



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Cavalcante, Ana Célia; Magalhães Silva, Raimunda
Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 4, abril, 2011, pp. 2211-2220
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)

Psychic experiences of women attended at public health centers in Teresina (PI, Brazil)

Ana Célia Cavalcante ¹
Raimunda Magalhães Silva ²

Abstract *The scope of this article is to examine the findings of the psychic experiences of women attended at Primary Care level in public health-care centers in Teresina, State of Piauí, Brazil. Qualitative research was conducted in order to assess emotional, social, family, sexual and workplace experiences from the standpoint of women who seek Family Healthcare services in Teresina. Semi-structured interviews and non-systematic observation carried out in the Municipal Health Unit itself were used to collect the data. The information gathered revealed psychic suffering that is intrinsic to everyday experiences, family relationships and situations involving betrayal, separation, unemployment, violence and sexual experiences. The importance of integrating mental healthcare and basic healthcare was identified, requiring in-depth dialogue, bringing together staff, family and communities that will undoubtedly benefit from this to tackle day-to-day problems permeated by violence, abuse, maltreatment and negligence. The proposal put forward is to train healthcare professionals and implement an interface between Family Healthcare and psycho-social treatment permitting integrated action geared to the individual as a whole.*

Key words *Women, Psychic suffering, Mental Healthcare, Family Healthcare*

Resumo *O objetivo deste artigo é discutir os significados das experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em nível de Atenção Básica na cidade de Teresina, Piauí, Brasil. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com o objetivo de compreender experiências emocionais, sociais, familiares, sexuais e laborais na perspectiva de mulheres usuárias da Saúde da Família em Teresina. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevista semiestruturada e observação não sistemática, realizadas na própria Unidade Municipal de Saúde. As informações coletadas revelaram sofrimento psíquico intrínseco às experiências cotidianas, na relação familiar, em situações de traição, separação, desemprego, violência e vivência da sexualidade. Percebeu-se a importância de articular saúde mental com atenção básica, instituindo um diálogo profícuo, com vistas à proximidade entre equipes, famílias e comunidades, que certamente serão beneficiadas no enfrentamento de entraves do cotidiano, permeado por situações de violência, abuso, maus-tratos e negligência. Propõe-se preparar profissionais de saúde e implementar a interface entre Saúde da Família e atenção psicossocial, propiciando ação integral voltada ao sujeito integral.*

Palavras-chave *Mulher; Sofrimento psíquico, Saúde Mental, Saúde da Família*

¹Faculdade Integral Diferencial. Rua Veterinário Bugyja Brito 1354, Horto Florestal. 64052-410 Teresina PI. anaceliasousa@uol.com.br
²Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

Introdução

Mudanças psicossociais inerentes ao contexto e às condições de vida tendem a desencadear uma série de implicações e podem configurar experiências de sofrimento psíquico – um tipo de sofrimento que ameaça o sentimento e deixa pessoas, muitas vezes, enfraquecidas e confusas diante das vivências e do confronto com os próprios limites.

A experiência de sofrimento psíquico é inerente ao ser humano; é difícil de expressar, descrever e comunicar ao outro; é simbolizada, significada e ressignificada nas relações interpessoais, alterada, possivelmente, conforme o avanço da idade, experiências de vida, convívio familiar e social.

Esse sofrimento é também chamado de transtorno psiquiátrico menor. Caracteriza-se por um mal-estar inespecífico, com repercussões fisiológicas e psicológicas que podem acarretar limitações severas no dia a dia e podem se transformar em doença pela sua intensidade e cronicidade¹. São problemas que não necessariamente originam a procura imediata por intervenção médica, mas que podem interferir nas relações e observações cotidianas do indivíduo.

Nesse sentido, políticas públicas são direcionadas cada vez mais ao acolhimento de pessoas, famílias e comunidade. Porém, mesmo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)² para organização de redes de atenção psicossocial, apesar da oferta de tratamento na atenção básica e da organização de ações em saúde mental no contexto comunitário, sabe-se que o sofrimento psíquico, muitas vezes, ainda passa despercebido pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, porta de entrada instituída pelo sistema de saúde brasileiro, para serviços e ações disponibilizados aos usuários. De acordo com Vanderlei e Almeida³, a principal mudança com a proposta da Saúde da Família está no foco de atenção, que deixa de ser centrada exclusivamente no indivíduo e na doença e passa também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Nessa perspectiva, a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, regulamentada pela Lei nº 10.216/2001, é promover experiências inovadoras e bem-sucedidas, oriundas da interação entre Saúde Mental e Atenção Básica, que objetivam a prevenção em detrimento do tratamento asilar e fomentam a oferta de atendimento ético e respeitoso ao usuário do sistema de saúde.

