.

Quando o referencial teórico do médico são os citados, o sofrimento do paciente torna-se irrelevante. Paradoxalmente, ignora-se aquilo que deveria ser a categoria central a qual nortearia a prática médica: o médico em última instância deveria trabalhar sabendo que lida com um paciente que sofre e que esta experiência envolve uma série de questões que escapam ao biológico, pois se referem a questões psicológicas, culturais e sociais. É frequente encontrar nos discursos da medicina referências à necessidade da abordagem biopsicossocial, contudo na prática há uma total soberania do campo biológico sobre as demais categorias fundamentais no que diz respeito ao adoecer, como sofrimento, saúde, humanidade, vida, cura (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2008).

Assim, a biomedicina estaria direcionada para a descoberta de informações consideradas passíveis de quantificação e não voltada para outros aspectos, como sociais ou emocionais, dificilmente mensuráveis. Desta forma, situações clínicas, tais como aquelas de sofredores que apresentam sintomas considerados vagos e difusos, onde não haveria uma correlação entre sensação de mal-estar e quadro taxonômico, representariam um fracasso dos pontos de vista tanto do médico como do paciente. O paciente, cujos sintomas não são considerados objetivos, permanece com a sensação de sofrimento, e o médico que não encontra referenciais claros para sua intervenção (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2008). *Aquele frio na barriga né, aquela coisa nos nervos assim, tipo tremor e fico já assim, tipo um frio né, aquela coisa querendo dar aquela tremedeira. Antes me dava assim uma coisa no estômago, teve um tempo que eu fiquei aí eu peguei uma gastrite né, aí eu ficava vomitando, vomitava todo dia bem cedo eu fazia vômito de nada, mas graças a Deus passou né. Só vivia no médico, ficava aquele nervoso aí ia pro médico e não ficava boa, mas com as graças de Deus hoje em dia eu consigo dormir bem né, consegui não ficar encasquetando as coisas e passou já, graças a Deus. Quando vinha aqueles problemas, nessa temporada que eu tive essa dor no estômago, que eu ficava fazendo vômito logo pela manhã, eu estava passando, eu estava muito cansada, eu estava com esse meu irmão problemático comigo, meu pai estava doente, estava com câncer de próstata e só eu cuidando dele né. Aí comecei, eu estava muito debilitada, cansada e esse horror de problema em cima de mim. E eu comecei passar essa dor no estômago, muito preocupada e meu pai estava nas portas já, os médicos olhava assim pra ele e diziam que ele já ia era morrer, já estava bem velho e eu tinha medo dele morrer aqui. Porque nós não somos daqui, somos do Pará, só é eu e ele aqui, a maioria era lá e eu tinha medo assim, porque ele veio pra cá porque eu chamei ele pra vir pra cá, aí eu disse: Se ele morre aqui todos vão me apedrejar. E aí, graças a Deus, ele foi operado, ficou bom e voltou pra lá. Aí eu me aliviei daquele peso né, que estava sobre os meus ombros, graças a Deus (E3).*

Uma categoria mereceu atenção: a relação entre sofrimento psíquico e sintomas ou doenças cardiovasculares. Portanto, optou-se por discutir de maneira mais aprofundada este tema.

Ao refletir sobre a relação entre o sofrimento psíquico e as queixas cardiovasculares, deve-se questionar a postura de muitos profissionais de saúde que tratam a questão emocional como elemento secundário no curso das doenças e consideram o diagnóstico psíquico o diagnóstico de exclusão diante das demais hipóteses orgânicas envolvidas no quadro clínico do usuário. Normalmente, são solicitados diversos exames complementares muito antes do clínico questionar sobre qualquer componente emocional, associado ao estado atual do mesmo. Há uma tendência em procurar afastar primeiramente causas orgânicas para as queixas da pessoa, uma vez que o profissional não cogita que a morte por infarto do miocárdio é tão letal quanto a morte por suicídio. Além do alto custo financeiro ao sistema de saúde ou ao usuário, advindos desses exames, perde-se muito tempo até que o tratamento seja iniciado, o que muitas vezes compromete o bem-estar do indivíduo (BALLONE, 2007).

A mudança de postura no atendimento médico é fundamental, tendo em vista que cardiologistas e clínicos são, geralmente, os primeiros profissionais médicos a atender aos pacientes com queixas cardiovasculares, incluindo os casos em que estas sejam reflexo de uma questão afetiva ou somatização. A atitude do profissional de primeiro atendimento é de fundamental importância para o encaminhamento adequado e tratamento dessas pessoas (FONSECA, 2007).

*Quando eu tomava lexotan, aliás, quando eu não tomava eu sentia uma taquicardia muito grande, eu digo eu estou doente do coração eu tenho que ir atrás pra fazer um eletro, eu tenho certeza que eu tenho problemas de coração (E6). A primeira vez que eu procurei a Dra. M, ela me passou pra uma cardiologista, foi o Dr. F, que ele tem um consultório ali depois do CSU. Nessa época ele trabalhava na clinicazinha que tinha ali vizinho à igreja Nossa Senhora dos Prazeres, a paróquia é, ele trabalhava ali. Aí quando ele mandou bater o eletro, ele foi e disse pra mim: “A senhora está com arritmia, teve uma raiva hein?” Eu disse assim, arritmia doutor? Eu fiquei até um pouco preocupada. Ele disse: “Está aqui a arritmia. Mas não tem problema não. Eu vou passar um medicamento pra você, você vai começar a tomar esse medicamento” (E2).*

A necessidade de o médico não especialista em saúde mental ter conhecimento nesta área é fundamental para que não sejam solicitados exames desnecessários e o usuário não seja submetido a exames desconfortáveis, onerosos, invasivos de maneira desnecessária e apressada, o que pode caracterizar ainda atos de iatrogenia médica (GALLIAN, 2012). *...eu tive que fazer esse cateterismo, na época eu fiquei com medo de fazer e estava tudo marcado e na hora de entrar meu filho foi e falou pra médica que eu tinha esse problema no sangue, com medo de me cortar e ser mais grave e aí pediu o exame e não deu mais nada, o cateterismo deu tudo normal (E5).*

Ao se analisar a fisiologia da relação entre mente e coração, sabe-se que o Sistema Límbico, em que se inclui o hipotálamo, além de coordenar as diversas funções neurovegetativas, inclusive as cardiovasculares, é tido como a sede das emoções. Essas funções neurovegetativas implicam na regulação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático e do Parassimpático. Portanto, em essência, compete ao hipotálamo atuar sobre os diversos órgãos internos e estruturas orgânicas, estimulando-as ou inibindo-as através do Sistema Nervoso Autônomo. A todas as situações de estresse e ansiedade o organismo reage, liberando catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e corticóides, seja por ação direta do sistema simpático, o qual coloca o organismo em estado de alerta, seja por ação indireta do Sistema Nervoso Autônomo sobre as Glândulas Suprarrenais. Essas catecolaminas e os corticóides aumentados no estresse produzem alterações no organismo. Portanto, a liberação excessiva ou prolongada de catecolaminas e corticóides por causa do estresse ou ansiedade exagerada acaba provocando alterações cardíacas como arritmias, hipertensão arterial, aterosclerose coronária, isquemia ou necrose miocárdica e insuficiência cardíaca (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998).

**Quadro 3** - Alterações decorrentes de catecolaminas e corticóides.

Elevação da frequência cardíaca	Aumento da adesividade plaquetária
Elevação da pressão arterial	Vasoconstrição periférica
Aumento do débito cardíaco	Retenção de sódio e água
Aumento do consumo de oxigênio	Hemoconcentração
Aumento da excitabilidade cardíaca	Aumento da coagulação sanguínea
Entrada de sódio e saída de potássio e magnésio das células	Aumento da glicose e do ácido lático
Lesão endotelial	Aumento dos ácidos graxos e do colesterol

Na cardiologia, fatores psicológicos podem predispor e precipitar os seguintes distúrbios:

1 - Transtornos do Ritmo:

Influências emocionais são notórias nas arritmias cardíacas mais comuns, tais como a taquicardia sinusal, taquicardia atrial paroxística, extrassístoles atriais e ventriculares, arritmias ventriculares, incluindo fibrilação ventricular. O estresse emocional pode precipitar

arritmias ventriculares e/ou morte súbita, ao estimular vias serotoninérgicas no SNC, as quais afetam fortemente o funcionamento cardiovascular (JIANG *et al.*, 1996). *Teve uma época, uns dias aí atrás, que eu pensei que eu ia morrer do coração. Aquela dor, aquelas pancadas, aquelas pancadas e eu meu Deus, o que é que tá acontecendo? Ficava até desesperado. ... meu Deus do céu, se acontecer alguma coisa eu vou morrer aqui mesmo. Agora eu me pergunto, será que isso é alguma coisa da minha cabeça? Ou será das preocupações? Bom eu não sei. Eu sei que passou, graças a Deus, fiz até uns medicamentos caseiros* (E1).

A arritmia cardíaca letal, a fibrilação ou a paralisia ventricular são causas possíveis de morte súbita em resposta a um estímulo emocional opressivo ou ao desespero. Assim sendo, a ativação das respostas de estresse, do tipo luta-fuga e conservação-afastamento, pode provocar arritmias letais, especialmente em pessoas com doença coronariana (WULSON, 2000).

A ira ou raiva é o estado emocional que com maior frequência se associa à isquemia miocárdica e arritmias mais graves. É por isso que se questiona se o surgimento de extrassístoles, no período pós-infarto do miocárdio, em pacientes depressivos, seria consequência do efeito disrítmico da depressão. Tendo em vista a melhora dessas arritmias cardíacas com bloqueio adrenérgico, reforça-se a noção da influência cardiocirculatória do sistema nervoso simpático (FRASURE-SMITH *et al.*, 1995).

O estudo da frequência cardíaca e sua variabilidade estimulam o estudo da atividade simpática e parassimpática. Segundo Kleiger *et al.* (1987), um paciente com frequência cardíaca média de 80 bpm com variabilidade de  $\pm 5$  bpm, comparado com outro, cuja frequência cardíaca média seja a mesma (80 bpm), mas com variabilidade de  $\pm 20$  bpm, tem variabilidade diminuída e risco de morte súbita pós-infarto do miocárdio maior.

Essa diminuição na variação da frequência cardíaca é notória entre pacientes depressivos, quando comparado com grupos não depressivos (DALACK; ROSE, 1990). Carney *et al.* (1995) reafirmam esses dados, analisando pacientes com doença coronariana, pois confirmam angiograficamente e com eletrocardiografia dinâmica diminuição da variabilidade da frequência cardíaca significativamente mais comum em pacientes depressivos que não depressivos. Assim, a depressão aumentaria a incidência das arritmias ventriculares pelo predomínio do Sistema Nervoso Simpático, descarregado através da conexão entre o córtex pré-frontal, a amígdala e o hipotálamo.

## 2 – Arteriopatía Coronariana:

O estresse pode influenciar no surgimento de arteriosclerose, uma vez que, quando o nível de estresse é alto, há liberação de colesterol, o que pode levar a obstrução de artérias coronarianas e produzir o infarto do miocárdio (JIANG *et al.*, 1996).

Pesquisas clínicas e experimentais têm relacionado o estresse com a doença coronariana. A quantidade de estresse a que se submete o ser humano moderno é muito grande, talvez maior que a capacidade adaptativa da maioria das pessoas e, como consequência, observa-se o aumento da incidência de doenças como esta (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998).

Do ponto de vista social, o meio urbano, caracterizado pelas grandes aglomerações, pelo excesso de ruídos, insegurança social, necessidade de urgência em tudo, excesso de informações que estimulam o medo, excesso de competição, carência de oportunidade para todos, frustrações pela falta de participação nos processos decisórios, excesso de responsabilidades, falta de solidariedade e de relacionamentos afetivos significativos e excesso de mudanças, força exageradamente as pessoas para contínuas e indispensáveis adaptações. As condições fisiológicas para desenvolvimento da doença coronariana são prontamente estimuladas por esse continuado estresse adaptativo (KAUFMANN, 2000).

Estudos consideram que, além do estresse, seria importante para o desenvolvimento da coronariopatía, a predisposição pessoal em termos de personalidade, denominada de personalidade tipo A. Esse tipo de personalidade caracterizaria as pessoas que procuram fazer mais e mais em menos e menos tempo, são ambiciosas, competitivas, impacientes, necessitam aparentar serem fortes, etc. Ao mesmo tempo, do ponto de vista pessoal, os traços pessoais de ansiedade, a atitude competitiva, o estímulo ao sedentarismo, o tabagismo, etilismo e a alimentação irregular ou as dietas incorretas acabam também contribuindo para a extensão e gravidade da doença coronariana (BALLONE, 2007).

Além disso, o ambiente competitivo, a responsabilidade, a premência de tempo, a instabilidade social e as mudanças do cotidiano, embora sejam fatores psicossociais claramente relacionados com doença coronariana, desempenham papel mais estressante ou menos estressante nas diversas pessoas. Então, embora o estresse seja ambientalmente

estimulado, ele será variavelmente percebido pelas diferentes pessoas. Talvez a base do estresse pessoal esteja no conflito e nas frustrações, ou seja, na contraposição entre o querer, o dever e o conseguir. Sabendo que a existência dos conflitos é universal e fisiológica, a maneira como se reage a eles é que caracterizará as pessoas; alguns reagem aos seus conflitos com muito mais ansiedade e estresse que outros. Portanto, as pessoas reagirão de maneira diferente diante de uma mesma realidade, ou ainda, arriscarão diferentemente a saúde de suas coronárias (CARVALHO *et al.*, 1983).

A cultura brasileira costuma instigar o indivíduo a conseguir realizar cada vez mais em cada vez menos tempo. No conflito humano, esse conseguir não diz respeito, exclusivamente, ao trabalho, mas se refere, também, às realizações sociais, à adaptação ao convívio com outras pessoas, outros ambientes. Diz respeito, também, à aquisição e manutenção de bens e do status social, à necessidade de gerar os recursos pessoais e familiares, à necessidade de realização pessoal. A contraposição ou conflito entre o querer e o conseguir, ou seja, a defasagem entre querer e realizar é que determina o conflito e este, dependendo da pessoa, pode gerar situação estressante, capaz de consumir internamente o indivíduo e determinar a doença (CARVALHO *et al.*, 1983).

Apesar de controvertidas opiniões nos últimos anos, é cada vez mais consensual que os eventos psíquicos possam modificar, mais cedo ou mais tarde, a história natural da doença coronariana. As investigações experimentais em animais e os estudos epidemiológicos e clínicos em humanos apontam para essa evidencia médica (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998). Diferentes situações estressantes, agudas ou crônicas, podem precipitar isquemia cardíaca, arritmias, infarto do miocárdio e morte súbita.

É considerável a suspeita de que, tanto a irrigação do miocárdio, o ritmo e a variação da frequência cardíaca, como também a reação das plaquetas poderiam ser modulados pelo eixo hipotálamo–hipofisário–supra-renal, envolvido nas questões emocionais (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998).

De acordo com estudos do *The Precursors Study*, do Departamento de Medicina e da *The Prospective Data From the Baltimore ECA Follow-up*, do Departamento de Epidemiologia, ambos da Universidade Johns Hopkins (USA), a depressão é um fator de risco com peso independente para a doença cardíaca, elevando mais de duas vezes o risco relativo de doença coronariana e de infarto do miocárdio (PRATT, 1996; FORDE, 1998).

### 3 - A Hipertensão Arterial:

Notadamente, a hipertensão considerada essencial ou idiopática, a elevação da pressão sanguínea sistólica e/ou diastólica acima do limite admitido (140x90 mmHg) costuma ser uma perturbação hemodinâmica por múltiplas causas. Estudos têm comprovado o papel de fatores psicossociais ou do estresse no desenvolvimento de alguns tipos de hipertensão essencial. A mobilização do Sistema Nervoso Autônomo, através de um aumento da atividade do sistema simpático e a conseqüente elevação da produção de renina está entre os supostos mecanismos patogênicos da hipertensão arterial. Interações de fatores genéticos, ambientais, de personalidade, dietéticos, e comportamentais, certamente conduzem à elevação patológica persistente da pressão sanguínea. Numa análise de 50 pacientes ambulatoriais de Hipertensão Arterial, 41 deles estabeleceram relação entre um evento particular de vida e aumento da sua pressão, 28 empregam o termo nervoso como explicação (TÂNIA; BRAGA; KERBAUY, 1997).

Ao unir essas hipóteses com as ideias de Selye (1956) sobre a adaptação continuada do organismo através do estresse, entende-se que, em determinadas circunstâncias, a elevação da pressão arterial faria parte dessa resposta adaptativa. Isso, de certa forma, corrobora a ideia de que, em muitos casos, a hipertensão arterial pode ser incluída nos transtornos da adaptação. Quer dizer que determinado organismo que vive uma situação de estresse e exige uma resposta adaptativa poderá reagir com hipertensão arterial.

Em intensidade e duração discretas, a elevação da pressão arterial durante momentos de estresse pode ser considerada resposta perfeitamente fisiológica às solicitações do estresse. No paciente hipertenso, entretanto, observa-se não somente intensidade maior da resposta hipertensiva, como também duração maior, visto que, em alguns casos, os níveis pressóricos se manteriam permanentemente elevados (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAM SERVICES, 1998).

Se é fisiológica a resposta hipertensiva diante do estresse, se é constitucional a sensibilidade a desenvolver essa resposta em intensidade e duração exageradas, então a preocupação não se detém mais na influência do estresse sobre a pressão arterial, mas sim, na vulnerabilidade da pessoa ao estresse, ou seja, na característica de certas pessoas se manterem estressadas (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAM SERVICES, 1998). *Eu fiz um frango só no molho. E eu provei esse frango, quando eu botei ele na boca eu senti que o sabor dele, o sal, estava*



*além do que eu podia comer entendeu? Eu me queixo é disso aí. Quando foi pela madrugada eu já acordei com os meus nervos agitados, aquela coisa, agitação, inquieta. Quando eu medi a pressão estava dezesseis por dez. Aí eu tomei um lexotan, aí fui acalmando um pouquinho, acalmando, aí quando foi uma questão assim de três horas a minha pressão já estava normal, porque eu tomei o medicamento aí estava normal... aquela inquietação. Eu não consigo ficar sentada na cama, tenho que andar, vem assim um mal estar assim por dentro de mim, aquela frieza, tipo uma frieza entendeu? Aquela coisa ruim, bem rápida. Aí quando eu tomo aí vai indo, vai indo, acalma, vai acalmando e eu fico normal, bem tranquila... (E2).*

Retorna-se, então, à questão propalada da sensibilidade variável de pessoa a pessoa, ou seja, da existência de uma espécie de filtro afetivo por parte de cada indivíduo, no sentido de avaliar e valorizar desta ou daquela maneira as diversas situações vividas e enfrentadas (BALLONE, 2007).

Através dos filtros afetivos, os quais constituem o sistema de avaliação através do qual a pessoa sente e valoriza sua existência, as circunstâncias e situações atuais serão julgadas como sendo mais ou menos ameaçadoras, portanto, exigindo maior ou menor esforço de adaptação, exigindo maior ou menor intensidade e duração das respostas adaptativas (CARVALHO *et al.*, 1983).

Ainda através dos filtros afetivos, a pessoa valorizará como mais traumático ou menos traumático os conflitos íntimos, as frustrações e os sentimentos de perdas. Será também através das lentes da afetividade que o mundo intrapsíquico pode se constituir ou não numa fonte de ameaças e sofrimento. É por causa disso que se acaba por considerar agentes estressores, não apenas as situações ou fatores ambientais e exteriores ao sujeito, mas a estrutura e os conflitos intrapsíquicos, frutos da sua personalidade e de sua história de vida (CARVALHO *et al.*, 1983). *Minha pressão chegou a dezoito, vinte e um, emocional né chegar a vinte e um por dez, doutor X clínico lá do Frotinha porque ele era aqui de Caucaia e nesse dia ele estava atendendo no Frotinha e eu fui bater no Frotinha e doutor X quem me consultou – valha sua pressão está tão alta que eu acho que a senhora não vai botar amanhã não e eu pronto, se o médico está dizendo que eu não vou botar amanhã e eu não vou botar mesmo não, eu estou muito mal né doutor? Ele disse tá, você está muito mal com a pressão vinte e um, doutor X disse você está muito mal mesmo e eu digo pronto, estou desenganada e chamei meus filhos e eu vou morrer, eu vou morrer, aí fui fazer o teste da esteira, o ergométrico e depois desse teste ele me pediu também uma cintilografia do coração. Pra começar fui fazer esse teste ergométrico aí eu dizia pra mim mesma eu não vou conseguir fazer esse teste e começou a esteira e pare tudo, pare, pare, aí a moça o que é que a senhora tem? Eu não consigo e realmente eu não tava conseguindo, ansiedade, sou sedentária, fumava né, sou sedentária demais, aí pararam e quando ela parou eu caí, desmaiei e me botaram em cima de um negócio lá, na cadeira lá aí melhorei, melhorei e ela disse: não, vamos fazer o seguinte: a senhora não pode fazer teste de esteira não, esse exame da esteira, volte ao médico e foi quando o doutor Y foi e passou a cintilografia e um eco*

*deitado, é um tipo de exame não sei se o senhor já sabe, aí foi feito e não deu nada no coração pela cintilografia, deu um pouquinho como se meu coração batesse um pouquinho lento deu no eco as batidas acho que era de tanto lexotan e diazepam que eu tomava, e eu tenho mania também de me automedicar e isso é um grave problema doutor tomar remédio pra nervo sem prescrição médica, você não pode ser, você não é doutor, você não estudou pra aquilo né pra ta se automedicando, mas eu sou muito impulsiva (E6).*

Franz Alexander (1954) foi um dos primeiros autores a observar e descrever as peculiaridades daquilo que chamava de personalidade hipertensiva. Trata-se de pessoas com núcleo de hostilidade reprimida. Atualmente, crê-se que, além desse traço hostil reprimido, o hipertenso pode apresentar também um afeto depressivo, dependência dissimulada, passividade, sentimentos pessimistas e dificuldade para externar emoções. *Minha pressão não aumenta mais, é todo tempo onze por sete, onze por seis e isso pra mim já ta me deixando mais seguro, mais tranquila que realmente eu não tenho nada no coração (E6).*

#### 4 – Distúrbios da coagulação:

Há tempos, propõe-se que a depressão pode afetar a coagulação e a trombogênese (MARKOVITZ; MATTHEWS, 1991). Estes processos seriam centrais para compreender o mecanismo pelo qual a depressão é fator de risco para doença coronariana e infarto do miocárdio. *Eu tinha uma perfeita saúde e tenho assim mais ou menos, porque eu comecei a sentir esse problema assim de arritmia, de pressão alta, no ano de 2002 pra 2003. ... um dia minha pressão subiu e eu disse pra ele: X, a minha pressão tá subindo. E ele disse: “Tem calma. Eu estou de férias, será que eu não posso descansar, não posso repousar?” E me vi naquela situação. Aí o que é que aconteceu, isso daí foi duas horas da manhã, isso daí. Quando foi três horas da manhã foi que ele foi providenciar um carro, ele não foi comigo, eu fui só. Lá no hospital os médicos ficaram tudo apavorado porque me viram naquela situação. Pressão alta, perdendo sangue, sozinha, sem companhia entendeu? Tudo isso daí vai me marcando. Então eu estou o tipo da pessoa assim, qualquer preocupação minha pressão sobe. Eu fico preocupada, apreensiva (E2).*

As plaquetas têm em suas membranas receptores adrenérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos. Aventa-se a possibilidade da hiperreatividade destes últimos ser uma das causas da combinação entre a depressão e as doenças cardiovasculares pois, as plaquetas representam um modelo da atividade das vias serotoninérgicas cerebrais, de tal forma que a captação de serotonina e a expressão de seus receptores seja homologada pelo cérebro (MUSSELMAM *et al.*, 1996).

Por motivo ainda desconhecido, os receptores serotoninérgicos plaquetários do paciente depressivo são hiper-reativos. Estas plaquetas, hiper-reativas, detectadas por citometria de fluxo ativado por luz fluorescente aceleram a formação de trombina, a liberação

de fatores que induzem a migração leucocitária, a proliferação de células e, por fim, a agregação plaquetária, incrementando assim o risco de doenças cardiovasculares e/ou a morte súbita pós-infarto do miocárdio (MUSSELMAM *et al.*, 1996). *Meu sangue já era fino demais e é tanto que na época eu fui pra Messejana levar o meu exame do peito e não caminhava quase nada porque eu sentia dor, eu sempre saía de casa e levava alguém comigo porque ficava doendo e eu sentindo aquele suor gelado (E5).*

A hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o fumo e a idade avançada são fatores que predispõem ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares, e todos eles contribuem para a ativação serotoninérgica das plaquetas. Há evidência médica suficiente para se suspeitar que ocorram alterações do Sistema Nervoso Central, particularmente no Sistema Nervoso Autônomo e na função serotoninérgica plaquetária em pacientes depressivos e que essas são causas fortemente atreladas a doenças cardiovasculares (OWENS; NEMEROFF, 1994).

Não há dúvida acerca da repercussão cardíaca do estresse. Entretanto, pessoas reagem de maneira prejudicial ao coração e outras não. De um modo geral e em graus variáveis, há participação do sistema cardiovascular nas situações de estresse. Assim, pode-se dizer que há sensibilidade especial do sistema cardiovascular às emoções. A palpitação depois de um susto não significa que se tem cardiopatia, mas que o coração sofre com os sustos (BALLONE, 2007).

Quantitativamente, quanto mais persistente e intenso for o estresse, maior será a repercussão sobre o sistema cardiovascular. A vulnerabilidade que tem certos indivíduos ao comprometimento patológico das emoções sobre o coração, como é o caso das taquiarritmias, hipertensão arterial essencial, coronariopatia, etc., denota a existência prévia de vulnerabilidades constitucionais na estrutura desse sistema. São pessoas que acabam padecendo de cardiopatias em consequência do estresse da vida (CARVALHO *et al.*, 1983).

Várias queixas funcionais ou distúrbios orgânicos podem estar a serviço das emoções. Diante de algum distúrbio orgânico cardíaco prévio, as razões emocionais atuam como expressivos agravantes no paciente psicossomático. A tendência à autopunição desses pacientes poderia ser percebida através da atitude da pessoa diante da doença coronariana. Pode-se observar essa ocorrência no desleixo ao cumprimento da prescrição médica, nas provocações quase propositais dos sintomas e agravamentos (DALACK; ROOSE, 1990).

Há ainda razões emocionais para o desenvolvimento de algumas patologias em relação aos chamados comportamentos aditivos, como é o caso de beber, fumar, trabalhar excessivamente, mesmo quando o paciente é orientado pelo médico para moderar nessas atividades. Frequentemente, o comportamento autodestrutivo está relacionado necessidades psicológicas, complexos, conflitos e experiências vividas não totalmente elaboradas. Tais casos também costumam estar associados a complexos de culpa. Com este comportamento haveria comprometimento do coração, por descaso e negligência do paciente, ingestão excessiva de sal e de gordura, inalação da nicotina e do monóxido de carbono do cigarro, abuso de álcool ou estresse e trabalho excessivo (DALACK; ROOSE,1990).

A identificação é outro dos mecanismos geradores de somatização que podem repercutir no coração, principalmente em se tratando de reações hipocondríacas. Basta saber que alguém morreu do coração e logo o hipocondríaco sente dor precordial. Caso ocorra doença cardíaca em parente significativo, a probabilidade de queixas hipocondríacas voltadas para o coração é grande. Por fim, considerando todo o simbolismo atribuído ao coração como fonte de vida e sede das emoções, fácil é imaginar a sua utilização como veículo de expressão simbólica (FORTES, 2004).

Logo, reconhece-se o quão difícil se torna identificar qual desses mecanismos estará presente em um dado paciente. Provavelmente, vários deles estarão presentes. É difícil afastar a hipótese de alguma fragilidade constitucional quando se está diante de alterações como a hipertensão arterial e a aterosclerose. Não obstante, a potencialização de todos esses fatores constitucionais e ambientais parece passar pelo componente psíquico, seja como fonte de avaliações estressantes processadas pelo sistema nervoso central, seja através da participação do sistema cardiovascular na resposta ao estresse, seja pelo estímulo àqueles procedimentos aditivos, que levam o indivíduo a comer demais, beber e fumar demais, trabalhar demais. E se forem considerados os distúrbios funcionais, extremamente frequentes na prática cardiológica, então os mecanismos psíquicos crescem de importância como fatores primários geradores da queixa somática que o paciente apresenta.

### 5.2.3 Caminhos para alcançar a saúde mental e as potencialidades da Estratégia Saúde da Família

O tratamento medicamentoso tem papel fundamental para o controle dos transtornos mentais, mas a alimentação, exercício físico regular e o sono, por exemplo,

também tem importância fundamental na prevenção e tratamento dos mesmos. Pode-se dizer que os tratamentos psiquiátricos dividem-se em duas categorias: somáticos ou psicoterapêuticos. Os tratamentos somáticos incluem as terapias farmacológicas e electroconvulsivantes. Os tratamentos psicoterapêuticos incluem a psicoterapia (individual, de grupo ou familiar), as técnicas de terapia do comportamento (como os métodos de relaxamento e a hipnose) e a hipnoterapia. A maior parte dos estudos sugere tratamentos que compreendam tanto fármacos como psicoterapia, o que resulta mais eficaz que qualquer deles utilizados separadamente (DUNCAN, 2006). *Antes da medicação, eu estava dormindo em média duas horas por noite mais ou menos. Dormia um cochilo e acordava e isso me deixava muito irritado durante o dia. Já tinha os problemas do dia a dia, mais uma noite mal dormida, imagina. E eu depois da medicação estou dormindo mais agora e eu sinto, durante o dia o meu consciente sente esse alívio. Então quando eu não dormia eu ficava com dor de cabeça né, acredito que aquela tontura também, com certeza. Que hoje eu não estou sentindo mais. De vez em quando, eu faço uns testes comigo mesmo, eu baixo a cabeça assim e levanto pra vê se, graças a Deus desapareceu. Então hoje eu estou melhor, bem melhor do que antes de tomar os medicamentos (E1). Você só entupir uma pessoa de droga, de droga não vai resolver né, quantas não querem se salvar como eu estou querendo me salvar, quantas não tem aí quantas por aí no mundo agora tentando, porque é você travar uma luta com você mesma, tem que ser muita forte e ainda mais ter acompanhamento médico porque aqui nós não temos psiquiatras (E6).*

Durante os últimos 40 anos desenvolveu-se um grande número de fármacos psiquiátricos altamente eficazes e amplamente usados pelos psiquiatras e por outros médicos. Estes fármacos são, muitas vezes, classificados de acordo com a perturbação principal para a qual se prescrevem. Por exemplo, os antidepressivos, como a imipramina, a fluoxetina e o bupropiona, usam-se para tratar a depressão. Os fármacos antipsicóticos, como a clorpromazina, o haloperidol e o tioxiteno, são úteis para transtornos psicóticos como a esquizofrenia. Os novos antipsicóticos, como a clozapina e a risperidona, podem ser úteis para alguns doentes que não tenham respondido a outros fármacos mais tradicionais. Os ansiolíticos ou benzodiazepínicos, como o clonazepam e o diazepam, podem utilizar-se para tratar as perturbações por ansiedade, como a perturbação por pânico e as fobias. Os estabilizantes do humor, como o lítio e a carbamazepina, foram usados, com certo êxito, em pacientes com doenças maníaco-depressivas. O SUS disponibiliza nos CAPS, os seguintes psicofarmacoterápicos: Amitriptilina 25mg; Biperideno 2mg; Biperideno 5mg/ml (ampola); Carbonato de Lítio 300mg; Clomipramina 25mg; Clomipramina 75mg; Clonazepan 2mg; Clonazepan 2mg (líquido); Clorpromazina 25mg; Clorpromazina 100mg; Clorpromazina 40g/ml (frasco); Clorpromazina 25mg/ml (injetável); Diazepan 10mg; Diazepan 10mg/ml; Fenitoína 100mg; Fenitoína (injetável); Fenobarbital 100mg;

Fenobarbital 40mg/ml (frasco); Haloperidol 1mg; Haloperidol 5mg; Haloperidol 5mg/ml; Haloperidol decanoato 2mg/ml (injetável); Imipramina 25mg; Levodopa + Carbidopa 250mg; Levomepromazina 25mg; Prometazina 25mg; Prometazina 25mg/ml (injetável); Nortriptilina 10mg e Nortriptilina 50mg (CAUCAIA, 2010).

Sabe-se que a não adesão ao tratamento é um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia presente em usuários com sofrimento psíquico. Considerando, especificamente, a adesão em saúde mental, sabe-se que a falha na aderência é um dos principais determinantes do prognóstico, aumentando significativamente a chance de recaída e cronificação, de re-hospitalização e a duração das readmissões (CASPER; REGAN, 1993).

O conceito de adesão é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos (LEITE; VASCONCELOS, 2003). A adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos psicotrópicos, é afetada ou direcionada por fatores ligados ao paciente, como as atitudes e crenças em relação à doença e ao tratamento, o nível de conhecimento, as características demográficas, a personalidade, a história, a estrutura familiar e a faixa salarial (ROSA *et al.*, 2006). São fatores decisivos para a aderência a psicofarmacoterapia, como aliança terapêutica positiva; certas atitudes do prescritor, como linguagem facilitada, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações, questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia (LEITE; VASCONCELOS, 2003). O prescritor deve identificar, exatamente, se o paciente está ingerindo a medicação conforme lhe foi prescrita; suporte social e familiar; questões financeiras; atitude para com o tratamento e a doença, aceitação ou negação; conhecimento sobre a própria doença e o funcionamento neuropsicológico; sentir algum benefício com a medicação usada, entre outros. *Eu achava assim que se eu continuasse a tomar ia ficar viciada e que toda medicação se você tomar direto eu acho que é uma droga, eu acho, não sei por que às vezes eu até disse assim X (marido) eu acho que eu vou é parar com esses remédios que a gente fica é viciada de tomar, mas até que a gente não pode, mas esses remédios assim pra nervo e essas coisa eu não tomei mais (E5).*

A presença de efeitos adversos associada ao uso de psicofármacos é uma das principais causas de abandono do tratamento. A preocupação do clínico com os efeitos adversos, desde o início da farmacoterapia, aumenta a aderência do paciente ao tratamento

(TESS, 1996). O abandono durante a fase de manutenção deve-se, basicamente, a dois fatores: persistência de efeitos colaterais (especialmente ganho de peso e disfunção sexual) e desinformação sobre o tempo de tratamento de manutenção e sobre o risco de recaída precoce com a descontinuação (KAPLA, 1997; BALDW; BIRTWISTLE, 1998; TESS, 1996). *Me ajudou muito, mas só que ele me deixava com a língua dormente, ele deixa a língua dormente e uma certa dor de cabeça eu comecei a sentir não sei se é a reação do remédio* (E2).

Outro fator relevante é a própria doença. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não adesão à psicofarmacoterapia. Além disso, estudos sobre a adesão a psicoterapias sugerem que o seguimento rígido das prescrições implica interferência no cotidiano, o que não é desejado pelo usuário (LEITE; VASCONCELOS, 2003; PEREIRA; SANTOS, 2011).

Os medicamentos servem para aliviar, curar e, paradoxalmente, piorar muitas das disfunções e doenças. Tudo depende das condições de sua utilização e reações do organismo. A automedicação, prática de ingerir medicamentos por conta e risco próprio sem o acompanhamento de um profissional da saúde, pode agravar os efeitos colaterais indesejáveis dos medicamentos. Em alguns países, com sistema de saúde pouco estruturado, a ida à farmácia representa a primeira opção procurada para resolver um problema de saúde, e a maior parte dos medicamentos consumidos pela população é vendida sem receita médica.

Pelo menos 50% das vendas dos medicamentos tradicionais do mercado brasileiro correspondem à automedicação, conclusões do estudo “Configuração do Complexo Econômico da Saúde”, realizado pela Unicamp a pedido do Ministério da Saúde (BARROS, 1999).

Várias outras hipóteses convergem ou divergem na tentativa de explicar as causas da automedicação. Algumas atribuem a prática a uma espécie de consequência, mesmo que distorcida, da divulgação que os laboratórios fazem junto à classe médica; outras, do excesso de pontos de vendas. Existe uma farmácia para cada três mil habitantes, quando o número preconizado pela OMS é de uma para cada grupo de oito mil habitantes. Para incentivar os médicos a prescrever seus produtos, os laboratórios destinam um percentual de 30% a 35% de sua receita líquida aos representantes, cuja função é bater na porta dos consultórios e divulgar o remédio. O segundo momento do medicamento no mercado é marcado pela automedicação. O estudo mostra que, se o paciente ficar satisfeito com o remédio, continuará comprando sem

voltar ao médico. Muitas vezes, o paciente faz o marketing boca a boca, indicando o remédio a amigos e familiares (OMS, 2001; BARROS, 1999). *Lexotan foi assim, eu comecei a me sentir, quando a pressão subiu, eu sentia aquele arrepio, aquele vontade de correr, eu não conseguia me sentar, não conseguia me deitar. Uma coisa assim inquieta, aquela coisa inquieta. Aí a minha irmã foi e disse assim: “toma um calmante.” Aí ela foi e me deu um lexotan, um comprimido só. Eu tomei e me senti bem com o lexotan. Aí foi quando eu falei pra Dra. M, a Dra. M foi e disse assim: “Sendo assim não tem problema, eu vou passar.” Ela foi e passou pra mim de três miligramas, até que ele é rosinha, pequenininho. Aí pronto, de lá pra cá eu fiquei tomando e eu me sinto bem com ele. Quer dizer, eu não tomo todas as noites, só quando eu estou assim um pouco agitada, que eu sinto que eu estou precisando, mas eu não tomo ele toda noite não (E2). O diazepam eu comecei tomando sem receita médica. Eu cheguei pra uma tia minha aí disse assim, estava tão assim agoniada da cabeça e ela foi e disse para tomar lexotan. Eu comecei com lexotan (E6).*

A questão da prescrição e automedicação são desafios para a cultura brasileira. A decisão de levar um medicamento da palma da mão ao estômago é exclusiva do paciente. A responsabilidade de fazê-lo depende, no entanto, de haver ou não respaldo dado pela opinião do médico ou de outro profissional de saúde. A mudança é um processo demorado, que envolve educação das pessoas e dos profissionais. As pessoas têm compulsão de se automedicar, o que motiva varejistas de fármacos menos éticos. Seria também um reflexo da crise da saúde pública, que dificulta o acesso e acompanhamento adequado. Debate-se se o nível de automedicação seria desejável, pois contribuiria para reduzir a utilização desnecessária de serviços de saúde. Afinal, três quartos da população brasileira não têm convênios para assistência à saúde. *Só vivia no médico, ficava aquele nervoso aí ia para o médico e não ficava boa, mas com as graças de Deus hoje em dia eu consigo dormir bem, consegui não ficar encasquetando as coisas e passou já, graças a Deus. Preocupação tem porque a gente ainda tem, mas não é tanto como antes (E3).*

No Brasil, a extensão da automedicação não é conhecida com precisão, apenas em caráter anedótico ou por meio de levantamentos parciais e limitados. A Pesquisa por Amostragem Domiciliar de 1998 do IBGE oferece elementos de informação. Entre as pessoas que procuraram atendimento de saúde, cerca de 14% adquiriram medicamentos sem receita médica; percentual que parece muito subestimado, talvez em função da pesquisa não ter sido desenhada com a finalidade de avaliar a automedicação (IBGE, 1998).

As razões pelas quais as pessoas se automedicam são inúmeras. A propaganda desenfreada e massiva de determinados medicamentos contrasta com as tímidas campanhas que tentam esclarecer os perigos da automedicação. A dificuldade e o custo de se conseguir uma opinião médica, a limitação do poder prescritivo, restrito a poucos profissionais de saúde,



o desespero e a angústia desencadeados por sintomas ou pela possibilidade de se adquirir uma doença, informações sobre medicamentos obtidos à boca pequena, na internet ou em outros meios de comunicação, a falta de regulamentação e fiscalização daqueles que vendem e a falta de programas educativos sobre os efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação, são alguns dos motivos que levam as pessoas a utilizarem medicamentos por conta própria.

O problema é universal, antigo e de grandes proporções. A automedicação pode ser considerada uma forma de não adesão às orientações médicas e de saúde. Nesse sentido, Hipócrates já sentenciou: "Toda vez que um indivíduo diz que segue exatamente o que eu peço, está mentindo". Não há como acabar com a automedicação, talvez pela própria condição humana de testar e arriscar decisões. Há, contudo, meios para minimizá-la. Programas de orientação para profissionais de saúde, farmacêuticos, balconistas e população em geral, além do estímulo a fiscalização apropriada, são fundamentais nessa situação.