No entanto, Dimenstein⁴ alerta que, atualmente, a Reforma Psiquiátrica continua apresentando fragilidades; ainda não há uma rede de saúde ágil, flexível e resolutive. A implantação de

dispositivos como Saúde da Família (SF), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), hospital-dia, por si só, não significa mudança nos cuidados em saúde e pode se configurar em velha prática com nova roupagem. Percebe-se quão necessário se faz alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com a vida e com o sofrimento dos indivíduos e da coletividade.

Para Cecílio⁵, um dos grandes desafios é buscar outro modo de operar o trabalho e de construir a relação do trabalhador com os usuários efetivos e potenciais do sistema de atenção à saúde. Para Carvalho *et al.*⁶, a superação da relação sujeito-objeto permitirá a atenção para com o sujeito, com quem é estabelecida uma relação dialógica, intersubjetiva, na qual o usuário não é mais um simples receptor passivo, e sim um outro interlocutor.

Como alertam Merhy e Onocko⁷, precisa-se de “novos agentes” comprometidos com perspectivas mais eficazes no “fazer saúde”, com possibilidade de produzir sujeitos políticos. Para isso é indispensável criar vínculos engajados com a defesa da vida, individual e coletiva, de modo igualitário e democrático.

A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde pode contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais nos serviços de Atenção Básica, em que a atenção é integral e não se pode negligenciar ações de prevenção e promoção da Saúde Mental.

Pensar na atenção integral implica pensar no sujeito com suas necessidades, dificuldades e sofrimentos, para que não caiam nas brechas ou se tornem dores não acolhidas. A concepção atual de saúde propõe que o atendimento seja recíproco, que haja produção de saúde e respeito pelos sujeitos e suas subjetividades.

A saúde mental exige considerar questões sobre marginalização, pobreza, mudança nos papéis de homens e mulheres, envelhecimento e violência como aspectos políticos das relações sociais. Diniz⁸ esclarece que Saúde Mental não é um produto circunscrito ao mundo interno das pessoas, ou algo que existe e se manifesta no vácuo; é um processo de interação dinâmica entre fatores pessoais, relacionamentos sociais, econômicos, históricos, culturais, que só pode ser compreendido mediante sua contextualização em dimensões como família, maternidade, casamento, trabalho, envelhecimento, exercício de múltiplos papéis.

Falar de Saúde Mental é, portanto, falar do ser humano, do seu desenvolvimento, da sua família, do seu trabalho, do seu lazer, da sua histó-

ria de vida. Nessa perspectiva, é importante compreender o impacto de fatores psicossociais sobre a saúde mental das pessoas.

No que se refere às mulheres, entre os aspectos que pesam sobre sua saúde estão a falta de recursos econômicos, a luta pela sobrevivência em contextos de extrema desigualdade social e pobreza, a falta de tempo para cuidar de si e para lazer, a falta de apoio e de reconhecimento, que tornam as negociações cotidianas extremamente difíceis em uma cultura machista. Ainda assim, concordando com Falcão e Dias⁹, mulheres se tornam membros criativos e produtivos em suas famílias e suas comunidades.

Como em todas as cidades de médio e de grande porte do país, Teresina vem sofrendo com o aumento da violência e suas manifestações, com a evolução dos índices de criminalidade e do tráfico de entorpecentes. Na 5ª Promotoria Criminal de Teresina, que reúne todos os casos de violência doméstica da capital, entra, por dia, uma média de trinta processos somados a vinte atendimentos e duas audiências diárias¹⁰. Nesse contexto, cabe indagar como a Atenção Básica cuida de mulheres com experiências de sofrimento psíquico em uma cidade do Nordeste do Brasil (Teresina, Piauí).

O interesse pelo tema decorreu da trajetória de trabalho em instituições públicas de saúde e em docência superior, despertando curiosidade em aprofundar questões relacionadas à articulação entre os cuidados em Saúde Mental e a Atenção Básica. Apesar de o estado da arte sobre atenção psicossocial na Saúde da Família desvelar a existência de produção, justifica-se a importância do presente estudo tendo em vista que ainda há lacunas sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica e muito que avançar, conforme sugerem os achados a seguir.

A pesquisa ***A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso***, realizada por Oliveira *et al.*¹¹, mostra que a efetivação da implantação do PSF e da atenção psicossocial requer transformações no trabalho e no cuidado realizados.

O estudo de Cardoso *et al.*¹² investigou o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre transtorno mental e de comportamento, encontrando os seguintes resultados: os agentes comunitários de saúde possuem conhecimento empírico sobre doença mental, tem dificuldades de perceber manifestações indicativas de sinais e sintomas da doença e suas principais formas de tratamento, e o encaminhamento ao médico é a principal conduta realizada pelos agentes.

O relato de experiência ***A equipe de Saúde da Família e o portador de transtorno mental***, apresentado por Maciel¹³, constata que prestar assistência ao portador de transtornos mentais no PSF promove a superação do medo e do preconceito das ações de Saúde Mental e, secundariamente, contribui para a mudança de modelo da assistência em Saúde Mental no Brasil e na consolidação da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, o presente estudo contribui para a área de Saúde Mental na medida em que procurou compreender as experiências de mulheres frequentadoras de uma Unidade de Saúde da Família do município de Teresina em seus aspectos emocionais, sociais, familiares, sexuais e laborais vivenciados como sofrimento psíquico.