O fenômeno da automedicação não é um problema do povo brasileiro. A Organização das Nações Unidas (ONU) adverte, por meio do Conselho Mundial de Monitoramento de Narcóticos, sobre as nefastas consequências do abuso no consumo de algumas substâncias emagrecedoras, tranquilizantes e anabolizantes, comercializadas nos países desenvolvidos, especialmente os Estados Unidos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2001). *Quando eu durmo, eu gosto sempre de tomar o medicamento na hora que eu vou dormir, já pra me prevenir. Porque se eu vou dormir medicada eu creio que ali não vai acontecer nada não. Mas seu tomar o remédio durante o dia e não tomar ele à noite eu já fico com medo... Então quer dizer, eu tenho medo de dormir, às vezes eu tenho medo de dormir. Meu Deus, será que não tem perigo de eu dormir e sentir um AVC dormindo? Porque acontece, é raro, mas acontece isso daí com pessoas assim e eu tenho medo... Quando eu durmo, eu gosto sempre de tomar o medicamento na hora que eu vou dormir, já pra me prevenir. Porque se eu vou dormir medicada eu creio que ali não vai acontecer nada não. Mas seu tomar o remédio durante o dia e não tomar ele à noite eu já fico com medo... De sentir o AVC, dela subir, é rápido. Eu tenho muito medo disso daí, não vou mentir não (E2).*

Em relatório, a AMB atribui o abuso de consumo desses fármacos à combinação de fatores que medicalizam os problemas sociais, como desemprego e dificuldades de relacionamento, e a tendência a tratar os sintomas em vez das causas de problemas, como a obesidade, estresse e déficit de atenção. Segundo ele, a responsabilidade por esse fenômeno deve ser compartilhada entre médicos e empresas farmacêuticas. O relatório afirma ainda que a mudança nas relações entre médicos e pacientes também pode ser parcialmente responsável pela tendência. Em uma era de acesso mais amplo às informações ligadas à saúde, de partilha

do processo decisório e de automedicação mais ampla, o paciente estaria assumindo riscos mais do que desejáveis (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2001).

Muitas vezes, médicos, ansiosos por aliviar o sofrimento de pacientes, acabam por antecipar uma prescrição ou recorrer à medicação de uma forma apressada. Até porque a empatia, ensinamento ético básico passado aos acadêmicos já nos primeiros anos de faculdade de medicina na disciplina de Bioética, preconiza que o médico não deve medir esforços para curar ou aliviar a dor alheia, seja ela física ou psíquica. Essas palavras eram do pai da medicina, Hipócrates, em 400 a.C.: “Curar, quando possível; aliviar quase sempre; consolar sempre”. Entretanto, muitas vezes, deixa-se de lembrar a quantidade de vidas que foram salvas e a melhora da qualidade na vida das pessoas que já fizeram uso de uma boa combinação farmacológica. E, por isso, surgem verdadeiros ataques à indústria farmacêutica e seus produtos. Entretanto, esses posicionamentos radicais são tão contraproducentes para a promoção de saúde como o próprio vício de medicar tudo o que se vê, sem medir as consequências. *Eu trabalhava muito, levava uma vida muito assim estressante e com aqueles problemas, então foi isso que me levou a usar, comecei a ir á médica e pedi pra ela passar alguma coisa pra mim relaxar porque eu não consegui... assim me ajudava assim, a medicação me ajudava assim quando eu comecei a usar porque eu ficava mais calma pra poder lutar com os alunos e antes de tomar eu ficava muito assim agitada com eles e eu estava quase entrando no ritmo deles e aí eu peguei e pedi pra médica passar alguma coisa... Eu me sentia bem, eu ficava mais controlada do que antes, porque estressa mesmo (E5).*

Ao se discutir o tema medicação, o uso e abuso dos benzodiazepínicos devem ser considerados. Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante a década de 1970, como opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias (GRIFFITHS, 1980).

A partir de meados dos anos de 1970, os primeiros estudos clínicos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas de BDZ, e se passou a considerar o risco dos benzodiazepínicos para induzirem abuso ou dependência. Mesmo assim, durante algum tempo considerava-se a própria dependência como uma complicação rara (NACIF, 2012). Nessa época, o diazepam tornou-se em pouco tempo o benzodiazepínico mais vendido dentro da classe dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, chegando a liderar o ranking das medicações mais prescritas nos Estados Unidos entre 1972 e

1983. Muito desta relutância em aceitar o potencial de abuso dos benzodiazepínicos deve-se ao perfil benigno dos seus efeitos adversos, tornando-a uma droga segura em relação aos barbitúricos e outros sedativos hipnóticos. No começo dos anos 80, quando se demonstrou que 50% dos usuários crônicos de benzodiazepínicos (acima de 12 meses) evoluíam com uma síndrome de abstinência, esta visão vem se alterando acentuadamente (MENTAL HEATH FOUNDATION, 1992). *Quando eu sinto que a pressão está alta, aí me dar tipo assim, fico assim apreensiva, ansiosa, eu não consigo ficar parada, eu tenho que procurar uma coisa pra eu ver se eu consigo tirar aquilo do meu pensamento, tipo um apoio psicológico, aí eu tomo ele. Aí vou me acalmando, me acalmando, deixo de sentir aqueles sintomas está entendendo? Durmo a noite bem e continuo tranquilamente, normalmente fazendo as minhas coisas. Porque eu me sinto bem mesmo com o lexotan. Com certeza (E2).*

Atualmente, os BDZ ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades (HOLDEN; HUGHES; TREE, 1994).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (HALLFORS; SAXE, 1993).

Atualmente, um em cada dez adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais (HIRSCHFELD, 1993). Estima-se que cada clínico tenha em sua lista cinquenta pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos (MHF, 1992). *Larguei o diazepam porque eu estou me sentindo hoje mais madura, mesmo com essa perda grande da minha irmã que faleceu, o falecimento dela está recente, mas o senhor também me passou uma certa segurança com relação, o senhor sempre tentou me mostrar pra mim enfrentar a minha realidade, encarar a morte que é a continuidade da nossa vida, você nasce e você já nasce sabendo que vai morrer, então isso aí o senhor falando pra mim foi muito bom, foi muito importante porque vai de encontro o que realmente eu tenho que encarar, aí muito coisa sua que o senhor vai me dizendo eu vou aceitando sabe, aos poucos eu vou aceitando. Quando o senhor disse assim, X, vamos deixar esse diazepam? Foi um choque pra mim aceitar isso, mas era pro meu bem, é pro meu bem e eu sei que é, então o senhor que me ajudou pra deixar o diazepam e eu quero continuar não fazer uso mais dele, quero continuar assim mais lúcida porque não adianta você fugir da sua realidade, você tem que encarar e eu me sinto bem (E6). Eu tomei acho que um vidro só, confiei em Deus e disse: Não vou mais tomar e fui me controlando, como eu já falei. As pessoas vinham sempre conversar comigo, que a gente tem que se controlar, não se deixar e eu fui me curando desse mal... de Deus também. E eu não*

*tomei mais não. Não tomei mais essa medicação não. Às vezes, aqui e acolá o médico passava assim, já agora, esses tempos, passava assim uma coisa assim, um tranquilizante, nessa época do problema do estômago o médico passou, mas eu tomei, mas não, eu senti que não deu certo, aí eu parei. Eu tinha medo de ficar dependente daquilo, aí eu disse, não é por aí não e eu parei (E3).*

As principais vantagens dos benzodiazepínicos, quando comparados aos antigos sedativos e hipnóticos são: menor potencial letal para depressão respiratória e do SNC; menor potencial para induzir tolerância e dependência; maior margem de segurança dos efeitos sedativos e ansiolíticos (HOLDEN; HUGHES; TREE, 1994).

Para Griffiths e Ator (1980), deve-se considerar na avaliação clínica do indivíduo o potencial para abuso dos benzodiazepínicos, ponderando os seguintes aspectos:

- Presença de sintomas sugestivos de intoxicação aguda decorrente do uso de benzodiazepínicos;
- Uso adequado do benzodiazepínico pelo paciente;
- Uso concomitante de outras drogas de abuso (por ex. cocaína ou maconha);
- Uso abusivo de álcool;
- Uso concomitante de medicamentos, que também deprimem o SNC;
- Presença de alguma condição psiquiátrica, que necessita do uso em longo prazo de um benzodiazepínico.

Deve ter ciência ainda que os BDZ não podem ser considerados isentos de risco à vida do paciente. A mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral, porém não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com similar grau de morbidade (PIESIUR-STREHLOW; STRHLOW; POSER, 1986; NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Diante do contexto, torna-se importante discutir a psiquiatrização da vida e a medicalização crescente do cotidiano. Atualmente a Associação Americana de Psiquiatria, conhecida internacionalmente como APA, está propondo várias novidades para o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que irá suceder o DSM-IV em

vigor desde 1994. De acordo com esta nova edição, crianças que fazem muita birra podem sofrer de um transtorno psiquiátrico recentemente descoberto, a desregulação do temperamento com disforia. Adolescentes que apresentam de forma particular comportamentos extravagantes podem sofrer da síndrome de risco psicótico. Homens e mulheres que demonstram interesse excessivo por sexo, quer dizer, aqueles que têm fantasias, impulsos e comportamentos sexuais acima da temperança recomendada, muito provavelmente padecem de desordem hipersexual. Há ainda outras novidades que vem chamando a atenção de todos. Por exemplo, a “dependência à internet” e a “dependência a shopping”. (ABRASME; AMARANTE, 2012).

É interessante perceber que, há cinquenta anos, havia seis categorias de diagnóstico psiquiátrico, hoje são mais de trezentas. Nas últimas décadas o DSM tem servido como a bíblia para a chamada psiquiatria moderna e para os saberes e práticas subordinadas à sua hegemonia. Seus autores defendem que o mesmo tem as funções de: 1) fornecer uma linguagem comum para os clínicos; 2) servir de ferramenta para os pesquisadores; 3) ser uma ponte para a interface clínica/pesquisa; 4) ser o livro de referência em saúde mental para professores e estudantes; 5) disponibilizar o código estatístico para propósitos de pagamento dos serviços prestados e para fins administrativos do sistema de saúde; e, finalmente, 6) orientar procedimentos forenses (APA, 1995).

O que o DSM-V vem reforçar ao DSM-IV? Parece ser a tendência à medicalização dos comportamentos humanos de nossa época, ao transformá-los em patológicos em seus mínimos detalhes. Nos termos que vem se tornando públicos, o DSM-V reforça a tendência a assegurar e a ampliar o mercado da saúde mental: 1) o consumo arbitrário de medicamentos de natureza psicotrópica, sem qualquer cuidado com os seus efeitos sobre a própria saúde de seus consumidores; 2) a expansão de serviços de diagnóstico e de consultas; 3) a medicalização da vida.

O que se pode concluir é que seu objetivo real não é lançar luz sobre o conhecimento dos sofrimentos mentais, e sim produzir mais mercado para as intervenções psiquiátricas. Neste sentido cabe à sociedade recusar este projeto medicalizante e patologizante. As entidades de saúde, particularmente as médicas, os Conselhos de Saúde e de Direitos Humanos, os órgãos públicos de normalização, regulação, fiscalização (Ministério da Saúde, Ministério Público, Conselhos Profissionais, dentre outros) precisam se posicionar e

cobrar a responsabilidade dos autores e multiplicadores de tais iniciativas (ABRASME; AMARANTE, 2012).

Essa questão é reforçada pela insuficiente humanização de grande parte dos médicos, o que pode ser consequência da forma como os estudantes de medicina assimilam seus conhecimentos. Estar exposto quase o tempo todo a uma carga didática intensa e abstrata afastaria o estudante de questões mais importantes do que a mera assimilação de conteúdos: o contato direto com as pessoas e seus problemas cotidianos.

Por definição, medicina é uma atividade humana exercida por seres humanos em seres humanos. Então, por que humanizar? Não seria óbvio manter o respeito e a dignidade do ser humano, obedecendo aos fundamentos da ética médica? Seria, mas não é mais. A medicina seguiu um rumo mais técnico, deixando de lado a arte intrínseca. Cada vez mais o jovem médico é exposto à alta tecnologia e menos ao lado humanístico e filosófico da Medicina (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

E a relação médico-paciente, aonde foi parar? Como justificar horas de espera por uma consulta fria e rápida de dez minutos? As palavras de Bernard Lown são perturbadoras e eloquentes:

A medicina jamais teve a capacidade de fazer tanto pelo homem como hoje. No entanto, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos. A questão é que a maioria dos médicos perdeu a arte de curar, que vai além da capacidade do diagnóstico e da mobilização dos recursos tecnológicos (LOWN, 1998).

*Tive com médicos da Unimed que ele não olhou pra mim não, eu entrei dentro do consultório dele, saí e não sei nem que cor é o olhos dele, ele não levantou nem a cabeça pra mim, então isso não é profissionalismo, eu acho assim porque tem certos médicos doutor que eles tão ali em o tempo é tão corrido também que talvez não dê tempo nem de olhar o paciente, mas o mínimo que ele tinha que fazer era olhar pra mim e o médico não escuta, acabou esse negócio, tudo é só no exame, mas tem a parte humana. A parte assim que eu acho assim imprescindível no médico é conversar com o paciente e quando você conversou, por exemplo, comigo eu já melhorei dos meus sintomas, a questão de valorizar a pessoa que ta ali fragilizada, você chega no consultório você já está fragilizada (E6).*

É preciso ter a coragem de rever e mudar para resgatar o valor maior da Medicina que é ver o paciente como um ser humano único e respeitá-lo como tal, para poder entender e tratar a doença (MUCCIOLI *et al.*, 2007). *Um médico humano porque tem aquele médico que não olha*

*mais para o paciente, ele só vê a caneta e o papel, ele esquece que na frente dele tem uma pessoa desesperada às vezes no meu caso, então com palavras também se salva uma vida, não é só com remédio não (E6).*

Na atualidade, a tecnologia supera o diálogo, no qual ter é mais do que ser. As clínicas e hospitais preocupam-se muito com a arquitetura moderna, bonita e ostensiva, como se isso fosse a garantia de boa medicina ou bom atendimento. Será que é isso que o paciente quer e precisa? Ou será que uma equipe de profissionais capacitados, atenciosos e disponíveis seriam causa maior de percepção de qualidade? O que fazia do médico de outrora (o médico da família) um indivíduo respeitado, amado e tido como um sacerdote, cujas orientações eram rigorosamente seguidas pelos seus pacientes? Era o tempo que dedicavam aos seus pacientes? Ou seria o fato de conhecer o paciente e seu contexto pessoal e familiar? Ou será que era o “tapinha nas costas” e a frase: - “vou cuidar de você” -falada ao final do atendimento que faziam a diferença entre o médico respeitado do passado e o médico altamente tecnológico e, geralmente, não respeitado da atualidade? (GALLIAN, 2012). *Doutor E quem me consultou – valha sua pressão está tão alta que eu acho que a senhora não vai botar amanhã não e eu pronto, se o médico está dizendo que eu não vou botar amanhã e eu não vou botar mesmo não, eu estou muito mal doutor? Ele disse está, você está muito mal com a pressão vinte e um, doutor E disse você está muito mal mesmo e eu digo pronto, estou desenganaada e chamei meus filhos e eu vou morrer, eu vou morrer (E6).*

Essa relação médico-paciente precária e desumanizada tem motivado o aumento do número de erros e de iatrogenia médica, destacando-se a necessidade de prevenção quaternária (MORAES, 1995; WEINBERG, 1953).

Proposto por Jamouille (2008), médico de família e comunidade belga, o conceito de prevenção quaternária almejou sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. A proposta foi realizada por Jamouille, em 1999, tendo sido oficializada pela *World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, em 2003.

Na prevenção quaternária, tem-se o problema da enfermidade sem doença. Enquanto o paciente vive sua enfermidade que acaba com um rótulo de doença, médicos, como discutido anteriormente, rotulariam a maior parte dessas enfermidades como MUS (*Medically Unexplained Symptoms* ou sintomas não explicados medicamente (ROSENDAL; OLESEN; FINK, 2005). *A primeira vez que eu procurei a Dra. M, ela me passou pra uma cardiologista, foi o Dr. F, que ele tem um consultório ali depois do CSU. Nessa época ele trabalhava na clinicazinha que tinha*

*ali vizinho à igreja Nossa Senhora dos Prazeres, a paróquia é, ele trabalhava ali. Aí quando ele mandou bater o eletro, ele foi e disse pra mim: “A senhora está com arritmia, teve uma raiva hein?” Eu disse assim, arritmia doutor? Eu fiquei até um pouco preocupada. Ele disse: “Está aqui a arritmia. Mas não tem problema não. Eu vou passar um medicamento pra você, você vai começar a tomar esse medicamento.” Aí voltei pra Dra. M, a Dra. M foi e passou pra mim captopril, aí continuou o tratamento com ela, mas só que ...E fui sim, quer dizer, não fui. Porque quando eu lhe pedi naquele dia a requisição pra eu ir bater o eletrocardiograma né, eu bati. Aí foi no período que o meu irmão foi na casa da minha mãe visitar a minha mãe e eu mostrei pra ele. Ele até disse assim: “Y, isso aqui não é a minha área, porque eu não sou cardiologista. Procure seu médico, mas que aqui está tudo normal” (E2).*

Sintomas e enfermidades abrem amplamente as portas para intermináveis procedimentos de diagnóstico. A maioria deles terá resultados normais e muitos limítrofes ou falsos positivos. As consequências são mais testes laboratoriais intermináveis e prescrições de terapias jamais provadas com efeitos colaterais bastante conhecidos. Há um contínuo entre saúde e enfermidade em contraste com uma dicotomia entre não ter e ter uma doença. A maioria das pessoas de fato tem sintomas em algum ponto do tempo (SHORTER, 1992). Apesar disso, a maioria não se consulta com médico. Entretanto pode ser convencida a fazê-lo. Os pacientes podem ser classificados de “preocupados e bem” (*worried well*). Na verdade, a mídia, a indústria farmacêutica, os políticos e as profissões da área da saúde, em uma mistura estranha de melhores intenções e lucro econômico, têm o potencial de criar dúvidas e preocupações até nas pessoas mais saudáveis (THALER, 2009). *Meu sangue já era fino demais e é tanto que na época eu fui pra Messejana levar o meu exame do peito e não caminhava quase nada porque eu sentia dor, eu sempre saía de casa e levava alguém comigo porque ficava doendo e eu sentindo aquele suor gelado, você chegou da rua e com aquele suor e ficou no ar condicionado desse, aquele suor suado assim frio, não sei nem explicar direito, aí meus meninos nunca deixaram eu sair sozinha por conta disso. Aí eu fui pra Messejana e fiz a esteira e não consegui porque elevou demais a pressão, então eu tive que fazer esse cateterismo, na época eu fiquei com medo de fazer e estava tudo marcado e na hora de entrar meu filho foi e falou pra médica que eu tinha esse problema no sangue, com medo de me cortar e ser mais grave e aí pediu o exame e não deu mais nada, o cateterismo deu tudo normal, o sangue coagulou bem direitinho... as dores eu não senti mais, podia ser o nervoso que eu estava, mas a dor que eu sentia em cima do peito, porque antes d’eu casar eu já sentia essa dor eu não sei o que era, qual o mistério que era e não deu nada também no cateterismo, mas eu sentia assim como se viesse assim alguma coisa por dentro da minha veia e atravessava tudo e eu sentia dor em cima do peito, aquela dor fina como se eu tivesse enfiando alguma coisa, eu contei pro médico, que eu não ia mentir, eu sentia não era sempre, mas era um dia, noutro dia, não era toda hora, mas eu sentia essa coisinha que vinha por dentro de mim e dava essa dor e quando eu sentia assim um vexame assim do menino está bebendo, qualquer coisa aí eu ficava com aquela dor assim (E5).*



Resumindo, prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003). Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere*, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2006). Ou seja, prevenção quaternária é o conjunto de ações que visam a evitar a iatrogenia associada às intervenções médicas como a sobre medicalização ou os excessos preventivos (JAMOULLE, 2008).

Chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, fator de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2006, p. 68).

O desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária podem e devem fazer parte das estratégias de educação permanente no SUS e na formação dos profissionais de saúde, para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia Saúde Família, que diminuam a medicalização e a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebidas no Brasil (NORMAN; TESSER, 2009).

A Medicina de Família é um caminho para humanizar a medicina, implica em duas coisas aparentemente óbvias, mas sumamente importantes. A primeira é que a Medicina de Família é um caminho, mas não é o único, existem certamente outros. Essa especialidade médica não reivindica, em hipótese alguma, exclusividade neste empenho humanizante que é preocupação de muitos, talvez de todos os envolvidos na atenção à saúde. A segunda é que a Medicina de Família tem realmente um caminho, isto é, uma metodologia própria para abordar o tema da humanização. Tem corpo próprio de conhecimentos, metodologia elaborada que fundamenta o seu sistema, e que a abordagem que possui a torna capaz de opinar e contribuir no processo de humanização da Medicina. A metodologia da Medicina de Família apoia o seu corpo próprio de conhecimentos num tripé sempre presente.

Primeiramente, a abordagem do paciente, e não da doença, como centro dos seus estudos (Medicina Centrada na Pessoa) e que a capacita para desenvolver Atenção Primária à Saúde. Em segundo lugar a preocupação contínua com o processo de educação médica que faz do Médico de Família um educador que reflete sobre suas práticas e sobre o processo de formação continuada. Finalmente, o caráter humanista do médico de família, que procura nas ciências humanas contínuos recursos para formar-se e conhecer-se melhor, ao tempo que melhora o conhecimento do seu objeto principal de estudo: o ser humano.

O perfil peculiar que este tripé confere à Medicina de Família faz com que pesquisadores apontem uma quarta característica que se decorre naturalmente dentro deste conjunto bem definido: a formação de lideranças. O Médico de família, porta de entrada para a saúde procurada pelo paciente, educador e professor, conhecedor do ser humano dentro do seu contexto, é um formador de lideranças, um criador de opinião, e sempre, o melhor interlocutor do paciente que procura ajuda (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

O termo humanismo costuma compreender três aspectos diferentes, embora complementares. Assim, humanista é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto da sua reflexão e como consequência de uma filosofia que norteia sua existência. Se este homem humanista é médico, essas atitudes que envolvem a sua própria vida atingirão as outras vidas, aquelas que ele tem que cuidar, e por tanto implicarão uma postura concreta diante da vida humana, da vida doente, do sofrimento e da dor, da vida que se acaba. Em segundo lugar, o humanista tem como vizinho próximo a versão ativa, altruísta e afetiva dessa filosofia de vida: é o humanitarismo, a capacidade de comover-se diante da dor e da limitação alheia. Finalmente, precisa de um alimento que sustente, de modo continuado essa filosofia de vida, e as posturas concretas que ela implica. Surge, assim, o natural entrelaçamento com as humanidades - âmbito também do humanista - como via cultural de aproximação do conhecimento do homem, com suas grandezas e misérias (LIFSHITZ, 1997).

O conceito de médico implica subjetividade criativa, vocação, profundo respeito ao humano, sentido de solidariedade, capacidade de comunicação interpessoal, benevolência e disposição para melhorar a humanidade. Sem estas qualidades, não se pode ser médico. Na verdade, basta um mínimo de reflexão para surpreender-se de como é possível assistir alguém nas suas necessidades, ajudá-lo nas suas moléstias, por partes, em prestações, perdendo de vista o ser humano que temos diante. Ver a pessoa como um todo é algo absolutamente natural, quer dizer, próprio da natureza humana. É, portanto, algo que as pessoas, os cidadãos

comuns, independente do nível de instrução, fazem naturalmente. Por isso surpreende a necessidade desta discussão entre os médicos e entre os profissionais dedicados à atenção da saúde que, mais do que ninguém, deveriam compreender que o seu serviço destina-se à pessoa que o requer, nunca a uma parte dela (STEWART, 1995).

Se por um lado seria simplista afirmar que a culpa da desumanização dos médicos e das faculdades de medicina que não formam médicos humanos, por outro seria ingenuidade não desconfiar que algo acontece no processo de formação para que as pessoas percam algo que naturalmente possuem. E algo que, sem ter culpados voluntários atuando de má fé, deve ser importante, pois se consegue desumanizar o médico, que é capaz de esquecer um tema que deveria ser para ele como o oxigênio para respirar. Simplificando de novo, e assumindo os riscos da simplificação poderia se intuir que alguma analogia teria com o já dito em relação à Medicina de Família: é preciso reaprender a fazer o que antes se fazia naturalmente, ou, pelo menos, não esquecer como fazê-lo. Na Medicina de Família, toca-se sempre no tema de que o homem é um ser que esquece. Um ser que esquece, não os detalhes, mas esquece do fundamental. No caso do médico esquece que ele, médico, é um ser humano e que trata com pessoas.

Humanizar a relação médico-paciente, humanizar o ensino médico, humanizar o médico é oferecer-lhe recursos continuados para manter esta atitude. Em todos estes aspectos a Medicina de Família tem sua própria metodologia. Definir a abrangência, o papel e a função da Medicina de Família como disciplina acadêmica, inserida no processo universitário, emparelhada e comprometida com a formação médica, é tema de frequentes reflexões, congressos e publicações provenientes de países onde esta disciplina está assentada há mais de 25 anos nas escolas médicas (RUBENSTEIN; TALBOT, 1992).

No Brasil, as tentativas necessárias e exemplares para a instalação desta disciplina ainda não conseguiram atingir plenamente o núcleo da graduação médica. A Medicina de Família na Universidade seria assim um elemento integrante no processo formativo e um ambiente de reflexão continua sobre o próprio processo de formação médica, onde poderia florescer um humanismo médico, atualizado, moderno, reflexo do equilíbrio no binômio ciência-arte que o médico deve representar. E, deste modo, a Medicina de Família, instalada no âmbito acadêmico, contribuiria não apenas para construir os futuros médicos de família, com a qualidade universitária que deles se espera, mas também como uma ferramenta eficaz para formar médicos que saibam estar atentos aos seus pacientes, interagir com eles, adaptar-

se às suas necessidades, independentemente da especialidade que os estudantes assim formados sigam depois. Nesta dimensão, a Medicina de Família surge como instrumento eficaz na própria formação médica e como caminho possível no processo de humanização da medicina (BLASCO, 2012).

Em geral os estudantes de medicina são ensinados a tratar pacientes, mas geralmente não reportar à fé e ao misticismo. Será que a fé contribui para melhor qualidade de vida e de saúde? Apesar da ausência de evidências sólidas dos benefícios da associação de tratamento médico integrado com a religiosidade dos doentes, acredita-se que os benefícios existam. Evidente que devem-se considerar os limites da medicina e o poder da religião. Cada vez mais, observa-se um movimento pró-religião e espiritualidade atingindo os profissionais da saúde. Atender e respeitar as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes parece adicionar benefício não só ao paciente, mas também às suas famílias, que se sentem mais protegidas e amparadas (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). *Jesus Cristo, ele de qualquer maneira Deus é Deus sem nós e quem somos nós sem Deus? Não somos nada. Então eu vejo assim, Jesus Cristo pra mim me dar uma grande força. Às vezes eu estou assim com tanta coisa pra fazer dentro de casa assim, aí vou tiro aquele momento ali e vou no quarto, me ajoelho, eu oro, peço a Deus pra proteger meus filhos, proteger a minha família. E eu vejo que Deus está melhorando minha família, graças a Deus. Tudo em paz, com saúde, trabalhando, estando alegres e satisfeitos. Eu estou notando que o meu esposo está mudando também entendeu. Já agora ele já conversa comigo, se está no trabalho já está ligando pra mim: “Como é que ES está em casa, A? As coisas estão tudo bem?” (E2).*

Alguns cientistas pesquisadores têm verificado a importância da religião para a saúde de indivíduos. Apesar de a sociedade atual ser materialista e grande incentivadora do consumismo, e que empresas incentivam, muitas vezes, de forma não ética, o consumo de supérfluos e alimentos artificializados, uma minoria pensante da população que não sucumbe à tal pressão e vida artificializada, sabe que saúde depende de coisas simples, alimentos simples não processados industrialmente, vida no campo, relações humanas afetivas éticas moralmente, sem competição, pelo contrário, compartilhando e praticando espiritualidade ao exercer uma fé religiosa (KOENIG, 2012).

Em 12 de julho de 1999, reuniu-se, na *Duke University*, nos Estados Unidos, um grupo de doze psiconeuroimunologistas, teólogos e médicos renomados, para uma revisão dos efeitos do estresse sobre o sistema imunológico e para ver como este conhecimento poderia informar-nos sobre a conexão religião e saúde. Sugeriram que há a possibilidade de que envolvimento religioso possam afetar positivamente a saúde física através de mecanismos

neuroendócrinos e imunes, ou seja, a fé religiosa produziria efeitos no sistema nervoso, em glândulas e no sistema imune humano (HAROLD; KOENIG; HARVEY, 2012).

Bruce Rabin, da *University of Pittsburgh*, mostrou que crenças e atividades religiosas podem influenciar o sistema nervoso simpático, melhorando e aumentando seu funcionamento, ajudando, assim, a diminuir o estresse e melhorar a sociabilidade (COHEN *et al.*, 1997).

Hoje, a prática de princípios religiosos como o perdão, a compaixão, a fé, a esperança, entre outros, acalmam através da liberação de hormônios como acetilcolina, endorfina, serotonina etc., produzindo relaxamento muscular, serenidade, ajudando o corpo físico, melhorando a digestão e absorção de nutrientes, facilitando o sono reparador, aliviando dores físicas, corrigindo a hipertensão arterial, diminuindo a ansiedade etc. (SANTOS, 2009). *Esse processo de não ficar assim mais nervosa, acreditar mais em Deus né, saber que tudo tem jeito, tudo Deus resolve. Às vezes eu pensava que a coisa era, fazia uma tempestade num copo d'água, ficava aquele medo né e vinha uma pessoa e falava: "Olha pra tudo tem um jeito". Aí eu botei aquilo na minha cabeça né e é verdade, tudo tem um jeito. Aí eu comecei a me controlar né e pensava assim positivo, não se entregava aquele nervosismo, confiava em Deus. E também olhando a palavra de Deus e pensando assim, tudo é permitido por Deus, se Deus permitiu isso assim é porque foi à vontade dele, então é se controlar. Não cai nem uma folha se não for da vontade dele, nem um fio de cabelo, então se Deus permitiu, amém por isso. Foi isso, esse controle, baseado na palavra de Deus também né, porque quando a gente fica assim nervosa né, negócio de stress né, isso é falta de confiança em Deus... Muitas vezes a gente fica na igreja e tudo, ouvindo a palavra, mas às vezes a gente não confia inteiramente em Deus. Mas quando a gente passa a confiar mesmo, a gente passa anos e anos e às vezes não confia inteiramente. Mas quando a gente passa a confiar mesmo, saber que ele tá no controle de todas as coisas, que às vezes é permitido a gente passar alguma coisa, às vezes pra experiência mesmo né. Que às vezes a gente passa por coisas que mais na frente a gente pode passar pras outras pessoas né: Já passei por isso, posso ajudar. E graças a Deus né, eu glorifico a Deus porque hoje eu estou mais controlada, só em eu poder dormir melhor (E3).*

As sugestões apresentadas pelos cientistas ligados ao estudo e à pesquisa da interface religião e saúde são de que os esforços em medicina para tratar somente a doença biológica não resultarão em cura completa, a menos que os outros aspectos do que a doença significa para o ser humano sejam também considerados (HAROLD; KOENIG; HARVEY, 2002).

De cem estudos publicados acerca da associação entre comportamento, prática religiosa e indicadores psicológicos (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo,

autoestima elevada), setenta e nove estudos encontraram correlação positiva e significativa entre essas variáveis. Embora as correlações sejam modestas, elas igualam ou excedem as encontradas entre bem-estar e outras variáveis de suporte social consideradas importantes, como estado conjugal ou renda, que têm sido frequentemente investigadas. Essas associações positivas entre prática religiosa e bem-estar pessoal têm sido semelhantes em amostras de diferentes centros de pesquisa, envolvendo uma diversidade de religiões, raças e idades. Em sua maioria, essa associação entre religiosidade e bem-estar se mantém mesmo após controle de possíveis variáveis de confusão como situação conjugal, idade, gênero, nível educacional e socioeconômico (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). *De primeiro tudo era ao contrário, eu acho que fazia parte Deus me perdoe era até do demônio que queria que a pessoa se destrói, aí eu fui contra ele na maneira e graças a Deus estou calma... Eu não sou uma pessoa de está socada dentro de igreja, quando eu vejo que eu estou precisando e preciso conversar porque Deus está em todo canto, mas às vezes na igreja a gente se sente muito melhor, se sente mais a vontade (E4).*

Tem havido discussão sobre os vários mecanismos que ligam religiosidade e bem-estar social. Duas questões devem ser aqui consideradas: a primeira é a integração social, representada pelo vínculo e suporte social promovidos pelo envolvimento na comunidade religiosa. A participação religiosa frequente parece estar ligada não somente a um aumento do número de vínculos e interações sociais, como também na melhor qualidade dessas relações (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Uma outra questão importante é a regulação social. Uma das funções-chave das comunidades religiosas é estabelecer normas que regulamentam o comportamento e que são especificadas no ensino do sagrado, reforçadas por líderes eclesiais e sedimentadas através da interação social dentro da comunidade religiosa. Pessoas frequentes a serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou continuar fumando, fazer uso considerável de álcool e drogas, quando comparado com pessoas que frequentam menos regularmente ou que não têm frequência religiosa (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Práticas religiosas como a oração pessoal, a confissão, o perdão, a liturgia, o exorcismo e estados alterados de consciência podem ser efetivos em promover bem-estar espiritual, estabilidade emocional, autoconhecimento, reduzir tensão e ansiedade, influenciar o humor e modificar o comportamento, necessitando também mais estudos a esse respeito. Sua aplicação clínica merece maiores investigações. *Muitas vezes eu vou pra igreja, muitas vezes eu vou pra igreja e fico lá, nas quintas-feiras eu passo o dia praticamente na igreja porque eu faço a parte lá da adoração do santíssimo e vou de manhã a missa e quando é um hora eu vou e passou a tarde até umas três*

*horas, eu vivo na igreja e quando não é eu vou lá pra casa da minha mãe. Um dia eu estava com uma dor muito forte, segunda-feira que hoje está com oito dias eu estava sentindo aquela dor, aquele aperto, eu vou lá pra minha mãe e fui porque ela não mora na casa dela ela mora na casa da minha irmã, aí eu saio e vou pra lá, quando eu estou assim eu vou pra lá, a casa do meu pai lá tem a presença dele e assim é o que eu penso né, vou pra lá que eu melhoro porque eu sinto a presença dele lá e fico lá, às vezes dizem tu vai dormir aí sozinha? Vou, só não primeiro com Deus...a igreja me ajudou muito, porque só em ir pra lá eu já me sinto bem (E5). Eu levantei um dia e é quando as coisas tem que, acho que é a mão de Deus também e você tem que ter fé, eu era crente assim na fé né, sou católica ainda até hoje, mas eu tinha fé em Deus e eu peguei a bíblia abri e eu não sou de ler a bíblia e nesse dia eu abri a bíblia e de repente me veio uma luz e me veio uma pessoa de batina e eu disse isso é um padre, eu vou procurar um padre, aí fui e não fui na igreja fui na casa do padre lá ... em primeiro lugar, gostei muito das palavras que ele disse pra mim ... Eu tentando tirar a vida, lógico que precisa né, eu estava com a filha com um ano de nascida, não, ela já tinha nascido quando eu procurei o padre porque ele me deixou grávida de oito meses, eu digo meu Deus do céu que confusão que eu estou fazendo na minha cabeça, eu disse, sabe de uma coisa eu vou, aí agradei de joelho, eu sou meia assim, de repente dá umas coisa na minha cabeça, fiquei de joelho e beijando o padre, padre muito obrigada o senhor salvou uma vida, aí fui pra casa ... eu conseguia, com a receita da minha tia que tomava lexotan, aí eu pedia a ela pro médico dela passar duas caixas, aumentar as doses né, aí ela dividia, me dava uma caixa e ficava com outra, era assim que eu conseguia. Até hoje ela toma lexotan, ela é dependente de lexotan só que pra mim o lexotan estava fraco e eu tive que tomar um remédio mais forte porque eu não estava conseguindo me libertar da droga e comecei com lexotan e eu sinto falta ainda doutor assim um pouquinho do diazepam porque ele acalma, mas depois ele dá um vazio, ele lhe dá um vazio tão grande, uma vontade, uma tristeza profunda, o diazepam dá uma tristeza profunda na gente, em mim dá como se eu valesse mais nada e aquela coisa é tão estranho é preciso está sempre se drogando pra está dormindo pra não está pensando na realidade da vida e afastando da realidade, pronto é isso, o diazepam causa isso, ele me afasta da realidade e eu fujo daquilo ali, não enfrento aquilo ali né minha realidade, tento dormir, me dopar de diazepam pra dormir e no outro dia aí estou lerda, lesada e como se tivesse cavando um buraco e me perdendo, um vazio imenso, uma coisa muito triste, quem toma diazepam é muito triste (E6).*

É importante que profissionais de saúde investiguem a influência da religiosidade e espiritualidade na vida de pacientes, e saibam lidar adequadamente com tais sentimentos e comportamentos. Treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Profissionais de saúde devem identificar tais aspectos em sua avaliação. Na prática clínica, quatro questões são fundamentais para a investigação acerca do papel da religiosidade na saúde do paciente (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

- O paciente tem alguma forma de religiosidade ou espiritualidade? Qual a importância que o paciente atribui a estes aspectos da vida?
- O paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com sua doença ou essas são fontes de estresse?

- Pertence a uma comunidade religiosa? Caso afirmativo, esta tem sido fonte de apoio ou de conflitos?
- Tem alguma crença espiritual que possa influenciar nos cuidados médicos? Apresenta algum conflito ou questão espiritual que o preocupa? Tem alguém com quem conversar sobre estes tópicos? (p.ex.: um padre ou um pastor).

Uma limitação importante no momento é que a maioria desses estudos tem sido feita com cristãos e judeus, em contexto cultural anglo-saxão. Estudos examinando técnicas de meditação de tradição oriental e práticas religiosas islâmicas encontraram resultados semelhantes, apesar de serem ainda em muito menor número.

Investigações adicionais em outras culturas e manifestações religiosas são necessárias, principalmente além do eixo América do Norte – Europa. Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas apontam de modo consistente uma relação entre religiosidade e melhores indicadores de saúde. Esses benefícios parecem estar relacionados a hábitos de vida, suporte social e capacidade de enfrentamento (*coping*). Em razão da vivência religiosa, pessoas estão menos expostas a situações de agravo à saúde como uso de tabaco, álcool e outras drogas, comportamento sexual de risco e envolvimento em situações de violência física. Também parecem compartilhar uma vida social caracterizada por vínculos que possibilitam maior suporte em situações de estresse e adoecimento. Pessoas religiosas frequentemente apresentam maior capacidade de lidar com circunstâncias adversas de vida com a utilização de *coping* religioso positivo (TAVARES; BERIA; LIMA, 2004).

Ter boa saúde mental ou uma mente saudável é uma tarefa complicada e repleta de questionamentos infundáveis. Tentou-se neste estudo discutir caminhos para lidar com o sofrimento psíquico contemporâneo a partir das categorias emergidas dos discursos dos usuários. Uma das questões, enfatizadas pelos usuários entrevistados, foi a importância da escuta no tratamento, tendo sido esta uma das categorias mais reforçadas. *Só em um diálogo, uma conversa que a gente tem, só de está conversando com a pessoa que entende mais ou menos ou entende mesmo completo né aí tranquiliza, eu acho (E5). E é bom a gente conversar, eu gosto da pessoa conversar, eu gosto de desabafar porque às vezes você está com um problema e não quer dizer em casa né, o marido às vezes não tem paciência mesmo, ele não quer escutar e se a gente vai conversar vai é discutir (E4).*

Se o verbo escutar fosse traduzido de uma forma mais simplista, poder-se-ia afirmar que escutar nada mais é do que prestar atenção no que o outro permite que seja



conhecido, seja na forma de palavras ou a partir de expressões muitas vezes inconscientes. O homem é uma unidade mente-corpo, suas emoções são fenômenos físicos, e cada alteração fisiológica tem o seu componente emocional. Portanto atender um usuário do sistema de saúde é acima de tudo escutar. Uma das características do trabalho do profissional de saúde é lidar com diferentes questões emocionais, tanto suas quanto do cliente. Para isso, lança-se mão de instrumentos básicos da relação de ajuda, tais como o diálogo e os procedimentos técnicos capazes de permitir ao usuário momentos de bem-estar, a compreensão de seus problemas e razões para busca da cura (SILVA *et al.*, 2008).