Métodos

Para a realização desta pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa, por entender que essa abordagem poderia oferecer melhores recursos à investigação, com visão crítica e ancorada na psicologia histórico-cultural de Vygotsky¹⁴, que concebe o homem como ativo social e histórico.

Segundo Bock *et al.*¹⁵, falar de visão sócio-histórica é falar de fenômeno psicológico e, obrigatoriamente, falar da sociedade, da subjetividade humana e da objetividade em que vivem os homens. O fenômeno psicológico é subjetivo, algo que se constitui na relação com o mundo material e social, mundo este que só existe pela atividade humana. Subjetividade e objetividade se constituem uma à outra, sem se confundir.

Para compreender o cotidiano vivenciado por mulheres com experiências de sofrimento psíquico, desenvolveu-se a investigação, no período de maio a setembro de 2007, em uma Unidade de Saúde da Família da rede municipal da cidade de Teresina, Piauí, Brasil. A unidade de saúde pública deste município foi selecionada pela localização, região sudeste/leste de Teresina, área violenta, onde residem famílias de classe média e famílias vivendo abaixo da linha de pobreza em uma comunidade de pequenos comércios e sem acesso a serviços públicos de saúde, sendo essa USF a única possibilidade.

Teresina tem 779.939 habitantes, sendo 410.775 (52,5%) do sexo feminino. Desse contingente, 185.579 (45,17%)¹⁶ estão na faixa etária entre 35 e 55 anos.

Participaram do estudo dez mulheres adultas (de 35 a 55 anos), de classe média baixa, donas de casa, frequentadoras de uma Unidade de

Saúde da Família em Teresina. Foram considerados, em cada uma, sua história de vida e seu modo de viver, significar e ressignificar suas experiências de sofrimento psíquico vivenciado nas relações familiares, sociais e/ou laborais.

Para iniciar a coleta de dados, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde indicaram as mulheres que poderiam participar do estudo. A indicação foi realizada com base no acompanhamento, tanto em nível domiciliar quanto na Unidade de Saúde, uma vez que não frequentavam assiduamente serviços de Saúde Mental, devido aos custos com deslocamento ou mesmo pelo vínculo com os profissionais da Saúde da Família, que souberam indicar prontamente as usuárias que se encaixavam no perfil pretendido. Após indicação, as usuárias passaram por uma triagem e duas entrevistas, que ocorreram antes e depois de serem atendidas por um profissional da Equipe de Saúde da Família.

Na sala de espera da Unidade de Saúde, ao fazer o convite, percebeu-se que o tema da pesquisa era bem aceito pela usuária, e todas as convidadas concordaram em participar. No primeiro contato, foram esclarecidos, a cada participante, objetivos, importância e etapas da pesquisa. Após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado com vistas ao esclarecimento das participantes da pesquisa, elas livremente o assinaram.

Também participaram deste estudo os profissionais (médica, enfermeira, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde) que atuavam na referida equipe. Esses profissionais foram observados durante as intervenções realizadas com as usuárias participantes do estudo e nas conversas da sala de espera, ocasião em que foram coletadas informações sobre as usuárias.

Para a coleta de dados, empreendida com mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em nível de Atenção Básica, realizaram-se entrevistas semiestruturadas e observações diretas durante as intervenções de profissionais da equipe de Saúde da Família.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas individualmente, em um consultório da Unidade de Saúde e tiveram duração média de 1h30min. Para melhor apreensão dos dados, mediante consentimento, as falas foram gravadas em fita cassete para posterior transcrição e análise.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, com questões norteadoras, no decorrer da qual se formularam outras perguntas, consideradas relevantes para a compreensão do sofrimento psíquico.

Utilizou-se a observação para obtenção de determinados aspectos da realidade. As observações foram autorizadas anteriormente e ocorreram ao longo de nove intervenções realizadas por profissionais da SF com as usuárias participantes da pesquisa. As falas provenientes da interação profissional-paciente durante os procedimentos no cuidado com as mulheres indicaram a existência de suportes diferentes para o enfrentamento ou ressignificação da experiência de sofrimento psíquico, tendo em vista a subjetividade do sujeito pesquisado.

As informações obtidas ao longo do processo de coleta de dados foram avaliadas de forma qualitativa, com base na análise de conteúdo de Bardin¹⁷, na modalidade de análise temática, por ser pertinente ao material produzido e eficaz na condição de se aplicar aos relatos das participantes.

A organização e a análise dos dados subsidiaram a formulação de temas a serem interpretados, na ótica dos sentidos que a própria mulher atribuía às suas ações, crenças e valores.

Após exaustivas leituras do material coletado, iniciou-se a fase de exploração, categorização e composição de temáticas baseadas nas falas das vivências cotidianas das mulheres entrevistadas. Essas falas foram analisadas a partir dos conteúdos manifestos para desvelar significados e ressignificações de sofrimento psíquico na perspectiva da usuária.

Para preservar o sigilo e o anonimato, utilizou-se como código a letra U acompanhada pelos números de 1 a 10, correspondentes à ordem das entrevistas.

Cumprindo orientações éticas, o projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre as normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

Para compreender experiências de sofrimento psíquico de mulheres na fase adulta (de 35 a 55 anos), faz-se necessária uma abordagem integradora de aspectos psicológicos e sociais, ampliando a compreensão dessa mulher em sua forma de ser e de se relacionar com o mundo.

As mulheres participantes deste estudo são de baixa escolaridade, desempregadas, sem adequada participação em atividades sociais e com problemas de relações com vizinhos e amigos, com dificuldade de comunicação familiar, convi-

vem com dificuldades relacionadas ao consumo de álcool, à ideação ou à tentativa de suicídio, ao divórcio e à sanção penal.

Essas experiências de sofrimento psíquico, por elas informadas, têm uma relação muito nítida com as reais condições psicossociais de vida. Dessa forma, percebe-se quão importante é compreender o impacto de fatores psicossociais sobre a saúde mental de mulheres, sem generalizar qualquer um deles. Não é possível negligenciar ações de prevenção e promoção da Saúde Mental. Para tanto, cabe pensar e desenvolver ações que levem em conta fatores não apenas psicológicos mas sociais que afetam suas vidas em todas as fases do ciclo vital.

As participantes deste estudo não compreendiam, tampouco aceitavam, suas dores psíquicas; recorriam ao místico e acabavam se dividindo entre as possibilidades médicas e religiosas. Pôde-se perceber, ao longo da pesquisa, que as pessoas continuam preservando preconceitos relacionados às doenças mentais. Apesar de se estar no século XXI, verifica-se que ainda há muito misticismo quando se trata de sofrimento psíquico. Os fatores desencadeadores de tal sofrimento foram componentes de um amplo espectro, do qual faziam parte graves problemas de desigualdade social, desemprego, baixo poder aquisitivo, chegando a questões de desagregação familiar, violência doméstica e situações de abandono.

O sofrimento psíquico desvelado neste estudo foi associado às experiências cotidianas na relação familiar, caracterizadas por situações como separação conjugal, traição, desemprego e vivência da sexualidade feminina nessa fase da vida. As diferentes formas desse sofrimento foram categorizadas, analisadas e interpretadas.

A sexualidade compõe uma categoria que representa o sofrimento psíquico e reúne diversas expressões de angústia, tristeza, dor e desprazer. As experiências sexuais referenciadas pelas entrevistadas restringem a sexualidade ao ato sexual, e na concepção delas, relação sexual é obrigação, dor, ardor, incômodo, grosseria, desprazer.

As mulheres falaram das exigências de normalidade e do sexo como um problema da vida e da doença. Expressões de sofrimento estão presentes na fala de U2: ***Nunca tive interesse sexual, porque dói, arde e incomoda, mas toda vez que meu marido me procura, tô no ponto; mesmo quando ele tava com outras na rua, eu aceitava pra ele não ter o que falar. Ele acha que não sou normal porque não gosto de sexo.***

Essa mulher, de 50 anos, era casada, mãe de quatro filhos, avó de 14 netos, com ensino mé-

dio incompleto, lavadeira aposentada. Tinha diabetes, reumatismo e hipertensão. Usava psicotrópico desde o período em que descobriu que a filha de 13 anos de idade era usuária de drogas. A sexualidade de U2 parecia mascarada por experiências de sofrimento. Dizia não “gostar de sexo” desde o início do casamento, e após o primeiro parto, quando teve eclampsia, o desprazer aumentou porque temia engravidar e morrer.

A fala dessa frequentadora da SF trouxe à tona insatisfações na relação conjugal, sofrimentos não desvelados na escuta cotidiana da Atenção Básica em Saúde, que se propõe a prevenir e promover a saúde das pessoas, da família e da comunidade.

Nesse sentido, cada vez mais se discute a relevância da ação de profissionais de várias formações no campo da saúde. Segundo Almeida¹⁸, é importante que os profissionais conheçam uma gama maior de ferramentas teóricas e a possibilidade de um trabalho integrado diferente da ação multidisciplinar, o qual consiste no conjunto de disciplinas isoladas, que tratam do mesmo assunto sem estabelecer uma ação integrada entre elas.

Outra entrevistada (U9) percebia suas experiências de “sexo sem carinho” como expressão de sofrimento psíquico: ***Nunca tive bom relacionamento com meu marido. Ele é grosseiro, incapaz de fazer um carinho, com ele é só sexo e tchau.***

Essa mulher tinha 38 anos, era casada, mãe de dois filhos, cursou ensino fundamental e trabalhava em casa de família. Sentia-se insatisfeita na relação com o marido, o que a deixava desequilibrada, estressada, intolerante com os filhos, e tudo isso lhe causava intenso sentimento de culpa.