É necessário sensibilizar o profissional sobre a importância da escuta terapêutica, que é conquistada no dia-a-dia, estreitando laços de confiança de forma que as informações sejam percebidas pelo outro como importantes (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003). *Hoje você não tem mais o seu médico de antigamente, mas ainda tem médicos bons que ainda presta atenção no paciente, olha nos olhos do paciente, pega na mão do paciente e dá uma força, é isso que a gente está precisando de médicos assim que chega e que olha, eu acho que é um dos melhores remédios ... é aproximação, é o calor, é a palavra amiga isso melhora muito (E6).*

Durante os últimos anos efetuaram-se grandes avanços no campo da psicoterapia. A psicoterapia é o tratamento em que se usam técnicas psicológicas e se faz uso sistemático da relação profissional-usuário. Os psiquiatras e psicólogos não são os únicos profissionais da saúde preparados para praticar a psicoterapia. Embora a psicoterapia individual se pratique de muitas formas diferentes, de modo geral os profissionais são especializados numa das quatro escolas seguintes: a dinâmica, a cognitivo-comportamental, a humanista ou a comportamental (MANUAL MERC, 2012).

A psicoterapia dinâmica deriva da psicanálise e baseia-se em ajudar a pessoa a compreender as suas estruturas e conflitos internos que podem estar a criar sintomas e dificuldades nas relações. A terapia cognitivo-comportamental centra-se primariamente nas distorções do pensamento do indivíduo. A terapia interpessoal centra-se no modo como uma perda ou uma alteração numa relação afeta o doente. A terapia comportamental está orientada para ajudar os usuários a modificar a sua forma de reagir diante de acontecimentos que ocorrem à sua volta. Na prática, muitos psicoterapeutas combinam várias técnicas segundo as necessidades do usuário. Também se utilizam amplamente a psicoterapia de grupo e a terapia familiar, e mais recentemente a terapia comunitária. As principais características da psicoterapia são: empatia e aceitação das dificuldades do indivíduo, explicação para o

sofrimento da pessoa e método para aliviá-lo, informação acerca da natureza e da origem dos problemas da pessoa e sugestão de alternativas possíveis para os tratar, reforço das expectativas de cura da pessoa através de relação confidencial e de confiança com o profissional, aumento do conhecimento das emoções pessoais que permita alteração na atitude e no comportamento (OLIVEIRA, 1999).

A importância da psicoterapia de grupo e como a sua característica relacional pode ser de grande proveito para o indivíduo é inegável. Nela, o indivíduo pode conhecer suas características pessoais, qual a sua forma de relacionar-se com as outras pessoas e com o meio. Caso perceba que esta sua maneira não está surtindo os resultados desejados, ele encontra no grupo um ambiente seguro para experimentar novas possibilidades de fazer contato, na busca de identificar aquelas que lhe são mais satisfatórias (BECHELLI; SANTOS, 2004). *Uma reunião, a pessoa tem uma reunião pra conversar com as pessoas isso significa muito, porque às vezes o problema em casa a gente não pode conversar em casa e tendo uma pessoa pra escutar, como nós dois estamos aqui conversando e você desabafa, já conversa o que sente e o que não sente e em casa a gente não tem isso, o marido não tem paciência de conversar com a gente. Eu acho que tem que ter tipo assim uma reunião pras pessoas irem toda semana se comunicar, pra conversar o que está achando, o que está passando na casa da pessoa que é muito bom isso aí, eu acho bom e procuro desabafar (E4).*

O grupo terapêutico não é o mesmo que um grupo de pessoas reunidas batendo papo e falando sobre suas vidas. Acontece algo muito além do que uma simples conversa entre conhecidos, como o desenvolvimento de uma liga, uma proximidade entre os membros. Esta interação transforma a terapia em um território sagrado, no qual se encontra um apoio e suporte para falar-se e trabalhar situações desagradáveis vividas pelas pessoas. Por se tratar de assuntos delicados, a maioria das pessoas apresenta dificuldade de falar e lembrar-se do que aconteceu. Geralmente, esses relatos são carregados de muita emoção e o terapeuta tem o cuidado de acolher e validar esses sentimentos de maneira que a pessoa possa se sentir respeitada e ouvida (BECHELLI; SANTOS, 2004). *Colocar mais terapias ocupacionais coisa que não é estendida a nós aqui do SUS, então eu sinto falta disso eu sinto, muita coisa assim que você às vezes através de uma palestra substitui uma caixa de diazepam substitua um haldol, substitui a amitriptilina, esses remédios, porque a gente que passa como eu passei por problemas mentais, mas graças a Deus estão quase resolvidos, mas eu ainda tenho dependência de vez em quando assim da falta de conversação, de diálogo e tudo gostaria muito de frequentar um grupo de terapia gostaria (E6).*

Na terapia de grupo, esse acolhimento ocorre não somente por parte dos terapeutas, mas também pelos demais participantes, que se tornam solidários a experiência do

outro e participam demonstrando afeto, dando conselhos e, em alguns casos, dividindo vivências parecidas com a relatada e contando como superou determinada situação. Essa possibilidade de dividir experiências e ouvir que outras pessoas já passaram por situações semelhantes e que superaram é muito importante. Esse compartilhamento é algo que na terapia individual não acontece e, por mais que o terapeuta diga que ela não é a única, que outras pessoas já passaram por essa situação, é muito diferente do que se ouvir o relato da própria pessoa. É esse compartilhamento de experiências, na minha perspectiva, que é o grande diferencial da terapia de grupo (BECHELLI; SANTOS, 2005). *Eu pensava que o meu problema ninguém não passava, só que quando eu ia lá fora e conversava com minhas amigas eu via que o meu problema era mais pouco do que aquele que eu estava conversando, tinha gente muito pior, aí eu fui indo e fui vendo a minha realidade que o meu era muito pouco. Tinha gente que tinha problema de saúde (E4). Botar na cabeça que tem gente que tem mais problema do que eu e isso aí não é um problema, é coisa da cabeça e se ocupar em alguma coisa que nem eu fiz, porque se eu não tivesse feito na maneira que eu fiz hoje em dia eu poderia está até internada ou louca, porque eu acho que o cérebro da gente é uma coisa fraca né, qualquer coisinha ele vira, aí acho que tem que se ocupar em alguma coisa e ter fé em Deus que a pessoa consegue, quem nem eu estou fazendo né. É tanto que eu achei até bom essas reunião e essas coisa que a pessoa desabafa, sai de casa né, porque a pessoa não trabalha aí fica aquela rotina dentro de casa, é varrer casa, lavar louça e essas coisas e aí vem às vezes confusão com o marido, discussão e essas coisas e a pessoa tem onde cair eu acho melhor, a pessoa relaxar muito né. Tipo uma conversa e eu estou achando bom a minha recuperação e os meus menino também, as minhas menina graças a Deus tão tudo bem, a mais nova ela toma só uma medicaçãozinha, mas foi por causa do problema que ela teve aí o médico passou (E4).*

Com relação à terapia familiar, pode-se dizer que é um paradigma, que obriga a romper com hábitos de pensamento e modelos tradicionais. Na terapia familiar que exige uma perspectiva de sistema, vê-se o paradigma dos modelos causais circulares onde os integrantes da família se apresentam como elementos de um círculo de interação, no qual a conduta de um membro influi nos demais e é influenciado por estes. Este novo paradigma revoluciona a prática terapêutica, pois os terapeutas familiares se caracterizam por partir de uma suposição básica comum: se há de mudar um indivíduo, deverá modificar-se o meio em que se move. A unidade de tratamento já não é a pessoa isolada, ainda que se entreviste a um indivíduo somente, mas também a rede de relações em que este se acha envolvido (HALEY, 1976).

A terapia familiar acentua o trabalho de reestruturação nas relações existentes que pode realizar-se de diversas maneiras e a finalidade é experimentar e superar os conflitos no seu lugar de origem. O que exige disposição para a reconciliação intrafamiliar (BOSZORMENYI-NAGY; GRUNEBAUM; ULRICH, 1991).

Na terapia familiar, a competência do analista está em reconhecer e mobilizar os recursos ainda improdutivos ou mal dirigidos no conjunto da família. Trata-se de recursos de disposição para a ação e o sacrifício, vontade para confrontação, capacidade para a luta, para suportar a realidade e para resolver conflitos, e para mobilizar estes recursos deve utilizar grande fantasia e intervenções terapêuticas preparatórias ou simultâneas, com qualidade paradoxal (CARNEIRO, 1996).

Tais intervenções podem começar com toda a família ou seus subsistemas, por exemplo, o casamento, com a mãe e seus pais, com o pai e seus pais ou com os filhos. É adequado trabalhar por fases, com um só ou com vários dos subsistemas. Também, o indivíduo constitui um elemento ou um subsistema de uma família. A entrevista familiar é o centro da terapia familiar (PISZEZMAN, 1999).

A terapia comunitária foi criada há 20 anos pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. O método surgiu na favela do Pirambu, em Fortaleza, e se alastrou para todo o Brasil, onde hoje existem sete mil terapeutas comunitários. Seus principais objetivos são reunir pessoas, trocar experiências, participar de vivências, expandir conhecimentos e pontos de vista sobre emoções que todos nós sentimos, através de ações de inclusão social e diversidade cultural (MARCHETTI, 2003).

Dessa forma, trabalha-se a promoção e a prevenção em saúde mental. Esta técnica é caracterizada por um espaço de convivência social. Representa uma oportunidade das pessoas buscarem, e encontrarem, uma rede social de apoio. Isto, independente de idade, classe social e nível de instrução. Trata-se de encontrar um grupo social de acolhimento. As vivências terapêuticas são baseadas em partilhar emoções que fazem parte da vida de todo ser humano.

Muitas vezes, uma pessoa pode apoiar outra por ter vivenciado e encontrado solução para os mesmos problemas e pode também ser ajudado simultaneamente, uma vez que o problema do outro pode ser semelhante ao seu. O resultado terapêutico é atingido de forma individual, mesmo diante de histórias e narrativas compartilhadas, pois todo participante sente e percebe de acordo com suas vivências pessoais. A presença e participação do outro é importante e é o referencial de apoio e das diferenças culturais. A cada encontro, é possível também observar o resultado coletivo, através das construções e produções do grupo, durante o processo de terapia (TAVARES, 2003).

A reabilitação psicossocial através do trabalho, estudo, lazer e outras formas de ocupação do tempo ocioso também foi uma categoria importante. *Acho que era falta do que fazer né, como eu estou fazendo caminhada e estou procurando fazer algum esporte e alguma coisa e as minhas meninas também tão trabalhando e tudo foi resolvido, tudo (E4). Eu vou sair desse buraco e fiz o vestibular e passei pra pedagogia, eu digo pronto, agora eu vou me formar, vou ter meu emprego, vou ser professora, aí passei no vestibular, larguei o diazepam, nessa época não tomava o diazepam e comecei a estudar, me formei e sou pedagoga, me formei, sou professora e graças a Deus eu tenho conseguido alguns trabalhos através desse meu diploma de professora (E6).*

Para adquirir a cidadania e estar incluído socialmente, o indivíduo deve ter um poder sobre três cenários. O primeiro seria o habitat (casa), que é o espaço onde se vive e onde se tem poder na relação organizacional e na relação afetiva com os outros. O segundo seria o cenário da rede social. E o terceiro cenário seria o trabalho, onde tem valor social. Com o objetivo de promover a inclusão social através do trabalho, a política nacional de saúde mental, em conjunto com a política nacional de economia solidária, tem incentivado as iniciativas de geração de trabalho e renda nas ações públicas intersetoriais. O trabalho como meio de inclusão social e de resgate da autoestima de pessoas em sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania e distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010). *Procurar a minha própria saúde mental né, eu acho assim né tentar uma terapia, buscar nunca está sozinha, dialogar, conversar, ocupar o tempo e onde é perigoso é essas horas perigosas, buscar um trabalho, você tem que ocupar a sua mente e esperar né que a saúde melhore pra nos ajudar também a ocupar essa mente (E6).*

Nesse cenário, destaca-se a Economia Solidária, um jeito diferente de produzir, vender, comprar e trocar o que é preciso para viver. Sem explorar os outros, sem querer levar vantagem, sem destruir o ambiente. Cooperando, fortalecendo o grupo, cada um pensando no bem de todos e no próprio bem (POCHMANN, 2004).

A economia solidária vem se apresentando, nos últimos anos, como inovadora alternativa de geração de trabalho e renda e uma resposta a favor da inclusão social. Compreende uma diversidade de práticas econômicas e sociais organizadas sob a forma de cooperativas, associações, clubes de troca, empresas autogestionárias, redes de cooperação, entre outras, que realizam atividades de produção de bens, prestação de serviços, finanças solidárias, trocas, comércio justo e consumo solidário.

Nesse sentido, compreende-se por economia solidária o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizadas sob a forma

de autogestão. Considerando essa concepção, a Economia Solidária possui as seguintes características (BRASIL, 2012):

- **Cooperação:** existência de interesses e objetivos comuns, a união dos esforços e capacidades, a propriedade coletiva de bens, a partilha dos resultados e a responsabilidade solidária. Envolve diversos tipos de organização coletiva: empresas autogestionárias ou recuperadas (assumida por trabalhadores); associações comunitárias de produção; redes de produção, comercialização e consumo; grupos informais produtivos de segmentos específicos (mulheres, jovens etc.); clubes de trocas etc. Na maioria dos casos, essas organizações coletivas agregam um conjunto grande de atividades individuais e familiares.
- **Autogestão:** os/as participantes das organizações exercitam as práticas participativas de autogestão dos processos de trabalho, das definições estratégicas e cotidianas dos empreendimentos, da direção e coordenação das ações nos seus diversos graus e interesses, etc. Os apoios externos, de assistência técnica e gerencial, de capacitação e assessoria, não devem substituir nem impedir o protagonismo dos verdadeiros sujeitos da ação.
- **Dimensão Econômica:** é uma das bases de motivação da agregação de esforços e recursos pessoais e de outras organizações para produção, beneficiamento, crédito, comercialização e consumo. Envolve o conjunto de elementos de viabilidade econômica, permeados por critérios de eficácia e efetividade, ao lado dos aspectos culturais, ambientais e sociais.
- **Solidariedade:** O caráter de solidariedade nos empreendimentos é expresso em diferentes dimensões: na justa distribuição dos resultados alcançados; nas oportunidades que levam ao desenvolvimento de capacidades e da melhoria das condições de vida dos participantes; no compromisso com um meio ambiente saudável; nas relações que se estabelecem com a comunidade local; na participação ativa nos processos de desenvolvimento sustentável de base territorial, regional e nacional; nas relações com os outros movimentos sociais e populares de caráter emancipatório; na preocupação com o bem estar dos trabalhadores e consumidores; e no respeito aos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras.

Considerando essas características, a economia solidária aponta para uma nova lógica de desenvolvimento sustentável com geração de trabalho e distribuição de renda,

mediante um crescimento econômico com proteção dos ecossistemas. Seus resultados econômicos, políticos e culturais são compartilhados pelos participantes, sem distinção de gênero, idade e raça. Implica na reversão da lógica capitalista ao se opor à exploração do trabalho e dos recursos naturais, considerando o ser humano na sua integralidade como sujeito e finalidade da atividade econômica (ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2008).

Uma fala mereceu atenção ao colocar a música como técnica de relaxamento e promoção da saúde mental: *Eu gosto muito de fazer as coisas com um sonzinho aberto e já relaxo muito porque não fica pensando besteira e você está varrendo uma casa, está lavando uma louça e já tem um sonzinho você escutando você já não fica conversando besteira e eu de primeiro fazia tudo ao contrário, era reclamando, fazendo as coisa reclamando, brigando com menino pequeno está entendendo e agora procuro a maneira pra mim relaxar e não ficar com raiva de nada, dos problema e pensar amanhã vai da certo, amanhã é outro dia e tudo eu faço assim* (E4).

A prática musicoterápica se aplica claramente à promoção de saúde, uma vez que o profissional qualificado obtém recursos e meios para mobilizar as pessoas, levá-las a refletir, incentivá-las e encorajá-las a tomar decisões, aumentar a autoestima, estimular e incentivar novas habilidades, aumento de capacidade, facilitar a relação social, expressar sentimentos, conhecer e aumentar os limites individuais, propiciar nova forma de ver a vida, encorajá-lo a mudanças, oferecer opções e apoio emocional no enfrentamento dos seus problemas e conflitos (LUZ, 2012).

A musicoterapia usa sons, harmonias, instrumentos musicais e ritmos como forma de tratamento complementar para vários problemas psicológicos, ajudando a pessoa ou grupo a combaterem várias patologias que envolvem o desenvolvimento, a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, expressão e a organização física, mental ou social. A musicoterapia também é recomendada para desenvolver potenciais ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração pessoal e social fazendo com que, conseqüentemente, essa pessoa tenha uma melhor qualidade de vida. Essa técnica de tratamento já vem sendo utilizada a milhares de anos, porém com o aparecimento de remédios químicos, que tem um resultado nem sempre melhor porem mais rápido, a musicoterapia foi deixada de lado pela sociedade moderna e somente foi considerada como fator terapêutico no final dos anos de 1970, passando a ser utilizada como terapia alternativa (ZIMBARG, 2007).

Terapeuticamente, a música faz com que o indivíduo expresse suas ansiedades, tensões, desejos, alegrias. Entra em contato direto com as emoções e sentimentos internalizados que, muitas vezes, estão bloqueados pela inibição, pelo estresse, pela falta de estímulo. A música possibilita o despertar e o desenvolvimento do potencial criativo do indivíduo, impulsionando transformações que levam à modificação de padrões cristalizados, resgatando o fluxo vital e a saúde. A utilização da música a partir de uma compreensão da musicoterapia tem também um trabalho preventivo, pois visa o esvaziamento e canalização das energias de tensão e ansiedade, impedindo que estas se acumulem e tenham como consequência, bloqueios psicossomáticos que geram o estresse e a depressão (ZIMBARG, 2007).

A música representa uma alternativa para a terapêutica de pessoas em sofrimento mental, pois apresenta diversas características como: reconstrução de identidades, integração de pessoas, redução de ansiedade, e construção de autoestima (OLIVEIRA *et al.*, 2012; PIMENTEL, 2003).

Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança (BRUSCIA, 2000, p. 22).

O autocontrole também foi uma categoria importante para este capítulo. Autocontrole é geralmente sinônimo de força de vontade, capacidade de enfrentar situações difíceis, ter um poder interior, conseguir resistir a tentações, ser emocionalmente forte, entre outros. As concepções que apontam para esses sinônimos, de alguma maneira, tentam explicar o comportamento de autocontrole através de um agente iniciador interno (CASTANHEIRA, 1993; SKINNER, 1991). *Para ter a mente melhor, primeiro confiar em Deus e não deixar se levar por tudo enquanto, às vezes abraça tudo quanto é problema. E ter o autocontrole né, controlar, que muitas vezes as crises vêm e a gente deixa aquilo, chega e abraça. Aquelas crises, aquela coisa, aquela tremedeira, aquela coisa que dar na gente, a gente deixa. Mas a gente suspirar fundo né, suspirar fundo, sair assim e não ficar encucada também com aquilo né, não ficar só pensando naquilo, procurar se controlar (E3). Aquele medo, aquela frieza nas pernas, aí comecei a ficar nervosa. Às vezes não queria mais nem comer, aí passou muitos tempos com esse nervoso, aí depois eu comecei né, tinha uma cunhada minha que trabalhava no hospital e sempre me aconselhava: “Esse negócio aí você tem que se controlar, tem que se controlar, vai se controlando”. Aí eu comecei né, a ouvir os conselhos dela, comecei a me controlar e quando eu pensava naquilo eu me controlava e foi passando. Mas preocupação...da minha casa, sempre a mais preocupada fui eu, numa casa sempre tem*



*aquela pessoa pra se preocupar com a família toda e ainda pelos vizinhos? Aí eu pegava tudo pra mim. O esposo né, hoje que ele tá mais controlado, de primeiro ele bebia, me dava dor de cabeça, muita dor de cabeça né. Aí foi ajuntando né, vai desgastando, vai desgastando. Teve uma temporada aí que eu ficava sem dormir (E3). Mudei logo na maneira em casa, ser calma, porque eu estava muito agitada e quando o meu marido me perguntava uma coisa eu ia com ignorância e não respondia direito, aí os menino também me perguntava uma coisa e eu só faltava bater neles, aí eu fui mudando e eu disse quer saber de uma coisa eu vou mudar porque eu acho que a gente que tem Deus a gente tem que ter fé né e eu estou num problema que é como se eu não tivesse Deus né, eu não estava acreditando que um dia Deus ia olhar por nós lá em casa né, aí eu fui mudando e fui fazendo serviço, fui fazendo serviço, fui fazendo caminhada né aí foi melhorando, aí o problema era eu mesma, tudo era eu o nervosismo (E4).*

Skinner (1953/2000, p. 252), ao definir pela primeira vez o conceito de autocontrole em seu "Ciência e Comportamento Humano", afirmou que "com frequência o indivíduo vem a controlar parte do próprio comportamento quando uma resposta tem consequências que provocam conflitos - quando leva tanto a reforço positivo quanto a negativo".

Assim, Skinner (1953/2000) elucida que o comportamento de autocontrole está diretamente relacionado a uma escolha de respostas concorrentes: pode ser que o indivíduo tenha que escolher entre duas respostas que levem a consequências com o mesmo valor, ou a uma resposta que seja reforçada imediatamente e punida em longo prazo, ou vice versa. Isto implica que o comportamento de autocontrole vai ser caracterizado como aquele decorrente de contingências conflitantes, nas quais o indivíduo tenha que escolher entre duas respostas que têm diferentes consequências. Exposto desta forma, o autocontrole pode ser inicialmente definido como a manipulação do ambiente, por uma pessoa, de maneira a alterar seu próprio comportamento em função de uma determinada consequência (NICO, 2001; SKINNER, 1953/2000).

A dificuldade em se comportar para obter consequências futuras pode ser a explicação para inúmeros problemas sociais, como, a violência, doenças, uso de drogas, preservação do meio ambiente, de nossas fontes de energia, entre outros. Esses problemas não deixam margem de dúvida para a importância que o comportamento de autocontrole desempenha em nossa cultura.

De acordo com Kerbauy (1972), esses problemas comportamentais, em muitos casos, ocorrem em decorrência de um déficit de aprendizagem específica. Déficit que poderia ser amenizado pelo planejamento de técnicas de ensino que promovessem o comportamento

de autocontrole. Isto significa tornar a sociedade voltada para a sobrevivência da cultura através de práticas que visem esse objetivo. Conforme Epstein (1997, p. 563):

O ensino de práticas de autocontrole servem a duas importantes funções para sociedade: criar cidadãos que cumpram seu potencial e assim estejam em posição de fazer grandes contribuições para o grupo, e dar à sociedade um mecanismo que irá assegurar que os indivíduos respeitem o interesse do grupo a longo prazo.

O estudo do comportamento de autocontrole apresenta-se como mais um importante instrumento para a resolução daqueles problemas comportamentais que envolvem tanto o interesse dos indivíduos quanto do grupo no qual estão inseridos (CRUZ, 2006).

As práticas desenvolvidas no modo psicossocial trazem o sofrimento para o espaço do território que passa a fazer parte da vida em sociedade. Desse modo, acredita-se em um cuidado participativo, integrando os profissionais de saúde, usuários da saúde mental, seus familiares e comunidade, cada um com uma parcela de responsabilidade pela inclusão social daqueles que sofrem psiquicamente.

Nesse novo modo de cuidar em saúde mental, a atenção básica, particularmente na ESF, surge como parceira nesse processo e, especialmente, na reabilitação psicossocial. O uso de tecnologias em saúde é essencial para desenvolver esse cuidado, pois propicia a valorização e a singularização do usuário em sofrimento psíquico, reposicionando-o enquanto sujeito cidadão, autônomo, capaz de viver em sociedade (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

A ESF parece ser uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada enquanto possibilidade de atenção comunitária em saúde mental. Entretanto alguns riscos da formulação de políticas e de inclusão de ações de saúde mental na ESF devem ser considerados como a ampliação do saber-poder psiquiátricos, a psicologização dos problemas sociais, a ampliação e a ambulatorização da demanda.

Dadas estas situações de difícil previsão e manejo, constata-se que a implementação de uma política pública especial que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto das políticas da atenção básica em saúde envolve o reconhecimento de

que ainda há a supremacia do modelo biomédico na organização das ações nesse setor. Sendo assim, enquanto política de saúde pública local, a inserção da saúde mental na ESF exige a ruptura destes antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda hegemônica nas ações de cuidado que são conduzidas.

O planejamento das ações em saúde na atenção básica integrado às políticas locais de saúde mental poderia auxiliar na definição de competências de cada dispositivo da rede de atenção e conduzir a uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O acolhimento e o vínculo na atenção básica são eixos norteadores na assistência, proporcionando aos usuários um atendimento humanizado em saúde (BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde teve como objetivo na proposta da ESF reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (SOUSA *et al.*, 2000).

As Equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo (BRASIL, 2006).

Através destes vínculos de compromisso com a população, vai sendo incorporada na prática dos profissionais uma apreensão de responsabilidades. Nesta realidade, não é possível passar os casos, mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados (LANCETTI, 2001).

A ESF valoriza os princípios de territorialização, do vínculo com a população, do trabalho em equipe e da participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário (COSTA NETO, 2000).

Nesse contexto, observa-se o envolvimento da ESF com a Saúde Mental, pois suas equipes estão engajadas no cotidiano da comunidade, com enorme vínculo, e ainda propiciando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população (CABRAL, 2001).

Assim, a Estratégia da Saúde da Família desenvolve mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar, representando neste sentido a efetivação de princípios do SUS fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados.

Entende-se como essencial para a inclusão do usuário em sofrimento psíquico a necessidade de proporcionarmos uma forma diferenciada no acolhimento. Sendo assim, torna-se importante entender a equidade como princípio que determina a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 1999).

As equipes da unidade de saúde da família podem utilizar diferentes tecnologias em saúde junto aos indivíduos com sofrimento psíquico, concretizando ações de saúde mental, tais como acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupo terapêutico.

Essas tecnologias possibilitam a construção de uma nova prática em saúde mental, demonstrando que essas pessoas consideradas diferentes são sujeitos com direitos e deveres, e que a diferença que as afasta da sociedade é passível de convivência. Possibilitam ainda o entendimento da saúde como um processo dinâmico que envolve ações que consideram o sujeito e seu espaço social, incorporando novos modos de agir que consideram o cotidiano e suas relações como importante fonte na implementação de atenção a saúde.

Nesse sentido, acredita-se que essas tecnologias em saúde surgem como uma capacidade criativa que, por meio das ações desenvolvidas na ESF, procura responder às demandas dos usuários, naquele momento único de sua existência, estando eles alertas para escutar e acolher, sendo empáticos e resolutivos. Essas tecnologias surgem como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas que valorizam os aspectos biomédicos, a formação de vínculos, a participação de diversos atores e diferentes setores da comunidade,

responsabilizando-se em coparcerias na construção da atenção integral (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

## 6 RECOMENDAÇÕES

Considerando esta pesquisa, deve-se cumprir o compromisso científico e ético-político com algumas recomendações, para auxiliar no fortalecimento das políticas públicas de Saúde Mental e Atenção Primária no cenário brasileiro:

a) Maior compromisso das gestões locais com a expansão das ações de saúde mental na atenção primária, com:

- Criação de diretrizes que possam orientar os profissionais da Atenção Primária em relação às ações de saúde mental, tais como: integração mais efetiva da saúde mental com a saúde geral; ampliação da clínica com ações que extrapolem as ofertas clássicas de tratamento; avaliação de risco e vulnerabilidade dos casos; melhor integração das equipes da Atenção Primária com a rede de serviços de saúde mental para promover maior responsabilização dos casos.
- Promoção de condições técnico-políticas para o estímulo à implantação de ações de saúde mental, com priorização de contratação de profissionais especialistas desta área, para apoio matricial à APS.
- Articulação efetiva de políticas intersetoriais no território, para dar conta do impacto dos determinantes sociais no processo de adoecimento, que tem relação direta com o sofrimento psíquico apresentado pela população.

b) Qualificação e fortalecimento do apoio matricial para melhorar a integração da rede.

c) Promover ações de disseminação da rede de cuidado em saúde mental para a população e os trabalhadores da saúde através de capacitações dando maior visibilidade ao trabalho de saúde mental do município.

d) O compartilhamento do saber sobre os psicotrópicos seria uma ferramenta útil para a efetivação da prevenção quaternária na vigilância à saúde da atenção primária.

e) Apoio a uma política de uso racional da medicação, com educação permanente de profissionais, reforçando outras formas possíveis de tratamento com o intuito de reduzir a medicalização social.

f) Estimular nos programas de formação, residências e especializações a ideia da negociação do tratamento, incluir a voz do paciente nas decisões a serem tomadas. Isto implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores de seu público e não como detentores do conhecimento e de decisões que serão impostas aos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Apesar da escolha pela ESF, o sistema de saúde brasileiro não fornece às prefeituras delineamentos claros sobre estratégias para coordenação dos casos, seguimento longitudinal e regulação do sistema, como é consenso em outros sistemas universais mundiais. É necessário investir em estratégias inovadoras para que serviços fragmentados funcionem de forma coordenada e abrangente e desempenhem a função de prevenção na comunidade (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Concluindo, apresentam-se sugestões para fortalecer a formulação de políticas públicas na atenção primária na área de saúde mental. É preciso promover a organização da assistência em saúde mental nas UBS, implantando avaliações de risco e dispositivos de intervenção oportunos para a alta prevalência desses transtornos. Isso evitaria a redução dos tratamentos ao uso continuado de medicação. O apoio matricial mostra-se capaz de promover a integração da equipe de saúde mental à equipe de saúde da família, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde quando adequadamente implantado. Para tanto, propõe-se o projeto de intervenção a seguir como forma de promover saúde mental, prevenir transtornos mentais e facilitar o acesso de usuários em sofrimento psíquico aos serviços de saúde no município de Caucaia (CAMPOS, 2011).

A estratégia de intervenção tem como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação das novas práticas (ROCHA, 2003).

Este projeto será desenvolvido no município de Caucaia, tendo como população alvo as famílias assistidas pelas equipes de saúde da família do município e terá um prazo de implantação de dois anos. O projeto seguirá um cronograma de execução com prazos estipulados de acordo com a atividade a ser desenvolvido, podendo ser de curto, médio e longo prazo.

A execução do projeto contará com a estrutura pré-existente da secretaria municipal de saúde de Caucaia, com as redes sociais existentes na área e das equipes de saúde da família. A execução do projeto contará ainda com a estruturação de sessões educativas, oficinas, trabalho em grupo e atividades de campo, sendo que para cada atividade será responsabilizado um membro da equipe ou um seguimento participativo.

Os procedimentos da intervenção estão estruturados a seguir, detalhando-se as ações a serem realizados:

a) Cadastro e busca-ativa dos usuários através de instrumento próprio e capacitação dos agentes comunitários de saúde para aplicação

Deverá ser criado, em parceria com os profissionais dos CAPS e as equipes de matriciamento em saúde mental, um instrumento para que os agentes comunitários de saúde possam identificar e cadastrar os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e os dependentes de álcool e drogas ilícitas de suas áreas, que necessitem e desejem ser acompanhados pela equipe de saúde da família.

Além de identificar o paciente através de dados, como nome, endereço, idade, escolaridade, ocupação, informações sobre a habitação e a família, rede de apoio, entre outros, este instrumento servirá para avaliar a gravidade e complexidade do mesmo. Após a elaboração de tal instrumento, este projeto de intervenção deverá ser aprovado por um comitê de ética para que sua aplicação continue em andamento.

Diante da complexidade do cadastro, será realizada uma capacitação voltada exclusivamente para os agentes comunitários de saúde para que os mesmos possam estar qualificados para o cadastro dos pacientes já identificados e para a busca ativa dos não conhecidos. Esta capacitação deverá abordar não apenas o instrumento de cadastro em si, mas também temas como: abordagem do paciente psiquiátrico, diagnósticos, condutas e medicações em psiquiatria, mitos e crenças sobre os transtornos mentais, entre outros.

Deverão ser abordados todos aqueles temas que possam apresentar importância não apenas para a realização deste passo, mas também para que os agentes comunitários de saúde possam ser multiplicadores de conhecimento, trabalhando a educação em saúde. Durante este treinamento será acordado com os agentes comunitários de saúde o prazo para



realização do cadastramento, sendo que em primeiro lugar serão cadastrados todos aqueles pacientes já identificados e, terminada esta fase, terá início a busca ativa de novos casos.

b) Capacitação dos membros das Equipes de Saúde da Família e dos funcionários dos Centros de Saúde da Família

Deverão ser realizadas reuniões contínuas com a equipe matricial. Estas reuniões deverão contar com a presença de todos os funcionários do Centro de Saúde da Família e serão realizadas na forma de aulas de aperfeiçoamento no intuito de aprimorar os níveis de conhecimento e atendimento da população portadora de transtornos mentais. Depois de alcançados os objetivos deste treinamento e de acordo com o que for identificado ao longo da execução deste procedimento, novas diretrizes serão traçadas para estes encontros.

O médico e o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família receberão aprimoramento específico para o atendimento sob a forma de atendimento supervisionado.

c) Realizar avaliação dos cadastros levantados, realizando o diagnóstico em saúde mental da comunidade estudada.

Uma vez encerrado o prazo definido com os agentes comunitários de saúde para realização do cadastramento, terá início a avaliação desta fase do projeto. Essa avaliação será realizada pela equipe de saúde da família com o apoio da equipe matricial. Esta avaliação tem como objetivo nortear a organização do atendimento, baseado nos princípios do sistema único de saúde, principalmente os da universalidade e da equidade.

Com base nas informações dos cadastros, será definido a que grupo o paciente pertence (portador de transtornos mentais severos e persistentes, de transtornos leves e moderados, epilepsia, sofrimento psíquico, alcoolista, dependente de drogas ilícitas, usuário de benzodiazepínicos, egresso, outros) e o grau de gravidade do problema, observando-se o uso de medicação psicotrópica e a rede social de apoio de que o mesmo dispõe. A partir destes dados, será possível então definir a cronologia e os tipos de atendimento a que esse paciente será submetido: atendimento individual e/ou grupos educativos com médico e/ou enfermeiro da equipe de saúde da família, visita domiciliar com abordagem familiar, interconsulta com a equipe matricial ou referência para serviço secundário ou terciário.

A avaliação dos cadastros será útil também para o levantamento do perfil de saúde mental da comunidade estudada, identificando os principais problemas para melhor abordá-los através de atividades comunitárias, sessões educativas, entre outros.

d) Estruturar no calendário de atendimento das equipes de saúde da família um turno de atendimento (individual e/ou em grupos educativos) da agenda do médico e do enfermeiro destinado aos portadores de transtornos mentais

Um turno da agenda do médico e do enfermeiro será destinado para atendimento dos pacientes cadastrados. O atendimento poderá se dar de forma individual ou coletiva (grupos educativos) a depender da necessidade dos pacientes ou a critério médico. Nos atendimentos individuais, serão oferecidas no dia marcado apenas dez consultas de cada profissional para este fim, uma vez que o tempo de consulta para estes pacientes deve ser maior, propiciando um diálogo mais amplo e resolutivo.

Os grupos poderão ser realizados trinta minutos antes dos atendimentos individuais, ou em dias específicos para este fim, dividindo-se os pacientes por grupo diagnóstico ou micro área a depender do que for observado na análise do levantamento. O agendamento será realizado através dos agentes comunitários de saúde, fortalecendo o vínculo dos mesmos com estes indivíduos.

e) Realizar visitas domiciliares com abordagem familiar para casos selecionados, ampliando o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e construindo redes de apoio e integração.

A família do paciente pode funcionar como recurso terapêutico, ou como fator agravante do quadro do mesmo. Desta forma, alguns pacientes deverão receber visita domiciliar com abordagem familiar através da utilização do instrumento “PRACTICE” (P-Problema apresentado; R-Papéis desempenhados pelos integrantes da família; A-Afeto; C-Comunicação; T-Tempo no Ciclo de Vida; I-Doenças na família no passado e presente; C-Enfrentando o estresse; E-Ecologia/ambiente). Este instrumento ajudará a identificar o papel protetor e/ou agressor desta família, direcionando o trabalho a ser realizado com estes indivíduos.

f) Utilizar o apoio matricial e a interconsulta em saúde mental para casos selecionados

De acordo com a necessidade, a equipe matricial poderá se fazer presente através de diversas maneiras.

Os interconsultores atuarão auxiliando e supervisionando a equipe de saúde da família para detecção precoce e abordagem adequada de pessoas em sofrimento psíquico; "cuidando de quem cuida", através da realização de grupos de reflexão, pois na medida em que as equipes de saúde sintam-se menos angustiadas, podem melhor desempenhar seus papéis de vínculos de apoio, ampliando as ações intersetoriais e aumentando a rede de suporte para as pessoas da comunidade (VASCONCELOS, 2001).

A equipe matricial também poderá agir auxiliando a criação e supervisionando profissionais que fariam grupos de pacientes com diversas patologias e problemas (hipertensos, diabéticos, mulheres, mães de crianças desnutridas, adolescentes, etc) e em maior risco de adoecimento / agravamento do quadro; na abordagem de famílias de risco e o desenvolvimento de estratégias de suporte a esses grupos; na organização de intervenções de apoio comunitário, incentivando a intersectorialidade, para um maior fortalecimento dos moradores de áreas extremamente carentes na resolução de seus problemas a partir de um resgate de autoestima e desenvolvimento da cidadania; facilitando a reinserção familiar e social dos pacientes com transtornos mentais graves, através de ações diretamente no âmbito familiar e comunitário (BOTEGA, 2006).

As principais atividades desenvolvidas pela equipe matricial serão:

- supervisão de alguns grupos educativos e discussão de casos em interconsulta;
- a consulta conjunta, na qual o paciente seria visto ao mesmo tempo pela equipe de saúde da família e pela equipe matricial;
- a visita domiciliar em conjunto;
- uma reunião por mês para: capacitação teórica dos profissionais; reuniões administrativas; atividades comunitárias, incluindo artísticas e culturais.

g) Realizar educação voltada à saúde mental, trabalhando mitos, crenças populares e o preconceito através da promoção de sessões educativas, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade da

comunidade e usando recursos da mesma; e também da incorporação da promoção em saúde mental nas ações voltadas para grupos específicos: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, entre outros.

Será implantado, com o apoio do NASF, um serviço de promoção de saúde mental, que objetivará a realização de sessões educativas, debates e orientação quanto a crenças populares e preconceito; atividades artísticas e oficinas (pintura, serigrafia, teatro, corte/costura); além de outras atividades comunitárias, como a comemoração anual do “Dia da Saúde Mental” a ser realizada no, já consagrado pela Organização Mundial da Saúde, dia 10 de outubro de cada ano.

Serão também inseridas atividades de promoção da saúde mental junto aos grupos já existentes na estratégia saúde da família (hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso).

#### h) Instituição da terapia comunitária

A terapia comunitária foi criada há 20 anos pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. O método surgiu na favela do Pirambu, em Fortaleza, e se alastrou para todo o Brasil, onde hoje existem 7 mil terapeutas comunitários. Seus principais objetivos são reunir pessoas, trocar experiências, participar de vivências, expandir conhecimentos e pontos de vista sobre emoções que todos nós sentimos, através de ações de inclusão social e diversidade cultural (MARCHETTI, 2003).

Desta forma, trabalha-se a promoção e a prevenção em saúde mental. Esta técnica é caracterizada por um espaço de convivência social. Representa uma oportunidade das pessoas buscarem, e encontrarem, uma rede social de apoio. Isto, independente de idade, classe social e nível de instrução. Trata-se de encontrar um grupo social de acolhimento. As vivências terapêuticas são baseadas em partilhar emoções que fazem parte da vida de todo ser humano.

Muitas vezes, uma pessoa pode apoiar outra por ter vivenciado e encontrado solução para os mesmos problemas e pode também ser ajudado simultaneamente, uma vez que o problema do outro pode ser semelhante ao seu. O resultado terapêutico é atingido de forma individual, mesmo diante de histórias e narrativas compartilhadas, pois todo participante sente e percebe de acordo com suas vivências pessoais. A presença e participação

do outro é importante e é o referencial de apoio e das diferenças culturais. A cada encontro, é possível também observar o resultado coletivo, através das construções e produções do grupo, durante o processo de terapia (TAVARES, 2003).

Para realizar este procedimento, pretende-se identificar na comunidade pessoas com perfil adequado para se tornarem terapeutas comunitários para que as mesmas possam realizar as reuniões independentemente do apoio dos profissionais de saúde em espaços da própria comunidade.

i) Parcerias a serem efetivadas e constituição de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade

Ao longo da aplicação deste projeto de intervenção, deverão ser gradualmente estabelecidas parcerias das mais diversas etiologias com indivíduos e instituições, que poderão em determinados momentos ser úteis na sua sedimentação e na construção de uma comunidade mentalmente mais saudável. Estes parceiros poderão atuar através de uma melhor divulgação das atividades já desenvolvidas pelos mesmos, ou ainda por meio da criação conjunta de propostas que visem constituir novos espaços de reabilitação psicossocial, como oficinas terapêuticas, e promover a saúde mental, como novos espaços de lazer, educação, profissionalização e esportes.