De acordo com Scaranto *et al.*¹⁹, em muitas sociedades a mulher não entende o sexo forçado como violência, caso ela esteja casada ou vivendo com o agressor. Alguns países, porém, já reconhecem o estupro, no matrimônio, como crime; outros continuam dizendo que o esposo tem o direito legal de acesso ilimitado à esposa.

Outra categoria representando o sofrimento psíquico dessas mulheres diz respeito à relação conjugal, em que experiências de traição e separação são entendidas como vivências provocadoras de intenso sofrimento.

A relação familiar é necessária para a saúde do indivíduo, mas de acordo com Beavers e Hampson²⁰, o modelo dessa instituição não deve ser obrigatoriamente o de uma família tradicional, e sim de um grupo de pessoas comprometidas com o apoio mútuo, compartilhando suas expectativas e significados.

Nas relações conjugais, existem dinâmicas que se instauram e que refletem o jeito de ser de cada um, a subjetividade do casal, que nem sempre está vinculado com base no amor. As mulheres apontaram a infidelidade como uma experiência muito dolorosa.

Com base nos dados coletados, observou-se que existiam situações prazerosas na relação conjugal, mas também ocorrem experiências difíceis que contribuíam para a vivência de sofrimento psíquico.

Expressões de sofrimento psíquico na relação conjugal foram identificadas na seguinte fala: ***Nunca pensei que meu marido fosse me trair; ele era muito atencioso, nós passeava [sic], ia para casa da mãe dele, mas depois ele me abandonou, me deixava sozinha dentro de casa.*** (U4)

Essa mulher, de 47 anos, disse que tudo começou quando descobriu que o marido tinha outra pessoa. Percebeu que, aos poucos, ele estava levando seus pertences para a casa da outra, ao que sugeriu uma mudança definitiva.

O sofrimento psíquico na vivência do processo de separação conjugal foi referenciado pela entrevistada U1: ***Desde que meu namorado arranhou outra mulher, penso em fazer besteira: sair sem destino ou me jogar na frente de um carro. É como se tivesse se acabando alguma coisa dentro de mim.***

Essa mulher, de 39 anos, analfabeta, mãe de dois filhos de pais diferentes, sentia vergonha dos vizinhos, por causa do envolvimento amoroso com um rapaz mais jovem. Disse estar no “fundo do poço” desde que o “menino” arranhou outra mulher.

O momento da separação conjugal se configura em uma crise vivenciada de acordo com a estrutura psíquica de cada pessoa. Sabe-se que uma crise, por si só, promove vulnerabilidade, mas ao mesmo tempo que fragiliza, oportuniza refletir, agir e reagir.

Outra entrevistada falou na traição como sendo a maior causa de seu sofrimento: ***Sofri muito quando meu marido arranhou uma mulher; ela vinha me chatear. Depois ele arranhou mais uma e ficava com as três. Lutei muito, suei para ajeitar ele. Hoje tá quieto, não sai de casa, tá arrependido.*** (U7)

Essa participante, de 52 anos, era casada, mãe de cinco filhos, avó de nove netos. Analfabeta, foi passadeira de roupa durante 18 anos. Morava com o marido, caminhoneiro desempregado, fazendo “bico como pedreiro”; tinha uma filha, que era mãe de quatro de seus netos, e o seu filho mais velho, desempregado, bebia cachaça diariamente.

No entender de Osório²¹, a principal função psíquica da família é prover o alimento afetivo, indispensável à sobrevivência emocional dos recém-nascidos, mas igualmente indispensável à manutenção da homeostase psíquica dos demais componentes da família. Por essa razão, seus membros deverão se prover reciprocamente do afeto, com mecanismos de interação afetiva. O sofrimento expresso na fala de U7 é compreensível quando se percebe uma falta total de interação afetiva.

Na concepção das participantes, problemas com álcool e outras drogas, assim como desemprego e violência, também são vivências de sofrimento psíquico.

Violência é o uso intencional de força física ou poder em forma de ameaça ou atos contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação. Especificamente, violência contra a mulher é qualquer ato de violência com base no gênero que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher²². As formas mais comuns de violência contra a mulher são perpetradas por seus próprios familiares e parceiros íntimos e envolvem agressão física, psicológica e sexual contra meninas e mulheres adultas, inclusive durante a gravidez e a terceira idade²². Resultam, geralmente, em problemas físicos, sociais e psicológicos, não necessariamente causando lesões, incapacidade ou morte, sendo que suas consequências podem ser imediatas ou latentes.

A violência doméstica é um problema grave de Saúde Pública, mas ainda vem sendo tratada como de foro íntimo das pessoas envolvidas. Deve ser foco de atenção e prevenção, a partir do entendimento de saúde como um processo de construção da autonomia dos seres humanos.

As formas pelas quais as mulheres entrevistadas nessa pesquisa expressaram suas vivências de violência nas relações familiares indicam que tais experiências promoveram sofrimento psíquico. É o que se percebe na fala da participante U6: ***Depois que meu marido começou a beber, minha vida é só sofrimento. Faz três anos que a gente não se fala, dormimos em quarto separado. Não sinto falta dele; sinto vontade de ir embora, mas fico com medo de deixar minhas filhas e destruir minha família.***

Esse depoimento é de uma mulher de 53 anos, casada, analfabeta e doméstica. O marido estava desempregado, era alcoólatra e agressivo. Não sabia o que era alegria nem prazer desde que o marido começou a ingerir bebida alcoólica.

Segundo Scaranto *et al.*¹⁹, o medo de ser abandonada pelo companheiro, a responsabilidade com os filhos e as dificuldades financeiras constituem fatores que contribuem para o silêncio da mulher em situações de violência. A tristeza, o choro, o desespero e o silêncio são considerados reações próprias das mulheres, e ficar calada ou reagir com brigas ainda são alternativas encontradas pelas vítimas para sufocarem seus sentimentos.

A fala de U7 denuncia a violência familiar como fonte de sofrimento psíquico: ***Meus filhos estão tudo casado e desempregado, só fazem “bico”, bebem todo dia e brigam muito dentro de casa. Uma vez a polícia foi lá tomar a faca de um.***

Essa mãe, de 52 anos, teve cinco filhos e era avó de nove netos. O marido, caminhoneiro, estava desempregado. Ela tinha hipertensão, era cardíaca, usava psicotrópico, vivia “nervosa” e agitada. Era membro de um grupo religioso de sua paróquia. O sofrimento na relação familiar teve expressão no relacionamento com os filhos. Pelo que se percebe, a violência ocorre não só contra a mulher, mas entre e com outros membros da família, muitas vezes associada a questões econômicas, ao uso de álcool e/ou drogas.

A violência traz enormes consequências, tanto para a saúde física e mental das mulheres quanto para a saúde de filhos e filhas, para os grupos familiares envolvidos. O alcoolismo altera as relações sociais, de trabalho e familiar. Sobre isso, U6 diz: ***Meu marido é alcoólatra, agressivo e já me agrediu fisicamente e verbalmente muitas vezes. Não sinto mais vontade de ter relação sexual com ele nem com outra pessoa.***

Essa participante de 53 anos morava com marido, filhas e netos. Desde que ele começou a beber, sua vida é só sofrimento. Certa vez chamou a polícia para tirá-lo de casa, mas arrependeu-se porque as filhas não queriam a separação. Moram juntos, dormem em quartos separados, não dialogam, e ela se sente mal com a presença dele. Sente-se agredida quando é acusada de infiel.

A articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica é de extrema relevância, pois no cotidiano da Saúde da Família há uma proximidade entre equipes, famílias e comunidades, que certamente beneficiará o enfrentamento de entraves à adesão de práticas preventivas ou de vida mais saudável.

Nessa perspectiva, a relevância do presente estudo está em refletir a incorporação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica como possibilidade de oferecer um cuidado integral com

ênfase na prevenção do sofrimento psíquico e na efetiva promoção da saúde.

Vale ressaltar que a promoção da saúde é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que envolve outra lógica, que rompe a visão biologicista da saúde, bem como o predomínio e os privilégios dos serviços assistenciais.

Instituir um diálogo profícuo entre Saúde Mental e Saúde Pública, e não mais tratá-las como “universos paralelos”, é outro desafio. Na Saúde Pública, são demandas de grande peso as situações de violência, abuso, maus-tratos e negligência, relações familiares, inclusão social.

O modelo de atenção, pautado no usuário e na sua necessidade, preconiza que o trabalho deve ser necessariamente multidisciplinar, e a atenção deve ter por base a integralidade do sujeito inserido num território de vida, das relações e dos conflitos. Andrade *et al.*²³ afirmam que o foco do trabalho é o sujeito integral, e não apenas a atenção integral.

As mulheres de baixa renda não colocaram a dimensão estética do corpo nem a menopausa entre suas maiores preocupações. O que as preocupava eram sintomas físicos e condição socioeconômica como impossibilidade de garantia de vida digna e de reconhecimento pessoal. Como diz Ribas²⁴, no Brasil, o envelhecer das mulheres é diferente de uma classe social para outra. Isso é visível nas falas das entrevistadas, como disse uma participante: ***Me sinto velha, cansada, com dores no corpo. Sofro quando preciso de dinheiro e tenho que esperar pela boa vontade dos meus filhos. Fico triste e só tenho*** vontade de chorar. (U5)

Mulher de 55 anos, casada, mãe de seis filhos, analfabeta, doméstica, falando de si mesma, expressou dores, sentimento de inferioridade e autoestima rebaixada.