Os principais parceiros até o momento deverão ser: centros de atenção psicossocial geral e álcool-drogas; hospital mental de Messejana; centros de cidadania; narcótico-anônimos; alcoólico-anônimos; associação de moradores; igrejas da comunidade; pastores, líderes comunitários, vereadores e rezadeiras da comunidade, entre muitos outros.

j) Criar uma planilha de indicadores específicos em saúde mental para a área, que deverão ser analisados mensalmente junto aos outros indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Será criada uma planilha de indicadores específicos em saúde mental para a área, que deverão ser analisados junto aos outros indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica sempre em torno do dia 20 de cada mês em reunião da equipe de saúde da família quatro.

Os principais indicadores propostos são:

1. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool: Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo;
2. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas: Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo;
3. Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente: Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo;
4. Atenção a pessoas com outros transtornos mentais que fazem uso de medicação psicotrópica: Número de pessoas identificadas com outros transtornos mentais que fazem uso de medicação psicotrópica por faixa etária e sexo;
5. Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica: Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
6. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia): Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária;
7. Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos: Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
8. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio: Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhada pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população).

Deverão ainda ser criados indicadores para avaliar o aumento da mobilização de recursos comunitários, a redução dos índices de violência no território e indicadores que identifiquem a ampliação de trabalhos comunitários e territoriais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde mental ainda gera estigma e preconceito, sendo encarado pela sociedade como sinônimo de loucura e sofrimento. O sofrimento psíquico e suas manifestações são assim, muitas vezes, auto-negados pelo medo do indivíduo em ser taxado de louco. Não existe uma definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e outras teorias afetam o modo como a mesma é definida. Desta forma, este é um tema que não se esgota, necessitando-se de mais estudos e discussões para que o mesmo seja desmistificado e desvendado.

Este estudo ensaiou discutir sobre uma questão importante e ainda pouco discutida na literatura, que é o sofrimento psíquico contemporâneo com enfoque especial aos transtornos mentais comuns, mais leves e muitas vezes de remissão espontânea.

Percebe-se que, quando se trata dos transtornos mentais graves e persistentes e do uso problemático de álcool e outras drogas, já há uma política governamental funcionante e uma vasta gama de estudos e discussões acadêmicas. Entretanto, quando se aborda os transtornos mentais comuns, conclui-se que a grande maioria dos profissionais de saúde e a sociedade em geral não está preparada para lidar com estes.

Estes indivíduos em sofrimento acabam sendo rotulados como poliqueixosos, pitiáticos, somatizadores, histéricos e, porquê não, chatos, sendo estes abandonados, excluídos e criticados nos serviços de saúde, na família, no ciclo de amizades e na sociedade em geral. Tal situação acaba por agravar a situação dessas pessoas, que muitas vezes acabam evoluindo para transtornos mentais crônicos, automedicação e até suicídio.

A alta prevalência dos transtornos mentais comuns e do sofrimento psíquico contemporâneo reforça a importância em se pensar uma política pública, que aborde este tema. Sabe-se que estes indivíduos, na busca por soluções por seus problemas, acabam procurando ambulatórios gerais e emergências, superlotando os serviços, aumentando os gastos com exames e prescrições desnecessárias e sendo por vezes vitimizados por erros e iatrogenia médica. Para que uma política pública seja então construída neste sentido, torna-se necessário compreender melhor esse sofrimento psíquico contemporâneo e as demandas destes usuários que apresentam transtornos mentais comuns. Desta forma, esta pesquisa vem ajudar trazendo à tona a discussão de diversas questões a serem consideradas neste percurso.

Como se sabe, existem muitos fatores envolvidos com o sofrimento psíquico contemporâneo, sendo este consequência da atual configuração social em que se vive. Durante a análise das entrevistas realizadas, algumas categorias se destacaram, abordando aquilo que poderiam ser consideradas causas para tal sofrimento na atualidade. Desemprego, sobrecarga de tarefas no trabalho e no lar, preocupação excessiva, perdas, solidão/isolamento social, machismo, problemas financeiros, falta de lazer, sentimentos de culpa, impotência e frustração, negligência com o autocuidado, violência e outros problemas sociais foram as categorias que mais se repetiram. Assim torna-se necessário encontrar formas de trabalhar essas questões de uma maneira articulada e intersetorial, uma vez que os profissionais de saúde isoladamente não seriam capazes de resolver problemas ligados a questões tão amplas e subjetivas.

Percebeu-se também que a família tem grande importância no sofrimento mental dos indivíduos, podendo ser tanto um problema, como uma solução, causando ou aliviando o sofrimento de seus integrantes. Trabalhar as famílias e com as famílias é fundamental na busca por uma boa saúde mental.

Uma questão que chamou atenção em especial é a possibilidade de os problemas psíquicos se manifestarem fisicamente. Quadros de múltiplos e inespecíficos sintomas, tais como irritabilidade, nervosismo, dores, fadiga, esquecimento, falta de concentração e memória, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. Entretanto, o continuum e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, pode motivar o não reconhecimento por parte dos profissionais, que em geral apenas enfocam a queixa somática imediata. Isso apresenta como consequências gastos com encaminhamentos e exames desnecessários e desdobramento de subdiagnósticos dessas manifestações, assim como dificuldade de acolhimento dessas manifestações de sofrimento e prescrição abusiva de benzodiazepínicos.

Discutir a interface entre a saúde física e a mental, mostrando a importância da integralidade e a impossibilidade de separá-las, é fundamental na formulação da política pública proposta. Acredita-se que esse seja um tema que merece maior aprofundamento e discussão na área da saúde, especialmente quando se discute a relação entre sofrimento psíquico e doenças cardiovasculares.



A partir da discussão realizada nesta dissertação, compreende-se que o sofrimento psíquico pode não apenas se manifestar como sintomas cardiovasculares, mas também causar doenças cardiovasculares graves, como o infarto do miocárdio. Em um momento, onde as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar no ranking da mortalidade no Brasil e no mundo, discutindo-se políticas públicas para controlar tal situação, não se pode deixar de considerar a importância do sofrimento e dos transtornos mentais nesta questão.

Atualmente se dispõe de muitas ferramentas para amenizar o sofrimento dos usuários da saúde mental. O grande arsenal farmacológico atual, por um lado, possibilitou grandes avanços para a psiquiatria, mas por outro trouxe problemas como má adesão ao tratamento, automedicação, medicalização excessiva e o uso abusivo de benzodiazepínicos. Vive-se uma verdadeira psiquiatrização da vida, onde comportamentos que antes eram considerados apenas diferentes, tornaram-se patologias psiquiátricas com seus códigos e critérios diagnósticos.

A boa relação médico-paciente, onde a escuta e o aconselhamento eram as principais ferramentas, vem dando lugar a exames de alta complexidade e prescrições desnecessárias, mediadas por uma relação fria e sem vínculo afetivo. Torna-se necessário falar em prevenção quaternária, visando prevenir erros e iatrogenias causadas por profissionais que perderam seu humanismo nas faculdades de medicina. A humanização agora precisa ser ensinada nestas faculdades, quando na verdade ser humano é uma característica inata ao homem. Característica esta primordial para aqueles que escolhem o sacerdócio médico, onde consolar e aliviar deveriam ter mais importância do que a ambição em curar.

Além disso, vale considerar novas formas de abordagem dessa problemática nos serviços, é preciso compreender a representação de doença e de sofrimento psíquico nas classes populares, obviamente distinta das representações que sustentam os saberes médicos e psicológicos modernos, centrados na separação nítida entre corpo e mente, entre sujeito e mundo.

As dificuldades de acolhimento e cuidado em relação às manifestações de sofrimento que aparecem na atenção básica, tanto por parte dos profissionais como por parte da estruturação dos serviços, estão calcadas em diversificadas origens: pouca compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento, ausência de capacitações adequadas para as equipes, serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e

fragmentado de atendimento, prioridade das políticas de saúde mental para as clientela consideradas graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas difusas.

A estratégia saúde da família pode disponibilizar tecnologias leves no cuidado em saúde mental. A psicoterapia individual, de grupo, familiar e especialmente a comunitária são grandes ferramentas para este trabalho, reforçando a escuta e a construção de uma rede social de apoio tanto para os usuários, como para os próprios profissionais e seus serviços de saúde. Incentivar ações como a economia solidária podem ajudar no resgate da autoestima e do papel social dos indivíduos, que muitas vezes sofrem com problemas sociais graves como o desemprego e os problemas financeiros.

Terapias alternativas, como a musicoterapia, também podem ser grandes aliadas na construção dessa nova política de saúde mental, que deve se articular intersetorialmente. Deve obter apoio das igrejas, associações, escolas, dentre muitos outros recursos sociais, utilizando a religião e a educação, por exemplo, na construção de indivíduos mais fortes, com mais autocontrole e que saibam lidar melhor com os problemas cotidianos.

Com esta discussão, reforça-se a importância que a estratégia saúde da família e a medicina de família e comunidade têm na construção desta política pública mais abrangente na área da saúde mental, desenvolvendo mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar, representando neste sentido a efetivação de princípios do SUS fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados.

O caminho para se alcançar a plena saúde mental é longo e individualizado. Discutiu-se aqui possibilidades para melhorar a assistência nesta área. Entretanto percebe-se a limitação dos estudos para se chegar a conclusões mais precisas em como atuar nesta questão. Será possível ter uma mente saudável?

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F. Psychoanalysis and Psychotherapy. **J Amer Psychoanal Assn.**, v. 2, p. 722-733, 1954.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, England, v.59, n.7, p.1339-1353, 2004.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* **A Estratégia Saúde da Família**. In: DUNCAN, B. B. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 7, p. 88-99.
- ANDRADE, L.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I.C. **Programa de Saúde da Família: história, princípios, desafios atuais e futuros**. Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. cap. 2, p. 31-43.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p.337-348, 2005.
- ASSIS, M. **O alienista**. 25. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1995.
- BALLESTER, D. A. *et al.* The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **Mental Journal**, v. 123, n. 2, p. 72-76, 2005.
- BALLONE, G. J. **Cardiologia e Emoções** [Internet]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=41>. Acesso em: 20 jan. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BAREFOOT, J. C. *et al.* Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. **Am J Cardiol.**, n. 78, p. 613-617, 1996.
- BARTLEY, M.; OWEN, C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. **BMJ**, England, v.313, n.7055, p.445-449, 1996.

BARTLEY, M.; POPAY, J.; PLEWIS, I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of Health and Illness**, v.14, n.3, p.313-343, 1992.

BEBBINGTON, P. *et al.* Epidemiology of mental disorders in Camberwell. **Psychol Med**, England, v.11, n.3 p.561-579, 1981.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 249-254, 2005.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 242-249, 2004.

BENASAYAG, M. **Las Pasiones Tristes**. Sufrimiento psíquico y crisis social. Siglo XXI, 2010.

BERNIK, M. A. Consequências adversas do uso continuado de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerâncias, dependências e prejuízos nos desempenhos individuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 23, p. 36- 38, 1996.

BLUE, I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.3, p.116-123, 2000.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

BOSZORMENYI-NAGY, I.; GRUNEBAUM, J.; ULRICH, D. Contextual Therapy. In: GURMAN, A.; KNISKERN, D. (Eds.). **Handbook of Family Therapy**, v. 2. New York: Brunner/Mazel. 1991.

BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

BOURDIEU, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1988.

\_\_\_\_\_. Constituição. **Constituição da república Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

BRASIL. Portaria n. 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União** 1992; 2 set.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde na Atenção Básica**. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final. In: II CONFERÊNCIA NACIONAL. III CONFERÊNCIA NACIONAL III CONFERÊNCIA NACIONAL III CONFERÊNCIA NACIONAL III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DE SAÚDE MENTAL DE SAÚDE MENTAL DE SAÚDE MENTAL. “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.

\_\_\_\_\_. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_psf2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf2.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2002, 20 fev.

\_\_\_\_\_. Saúde mental e atenção básica. **“O vínculo e o diálogo necessários”**: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: 2004. Série E. Legislação de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde Mental** [Internet]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de apoio à saúde da família. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Portaria GM N. 2.488, DE 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Portal do Trabalho e Emprego. **O que é Economia Solidária** [Internet]. Disponível em: [http://www2.mte.gov.br/ecosolidaria/ecosolidaria\\_oque.asp](http://www2.mte.gov.br/ecosolidaria/ecosolidaria_oque.asp). Acesso em: 20 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS** [Internet]. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/direducao/pacto\\_pela\\_saude\\_2006.pdf](http://www.abennacional.org.br/direducao/pacto_pela_saude_2006.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2010.

BROWN, G. W.; HARRIS, T. **Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women.** London: Tavistock, 1978.

BROWN, G.W.; HARRIS, T.O.; HEPWORTH, C. Loss and depression: a patient and non-patient comparison. **Psychol Med.**, England. v.25, n.1, p.7-21, 1995.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CABRAL B. Estação comunidade. In: JANETE, A; LANCETTI, A. (Orgs.). **Saúde mental e saúde da família.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 16, n. 12, p. 4643-4665, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARNEIRO, T. F. Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. **Psicol Cienc Prof.**, v. 16, n. 1, p. 38-42, 1996.

CARNEY, R. M. *et al.* Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. **Am J Cardiol.**, n. 76, p. 562-564, 1995.

CARVALHO, J. J. *et al.* - Pressão arterial e grupos sociais. Estudo Epidemiológico. **Arq Bras Cardiol.**, v. 40, n. 2, p. 115-120, 1983.

CASTANHEIRA, S.S. **Análise do comportamento aplicada**: Avaliação de Pesquisas Sobre Autocontrole. 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, 1993.

CASTEL, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 4**. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 21-48.

CASTIE, L. D. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria-Editora Fiocruz, 1999.

CAUCAIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Caucaia: SMS, 2010.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. S. Paulo: Editora Atlassa, 1995.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA NETO, M. M. **Educação permanente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica).

CREED, F. Life Events. In: CREED, F.; BHUGRA, D.; LEFT, J. **Principles of social psychiatry**. Oxford: Blackwell Scientific, 1993. p.144-161.

CRUZ, R. N. Uma introdução ao conceito de autocontrole proposto pela análise do comportamento. **Rev Bras Ter Comport Cogn.**, v. 8, n. 1, p. 85-94, 2006.

CURY, A. **Organização e métodos**: uma visão holística. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

DALACK, G. W.; ROOSE, S. P. Perspectives on the relationship between cardiovascular disease and affective disorder. **J Clin Psychiatry.**, v. 51, suppl, p. 4-9, 1990.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Elementos para compreender a controvérsia sobre as taxas de desemprego no Brasil**. São Paulo: SEADE/DIEESE, 1996.

\_\_\_\_\_. Centro de Apoio. **O trabalho informal no Brasil**. Central Única dos Trabalhadores. Disponível em: <<http://www.cut.org.br/a50110.htm>>. Acesso em: 9 de jul. 2012.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Public Health Service National Institutes of Health. Report of the Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease**, February 1998.

DRESSLER, W.W. Extended family relationships, social support, and mental health in a southern black community. **J. Health.Soc. Behav.**, United States, v. 26, n. 1, p. 39-48, 1985.

DUNCAN B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção Primária baseada em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

ECONOMIA SOLIDÁRIA. **Estud Av.**, v. 22, n. 62, p. 289-314, 2008.

ELLSBERG, M. *et al.* Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population based study. **Am Psychol.**, United States, v. 54, n.1, p.3036, 1999.

EPSTEIN, R. Skinner as self-manager. **Journal of applied behavior analysis**, v. 30, n. 3, p. 545-568, 1997.

FERRIE, J. E. *et al.* Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. **BMJ**, England, v.311, n.7015, p. 1264-1269, 1995.

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. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev APS.**, v. 11, n. 3, s.p., 2008.

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

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**, SP: Perspectiva, 1978.

FRASURE-SMITH, N. *et al.* Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. **Circulation.**, v. 91, n. 4, p. 999-1005, 1995.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. **JAMA.**, v. 270, p. 1819-1825, 1993.

FULOP, G. **Depression in elderly patients with congestive heart failure: six-month follow-up**. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting. Chicago, Illinois, 2000.



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde**; 1978; set. 6-12; Alma-Ata, URSS: UNICEF, 1979.

GARCIA-MORENO, C. G. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, England, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 1995.

GOLDBERG, D. G.; GOURNAY, K. J. M. **The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care**. Maudsley Discussion Paper No 1: Institute of Psychiatry, London, 1997.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005.

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

GRAETZ, B. Health consequences of employment and unemployment: Longitudinal evidence for young men and women. **Soc Sci Med**, England, v. 36, n. 6, p. 715-724, 1993.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JR, K. R. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. **Cienc Saude Coletiva**., v. 13, n. 1, p. 135-144, 2008.

GUIMARÃES NETO, L.; SOUZA, A. V. A dinâmica de trabalho urbano no nordeste. In: GUIMARÃES NETO, L.; CARVALHO, I. M. HAGUETE, T. M. (Org.). **Trabalho e condição de vida no Nordeste**. São Paulo: HUCITEC, 1984. p. 14-41.

GUREJE, O. *et al.* Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. **Am J Psychiatry**., v. 154, n. 7, p. 989-995, 1997.

HALEY, J. **Psicoterapia familiar**. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

HAMMARSTRÖM, A.; JANLERT, U.; THEORELL, T. Youth employment and ill health: results from a 2-year follow-up study. **Soc Sci Med**., England, v. 26, n.10, p.1025-1033, 1988.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. Violence against women: the hidden health burden. **Soc Sci Med**., England, v. 39, p. 233-245, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 11 out. 2010.

JANCA, A. *et al.* (Orgs.). Divisão para Saúde Mental. Organização Mundial de Saúde. **Checklist de sintomas do cid 10 para transtornos mentais - versão 1.1**. Genebra: OMS, 1994.

JENKINS, R. *et al.* The National Psychiatric morbidity surveys of great Britain: initial findings from the household survey. **Psychol Med**, England, v. 27, n.4, p. 775-789, 1997.

JENKINS, R. **Sex difference in minor psychiatric morbidity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

JIANG, W. et al. Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events. **JAMA.**, v. 276, p.1651-1656, 1996.

JODELET, D. **Representação Social: Fenômenos, Conceitos e Teoria**. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1988.

KAUFMANN, M. W. **Depression, hostility, gender, and myocardial infarction**. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, Chicago, Illinois, 2000.

KERBAUY, R. R. **Auto Controle - Manipulação de Condições Antecedentes e Consequentes do Comportamento Alimentar**. 1972. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 1972.

KLEIGER, R. E. *et al.* The Multicenter Post-Infarction Research Group. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. **Am J Cardiol**. v. 59, p. 256-262, 1987.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KUMAR, S. *et al.* Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. **Br J Psychiatry**, England, v. 187, p. 62-67, 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003. p. 169-196.

LAHELMA, E. Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. **Int J Health Serv.**, United States, v. 22, n.2, p. 261-274, 1992.

LANCETTI, A. (Org.) **Saúde loucura 7: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LANCETTI A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno de texto** [Internet]. Brasília, 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf).

LEWIS, G. Depression and the public health. **Int Rev Psychiatry.**, United States, v. 8, n.4, p. 289-294, 1996.

LIMA, M.S. *et al.* Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med.** United States, n. 26, v.2, p. 211-222, 1996.

LOPES, C. S. **Determinantes sociais de saúde mental** [Internet]. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=4239>. Acesso em: 20 mar. 2011.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR, A. B. *et al.* Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Soc Sci Med**, England, v. 66, n. 4, p. 1008-1018, 2008.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-231, 2002.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Germany, v. 38, n.9, p. 485-489, 2003.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Germany, v. 40, n. 8, p.622-627, 2005

LUZ, M. T. P. **Musicoterapia e saúde mental: um longo percurso.** [Internet]. Disponível em: <http://www.maiteluz.com.br/artigos/artigo-musicoterapia.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

MANUAL MERC. **Tratamento das doenças mentais** [Internet]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=106&cn=947>. Acesso em: 12 jan. 2012.

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

MARI, J. J. *et al.* Detection of psychiatric morbidity in the primary care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 501-507, 1987.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. SRQ20: A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**., n. 148, p. 23-26, 1986.

MARKOVITZ, J. H.; MATTHEWS, K. A. Platelets and coronary heart disease: potential psychophysiologic mechanism. **Psychosom Med.**, v. 53, p. 643-668, 1991.

MARTINS, M. C. A. **Fatores de risco psicossociais para a saúde mental** [Internet]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

McWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**, São Paulo: ATENEU, 2002.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MORRELL, S. *et al.* A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. **Soc Sci Med**, England, v. 38, n.11, p. 1553-1564, 1994.