A necessidade de parecer jovem e fértil não é frequentemente questionada entre mulheres das classes baixas, que experimentam envelhecimentos excludentes, precoces, marcadamente visíveis, como resultado de múltiplas jornadas mal remuneradas. Acolher o sofrimento psíquico é dar voz à usuária, escutar seus conflitos e apoiá-la integralmente. Na fala de U4, percebe-se a necessidade desse acolhimento: ***Vivo impaciente, ansiosa, com tremores, sem coragem nem para me levantar. Sinto calor, vontade de morrer, e não acho que seja depressão, deve ser por causa da menopausa. Não sinto vontade de ter relação sexual.*** (U4)

Essa mulher de 47 anos usava psicotrópico e não seguia a prescrição porque o sono provocado pela medicação atrapalhava o serviço.

Cuidar da saúde mental é ouvir além do discurso manifesto, é ler nas entrelinhas o pedido de ajuda. As dores físicas se confundem com as dores psíquicas como se percebe nas falas de U3 e U4: ***Estou doente, estou péssima, com depressão, estressada, tenho gastrite, sinto tremores, ansiedade, medo de briga, da violência e da morte; não tenho paz.*** (U3)

Essa usuária da SF, de 43 anos, era mãe solteira, tinha dois filhos e ensino fundamental incompleto. Informou sofrer constantemente, sem motivo aparente. Foi atendida em um serviço de Saúde Mental, recebeu indicação para uso de psicotrópico. ***Sou estressada, irritada, preocupada, ansiosa. Sinto tremores, frio, mãos suadas, medo de brigas, de violência e da morte. Tenho insônia; estou péssima, sem motivação para trabalhar, sair e visitar as amigas*** [sic] (U4)

Essa participante, de 47 anos, é solteira, tem três filhos. Tinha conhecimento do diagnóstico de depressão, mas não conseguia descobrir a causa do medo de morrer. Sua vida era só problema, não conseguia trabalhar corretamente. Pensava constantemente em morrer. Acreditava que a qualquer momento podia ser violentada ou assaltada e morrer. Sentia-se incomoda pela insônia, ansiedade, irritabilidade e fadiga no corpo.

A saúde da mulher pode ser comprometida não só pelas alterações físicas e psíquicas; outros fatores contribuem para rebaixar sua autoestima. As mudanças corporais, previstas no processo de envelhecimento, impactam a autoimagem feminina e potencializam o sofrer psíquico.

De acordo com Debert²⁵, as mulheres, ao envelhecer, experimentam uma situação de dupla vulnerabilidade e de “difícil solução” com o peso somado de dois tipos de discriminação: ser mulher e ser idosa.

Do ponto de vista do serviço de saúde, é preciso lembrar que construir Saúde Mental é um processo que se dá por intermediação, de tal forma que é impossível intervir apenas com base no sofrimento manifesto. É preciso, ainda, buscar prudentemente o reconhecimento para além das demandas explicitadas no que diz respeito à experiência de sofrimento.

Os profissionais da área de Saúde Mental têm muito a contribuir com os cuidados e atenção às mulheres em fase adulta, e conforme salienta Debert²⁵, é preciso rever a medicalização em tempos em que ansiedade e estresse são sensações facilmente silenciadas pelo uso indiscriminado de ansiolíticos.

O estudo ***Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória***

ria necessária, realizado por Lucchese *et al.*²⁶, concluiu que a demanda de atendimento às pessoas com sofrimento mental não era registrada nos prontuários nem integrava projeto de intervenção individual ou familiar; algumas ações eram realizadas numa concepção leiga de “doença mental” e tratamento, e o recurso do encaminhamento para a rede especializada era frequentemente acionado, apesar da precariedade desta, refletindo a necessidade de continuidade no processo de capacitação em Saúde Mental.

O sofrimento pode ser significado e ressignificado; percebe-se isso na fala de U10: ***Sinto que estou melhorando porque antes eu não tinha amizade, não ia para festa, churrascaria e nem viajava. Já me arrumo, faço caminhada, academia e durmo depois do almoço.***

Essa mulher, de 37 anos, casada, mãe de dois filhos, manicure, cursou ensino fundamental. Fez referências a uma “leve perturbação na cabeça”, que a incomodava há mais de um ano. Começou sentindo medo de ficar sozinha e não conseguia entrar num ônibus. Durante dois anos, ficou trancada dentro de casa.

Ressignificar é dar significado, compreender a experiência para transformar a vivência e possibilitar mudança de comportamento e equilíbrio emocional. Para tanto, são indispensáveis atitudes de acolhimento e atenção integral durante a escuta profissional.

A inserção da Saúde Mental na Saúde da Família, assim como a humanização nos cuidados, contribui para efetivar a integralidade da atenção, para dialogar com o outro, para exercitar a capacidade de ouvir e de falar. Sem comunicação, não há humanização. O acolhimento deve ser um compromisso entre a pessoa em busca de promover saúde e melhorar a qualidade de vida e quem procura os serviços de saúde.