MUSSELMAM, D. L. *et al.* Exaggerated platelet reactivity in major depression. **Am J Psychiatry**, v. 153, p. 1313-1317, 1996.

NICO, Y.C. **A Contribuição de B.F. Skinner Para o Ensino do Autocontrole como objetivo da educação**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, São Paulo-SP, 2001.

NICOLAIDIS, C. *et al.* Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. **J Gen Intern Med.**, United States, v. 19, n. 8, p. 819-827, 2004.

ODA, A. M.G.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000.

OLIVEIRA, D. *et al.* **Musicoterapia como modalidade terapêutica complementar no tratamento de pacientes psiquiátricos do CAPS II, no município de barreiras-BA**. [Internet]. Disponível em: [http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_13595/artigo\\_sobre\\_musicoterapia\\_como\\_modalidade\\_terap%C3%Aautica\\_complementar\\_no\\_tratamento\\_de\\_pacientes\\_psiqui%C3%A1tricos\\_do\\_caps\\_ii\\_no\\_munic%C3%A9pio\\_de\\_barreiras-ba](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_13595/artigo_sobre_musicoterapia_como_modalidade_terap%C3%Aautica_complementar_no_tratamento_de_pacientes_psiqui%C3%A1tricos_do_caps_ii_no_munic%C3%A9pio_de_barreiras-ba). Acesso em: 20 fev. 2012.

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 1, n. 2, p. 9-19, 1999.

OLIVEIRA, O.; ROBERTS, B. Urban Development and Social Inequality in Latin America. In: OLIVEIRA, O.. GUGLER, J. (Org). **The urban transformation of the developing world**. Great Britain: Oxford University Press, 1996. p. 253-314.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública.**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

OPAS. **Declaração de Alma Ata**. 12 de Setembro de 1978. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 03 Set.2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID – 10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artmed, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS, 1990.

\_\_\_\_\_. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID – 10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001.

OWENS, M. J.; NEMEROFF, C. B. Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. **Clim Chem.**, v. 40, p. 288-295, 1994.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PALMIERI, T. H.; CURY, V. E. Plantão psicológico em Hospital Geral: um estudo fenomenológico. **Psicol Reflex Crit.**, v. 20, n. 3, p. 472-479, 2007.

PATEL, V. *et al.* Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc Sci Med.**, England, v. 49, n. 11, p.1461-1471, 1999.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of World Health Organization**, v. 81, n. 8, p.609-615, 2003.

PEIRÓ, J. M. **Desencadeantes del Estrés Laboral**. Salamanca: Endema, 1993.

PEIRÓ, J. M.; SALVADOR, A. **Estrés Laboral y su Control**. Madrid: Endema, 1993.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo (SP): Brasiliense, 1989.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrpicos na contemporaneidade. **Psicol Cienc Prof.** v. 23, n. 1, p. 38-41, 2003.

PEREIRA, A. A. **Proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção primária em sobral – CE – Brasil, CE**. (Mestrado Em Educação Médica) -, Escola de Saúde Pública de Cuba, Havana, 2006.

PETERSOM, J. C. *et al.* **Longitudinal course of new onset depression after cardiac bypass surgery**. Programs and abstracts of the 10th Annual International Conference on Mental Health Problems in the General Health Care Sector, National Institute of Mental Health. Bethesda, 1996.

PIMENTEL, A. F. **Musicoterapia e Promoção de Saúde**. 2009. Monografia (Graduação em Musicoterapia) - Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PISZEZMAN, M. L. R. **Terapia familiar breve: uma abordagem terapêutica em instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

POCHMANN, M. **Economia solidária no Brasil: possibilidades e limites** [Internet]. 2004. Disponível em: [http://agencia.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt\\_24g.pdf](http://agencia.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt_24g.pdf). Acesso em: 20 fev. 2012.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental/ Leisure as a protective factor for mental health. **Rev Ciênc Méd.**, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2003.

ROCHA, S. **A pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

RODGERS, B. Socio-economic status, employment and neurosis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Germany, v. 26, n. 3, p. 104-114, 1991.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: KAMKHAGI, V. R.; SAIDON, O. (Orgs.). **Análise institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 27-46.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 15, suppl.1, p. 1615-1625, 2010.

ROSENFELD, S. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. **J Health Soc Behav**, United States, v. 30, n.1, p. 77-91, 1989.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-56.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p 300-308, 1994.

RUIZ-PEREZ, I.; PLAZAOLA-CASTANO, J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. **Psychol Med**, United States, n. 67, v. 5, p.791-797, 2005.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI G. **Manual de Saúde Mental: Guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARTORIUS N. *et al.* An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. **Arch Gen Psychiatry.**, v. 50, n. 10, p.819-824, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHWARTZMAN, S. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 71–77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 19 mar. 2009.

SELLTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2 ed. São Paulo, Editora Herder e Editora da Universidade de São Paulo, 1967.

SILVA, L. H. *et al.* O significado da escuta para enfermagem. In: XVII CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. 10º Encontro de Pós-Graduação. **Anais...** 11-14 novembro de 2008.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento Humano**. Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Trabalho original publicado em 1953).

\_\_\_\_\_. O eu iniciador. In: SKINNER, B.F. (Org.). **Questões Recentes na Análise Comportamental**. Campinas: Ed. Papyrus, 1989.

SOUSA, M. F. *et al.* Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulg Saúde Debate.**, n. 21, p. 7-14, 2000.

SOUZA, J. R. P. Medicina de Família e Comunidade no Brasil: uma aproximação do contexto histórico. **Livro do Médico de Família**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. Cap. 3, p. 45-52.

SOUZA, J. R. P. Medicina de Família e Comunidade no Brasil: uma aproximação do contexto histórico. **Livro do Médico de Família**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. Cap. 3, p. 45-52.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: Instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 11, n. 1, p. 92-97, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**: Transformando o Método Clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G.(Orgs.). **Saúde e Espiritualidade**: uma nova visão da médica. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TAVARES, A. L. B. *et al.* Implantação da rede de assistência substitutiva e as internações psiquiátricas - uma análise em Fortaleza de 2005 a 2009. 2010. **Anais...** I Congresso Nordeste e III Congresso Cearense de Medicina de família e Comunidade, 2010

\_\_\_\_\_. Inserção de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família - uma proposta em Fortaleza. 2010. **Anais...** I Congresso Nordeste e III Congresso Cearense de Medicina de família e Comunidade, 2010.

\_\_\_\_\_. Levantamento sobre saúde mental na saúde da família em municípios cearenses. In: I CONGRESSO NORDESTE E III CONGRESSO CEARENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2010, Fortaleza. **Anais...** I Congresso Nordeste e III Congresso Cearense de Medicina de família e Comunidade, 2010.

\_\_\_\_\_. Mental health consultation profile in a family health center. In: 15th World Congress of Psychiatry, 2011. In: 15º CONGRESSO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA. **Anais...** Buenos Aires, MCI, 2011. p. 505-505.

\_\_\_\_\_. Perfil de atendimentos de saúde mental em Centro de Saúde da Família. In: I CONGRESSO NORDESTE E III CONGRESSO CEARENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2010, Fortaleza. **Anais...** I Congresso Nordeste e III Congresso Cearense de Medicina de família e Comunidade, 2010.

\_\_\_\_\_. Retratando o perfil epidemiológico de um centro de atenção psicossocial infantil. 2010. In: XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2010, Fortaleza. **Anais...** XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2010.

\_\_\_\_\_. Saúde mental e atenção básica: uma proposta de integração. In: XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2010, Fortaleza. **Anais...** XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2010.

\_\_\_\_\_. Saúde mental na ESF: uma experiência em Caucaia. In: I CONGRESSO NORDESTE E III CONGRESSO CEARENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2010, Fortaleza. **Anais ...** I Congresso Nordeste e III Congresso Cearense de Medicina de Família e Comunidade, 2010.

TAVARES, A. L. B. **Inserção de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família:** uma proposta em Fortaleza. 2009. Monografia (Curso de Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009.

TAVARES, A. L. B.; BASTOS, E. N. E.; SALES, M. L. S. Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde Mental. 2010, Fortaleza. II Conferência Municipal de Saúde Mental, 2010.

TAVARES, A. L. B. et al . Caracterizando as internações psiquiátricas em fortaleza de 2005 a 2009. In: XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2010, Fortaleza. **Anais...** do XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2010.

TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Factors associated with drug use among adolescents in southern Brazil. **Rev Saude Publica.**, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação:** o caso da saúde. Rio de Janeiro: ed. Hucitec, 1995.



THORNICROFT G; TANSELLA M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Ed. Manole: Barueri, 2010.

TOFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 33, suppl. 1, p. s59-s69, 2011.

TRIVINOS, A. N. S. **A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

URANI, A. Crescimento e geração de emprego e renda no Brasil. **Lua Nova**: revista de cultura e política, v. 35, p. 5-37, 1995.

VALLA V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. cap 1. p 39-62.

VASCONCELOS, E. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VIRTANEN, P. *et al.* Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. **Int J Epidemiol.**, England, v. 32, n. 6, p. 1015-1021, 2003.

WAGNER, G. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2006.

WARR, P. **Work, unemployment and mental health**. Oxford: Clarendon Press, 1987.

WARR, P.; JACKSON, P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. **Psychol Med**, England, v. 15, n. 4, p.795-807, 1985.

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **Lancet**, England, v. 359, n. 9313, p. 1232-1237, 2002.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. **BMJ**, England, v. 317, n.7151, p.115-119, 1998.

WHO EDUCATIONAL PACKAGE. **Mental Disorders in Primary Care** [Internet]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_MSA\\_MNHIEAC\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf). Cited 12 Feb 2012.

WILKINSON, R. G. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? **BMJ**, England, v. 314, n. 7080, p.591-595, 1997.

WILKINSON, R. G. **Unhealthy society**: the afflictions of inequality. London; New York: Routledge, 1996.

WILLIAM R. YATES, M.D. The Link between Religion and Health – Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. **Am J Psychiatry.**, v. 161, p. 586-586, 2004.

WONCA EUROPA. **A Definição europeia de medicina geral e familiar** (Clínica geral/medicina familiar). Sociedade Europeia de Clínica Geral/ Medicina Familiar, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO/WONCA, 2008.

WRIGHT, R. J.; RODRIGUEZ, M.; COHEN, S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. **Thorax.**, v. 53, n. 12, p. 1066-1074, 1998.

WULSON, L. R. **Is Depression a risk for coronary artery disease onset? A meta-analysis**. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting. Chicago: Illinois, 2000.

WULSON, L. R.; FULOP, G.; KAUFMANN, M. W. **Scientific and clinical report: session 9 - Depression and the heart**. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting. Chicago: Illinois, 2000.

ZAMIGNANI, D. R. (Org.). **Sobre comportamento e cognição** - A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Arbytes, 1997.

ZANUS, P.M. Il lavoro con le famiglie ad alto carico. 1993. 83f. Dissertazione (Maestrato in Psichiatria) - Istituto di Clinica Psichiatrica, Università Degli Studi di Trieste, Trieste, 1993.

ZIMBARG, A. **Musicoterapia**. [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.duplipensar.net/artigos/2007s1/musicoterapia.html>. Acesso em: 20 fev. 2012.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

### **Informantes-chave:** Usuários em sofrimento psíquico

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) M ( ) F    DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_    Idade: \_\_\_\_\_    Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_    ACS: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_    Posologia: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_    Posologia: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_    Posologia: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_    Posologia: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_    Posologia: \_\_\_\_\_

Motivo do uso: \_\_\_\_\_

Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Já fez acompanhamento com: ( ) Psiquiatra    ( ) Psicólogo    ( ) CAPS

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Outras patologias: \_\_\_\_\_

Grupos que participa: ( ) Igreja    ( ) Bombeiros    ( ) Posto    ( ) Associações

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Atividades de lazer: \_\_\_\_\_

### Situação familiar:

Estado civil: \_\_\_\_\_    Nº de filhos: \_\_\_\_\_    Renda familiar: \_\_\_\_\_

Companheiro(a): ( ) Álcool    ( ) Drogas    ( ) Desemprego    ( ) Violência

Filhos(as): ( ) Álcool    ( ) Drogas    ( ) Desemprego    ( ) Violência

**Entrevista não diretiva:** "Muitas pessoas procuram o serviço de saúde com queixas físicas, como dor de cabeça, de estômago, aperto no peito, entre outros. Algumas dessas pessoas percebem ligação dessas queixas com problemas pessoais por que estão passando, que causam sofrimento psicológico. Estou pesquisando esse tema e gostaria que você me ajudasse falando o que você puder sobre esse assunto".

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor(a),

Sou aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Caucaia-CE uma pesquisa intitulada “Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família: Demanda e Percepções de Usuários da Atenção Primária” sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Pontes.

Com essa pesquisa tenho o objetivo de compreender as necessidades das pessoas na área da saúde mental e o que elas pensam sobre saúde e doença mental, além de tentar entender melhor como as questões da saúde mental podem ser melhor trabalhadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Para tanto realizaremos uma entrevista individual e/ou em grupo, que poderá ser realizada no seu posto de saúde ou no seu domicílio a depender da sua vontade. Dou-lhe a garantia que as informações, que obterei, serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade do pesquisador e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Antes de decidir a respeito de sua participação, pergunte-me caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar se desejará participar ou não do estudo e a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a minha pessoa e/ou ao município. Você não será remunerado pela participação na pesquisa. Uma cópia deste termo ficará com você para caso haja qualquer necessidade. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa independente da Instituição Responsável.

Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Reforço que o fato de participar ou não do estudo não trará prejuízo na continuidade do acompanhamento pelas equipes de saúde do município. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição:**Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**

Pesquisador Responsável: **André Luís Bezerra Tavares**

Endereço: **R. Prof. Costa Mendes, 1608**

Bloco didático – **5º andar**

Bairro:**Rodolfo Teófilo – CEP 60430-140 Fortaleza - CE**

Telefones p/contato: **(85) 3366-8045 / 3366-8044**

---

**Pesquisador**

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Declaro que tomei conhecimento do estudo “SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DEMANDA E PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, realizado pelo pesquisador André Luís Bezerra Tavares, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa.

Caucaia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

---

Assinatura do participante

(1ª Via Pesquisador; 2ª Via Pesquisado)

### APÊNDICE C - Declaração de Concordância

Eu, pesquisador do projeto intitulado “**Saúde mental e Estratégia Saúde da Família: demanda e percepções de usuários da atenção primária**”, que tem por objetivo “compreender a demanda de saúde mental da Estratégia Saúde da Família”, estou ciente do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e concordo em participar do mesmo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

André Luís Bezerra Tavares

Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Faculdade de Medicina da UFC

Ricardo José Soares Pontes

Orientador

**APÊNDICE D**

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Ilustríssimo(a) Senhor(a)

Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Estou enviando o Projeto de Pesquisa intitulado “Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família: Demanda e Percepções de Usuários Da Atenção Primária”, de autoria de André Luís Bezerra Tavares, discente do curso de Mestrado em saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, sob minha orientação para ser analisado por esse Comitê de ética em Pesquisa.

Nesta oportunidade, confirmo, no que se refere a realização do projeto de pesquisa anexa, o atendimento do disposto na Resolução nº 196, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de saúde, bem como nas resoluções complementares à mesma.

Estou ciente de que, segundo o item IX.2 da resolução acima, é de minha responsabilidade:

1. apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o parecer deste, antes de iniciar a pesquisa;
2. desenvolver o projeto conforme o delineamento apresentado;
3. elaborar e apresentar relatório parciais caso solicitado;
4. manter em arquivo, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais, termo de consentimento e outros documentos recomendados pelo CEP;
5. encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores, patrocinadores e participantes do projeto;
6. encaminhar o relatório final para o CEP e
7. justificar perante o CEP, interrupção do projeto ou quaisquer necessidade de ajuste ou mesmo a não publicação dos resultados.

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

---

Orientador: Ricardo José Soares Pontes

---

Discente: André Luís Bezerra Tavares

**APÊNDICE E - Carta de Autorização da Instituição em que Será Realizada a Pesquisa**

Eu, ....., responsável pela  
instituição .....,  
autorizo o pesquisador ..... a desenvolver  
nesta instituição o projeto de pesquisa com título .....

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Assinatura do responsável



**APÊNDICE F - Carta de Responsabilidade dos Pesquisadores**

Conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa irá respeitar a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e equidade. Declaro que li e conheço a Resolução 196/96, e que respeito suas determinações, garanto o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados.

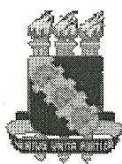
Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Orientador: Ricardo José Soares Pontes

---

Discente: André Luís Bezerra Tavares

**ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. Nº 103/11**

Fortaleza, 23 de maio de 2011

**Protocolo COMEPE nº 069/11**

**Pesquisador responsável:** André Luis Bezerra Tavares

**Título do Projeto:** “Saúde mental e estratégias saúde da família: demanda e percepção de usuários da atenção primária”

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 19 de maio de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

  
Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC

**ANEXO B - Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e  
Esclarecido**

Eu, André Luís Bezerra Tavares, pesquisador responsável pelo projeto “SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DEMANDA E PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE EESCLARECIDO** para realização do **LEVANTAMENTO QUANTITATIVO** incluído neste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado para fins diagnósticos e da revisão de prontuários com as informações referentes aos pacientes. Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 05 de agosto de 1997, referentes às informações obtidas com o projeto.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
André Luís Bezerra Tavares

### ANEXO C - Termo de Fiel Depositário

Está sendo desenvolvida uma pesquisa com o título “SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DEMANDA E PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA” neste estudo pretende-se realizar o perfil epidemiológico de saúde mental do Centro de Saúde da Família Maria Firmino Mendes. Assim venho através desta solicitar a autorização para coletar dados em prontuários, contendo informações sobre os pacientes deste centro de saúde no período de 2010 e 2011.

Esclareço que:

- as informações coletadas nos prontuários somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;

-também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes serão preservados.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com o pesquisador responsável:

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: **Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**

Pesquisador Responsável: **André Luís Bezerra Tavares**

Endereço: **Rua Prof. Costa Mendes, 1608**

Bloco didático – **5º andar**

Bairro:Rodolfo Teófilo – **CEP 60430-140 Fortaleza - CE**

Telefones p/contato: **(85) 3366-8045 / 3366-8044**

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia total responsabilidade pelo termo.

Caucaia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

\_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

### **ANEXO D - Termo de Fiel Depositário**

Eu, Luiza de Marilac Barros, secretária municipal de saúde de Caucaia, fiel depositária dos prontuários e da base de dados deste município, declaro que o pesquisador, André Luís Bezerra Tavares, está autorizado a realizar neste município o projeto de pesquisa: “SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DEMANDA E PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA” sob a responsabilidade do mesmo, cujo objetivo geral é “compreender a demanda de saúde mental da Estratégia Saúde da Família”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Caucaia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

## ANEXO E



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 413797	
Projeto de Pesquisa					
SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DEMANDA E PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA					
Área de Conhecimento				Grupo	Nível
4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo III	Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase
					Não se Aplica
Unitermos					
SAÚDE MENTAL, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, USUÁRIOS					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais		
100	100	100			
Placebo	Medicamentos HIV / AIDS	Wash-out	Sem Tratamento Específico	Banco de Materiais Biológicos	
NAO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável			CPF	Identidade	
André Luís Bezerra Tavares			947.857.673-91	95002648764	
Área de Especialização			Maior Titulação	Nacionalidade	
SAÚDE DA FAMÍLIA			ESPECIALISTA	BRASILEIRA	
Endereço			Bairro	Cidade	
RUA FREI JOSÉ MARIA, 240			CACHOEIRINHA	FORTALEZA - CE	
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
60356-130	(85)99536507 / (85)32375810		andrelbtavares@yahoo.com.br		
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____					
Data: ____/____/____ Assinatura					

Instituição Proponente			
Nome Universidade Federal do Ceará - CE		CNPJ 07.272.636/0001-31	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Departamento de saúde Comunitária/Faculdade de Medicina		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Rua Cap Francisco Pedro 1290		Bairro Rodolfo Teófilo	Cidade Fortaleza - CE
Código Postal 60430270	Telefone (85) 3288-8000	Fax (85) 3288-8316	Email comepe@ufc.br
<p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>			
Instituição Co-Participante			
Nome Prefeitura Municipal de Caucaia		CNPJ 07.616.162/0003-60	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Secretaria de Saúde		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Rua Coronel Correia n. 1959		Bairro Centro	Cidade Caucaia - CE
Código Postal 61600-004	Telefone (85)33428023	Fax (85)33428024	Email sgpscaucaia@yahoo.com.br
<p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>			