Segundo Ronzani e Silva²⁷, a Saúde da Família, como estratégia, exige que os profissionais tenham atenção, comprometimento e sensibilidade. Nesse sentido, Pretto *et al.*²⁸ chamam a atenção para o fato de que a saúde envolve uma atitude ativa dos indivíduos ante as dificuldades enfrentadas em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Sua promoção seria possível apenas como projeto social, com envolvimento de indivíduos, da comunidade e da sociedade em geral.

Vasconcelos *et al.*²⁹ pesquisaram a Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família – com representações sociais de usuários e familiares –, concluindo que a incorporação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica propicia melhor cobertura assistencial, com possibili-

dades de prevenção dos agravos mentais e efetiva promoção da saúde, evitando o isolamento e o preconceito, além da aquisição de atitudes mais humanizadas.

Segundo Dimenstein *et al.*³⁰, a Reforma Psiquiátrica busca superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação à “loucura”. Para isso, visa implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais, ancoradas em novos saberes e valores culturais. Mas ainda há uma forte demanda cotidiana de Saúde Mental não acolhida; os profissionais não se sentem capacitados para tal, e as possibilidades de referenciamento são pequenas em razão da precariedade da rede de serviços substitutivos e destes com a rede do SUS como um todo.

No que se refere ao presente estudo, as experiências psíquicas vivenciadas no cotidiano de mulheres frequentadoras da Saúde da Família foram se traduzindo em seus testemunhos, expressando problemas na vivência da sexualidade e nas relações familiares.

Observou-se livre acesso das mulheres aos profissionais da Saúde da Família, prontamente atendidas, garantindo acessibilidade à SF. O acolhimento de experiências psíquicas não tem sido suficiente para promover mudanças de comportamento e pouco tem ampliado o senso de responsabilidade e participação ativa no processo de construção da saúde e melhoria da qualidade de vida. A integralidade das ações ao sujeito integral precisa ser repensada.

Inúmeras queixas de sofrimento psíquico chegam aos profissionais da SF. Essa demanda não pode passar despercebida, pois é uma oportunidade para promover saúde, mas, para que isso ocorra, é importante criar espaços que possibilitem a escuta e a intervenção, num contexto interacional que legitime a expressão do sofrimento em busca de significação, reflexão e postura crítica. É preciso intervir para ressignificar e promover mudança de comportamento, viabilizando as propostas do SUS.

A promoção de Saúde Mental de mulheres inclui, assim, abrir espaço para a crítica e a reflexão, acolhendo-se as queixas de outra ordem, outras dores que, na maioria das vezes, não têm espaço nas consultas médicas, tendo em vista que as práticas discursivas funcionam como instrumentos de mudança e transformação.

Incorporar ações de Saúde Mental à Atenção Básica significa abrir caminhos e possibilidades para viabilizar o desenvolvimento de estratégias flexíveis e articuladas entre os dispositivos de uma rede de serviços que permita livre trânsito aos

usuários, com suas diferentes demandas, acolhidas na perspectiva de um ser integral, em processo de construção de sua subjetividade.

A desinstitucionalização da doença mental é uma das possibilidades de desfragmentar os cuidados em saúde. Assim, integrar a Saúde Mental à Atenção Primária é rever intervenções e reorganizar os serviços, tendo em vista que integrar não é apenas compor equipes com diferentes composições, mas adotar posturas ativas, dinâmicas, não fragmentárias ou reducionistas.

A proposta é contribuir para melhorar as ações e os serviços de saúde, sem que para isso seja preciso levantar bandeiras para este ou aquele profissional. O alvo é o humano, que necessita de cuidados que propiciem condições dignas para refletir, agir e reagir.

O paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica tem avançado no que diz respeito às possibilidades de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, já que as novas concepções e práticas de saúde não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito. Nesse contexto, a atitude terapêutica deve se basear em cuidado e acolhimento, mas, para efetivação do novo paradigma de saúde, ainda existem inúmeros desafios, contradições e fragilidades. Na implementação da SF, observamos um discurso contraditório à prática cotidiana, uma permanência do caráter prescritivo e autoritário, assim como da medicalização dos sintomas, e ainda o despreparo dos profissionais para lidar com a subjetividade e as necessidades das usuárias.

Nesse cenário, torna-se imprescindível continuar a luta por uma atuação que produza um modo diferente de se “fazer saúde”, com possibilidade de se criarem novos processos de produção de “sujeitos sociais,” comprometidos com outras perspectivas, nova relação trabalhadores/usuários de serviços de saúde e produção de sujeitos políticos.

Este estudo sugere a implementação de ações para maior preparo dos profissionais de saúde, tendo em vista a importância da interface entre SF e atenção psicossocial, com ênfase na realização do trabalho conjunto.

Colaboradores

ACS Cavalcante participou de todas as etapas do artigo; RM Silva, da análise crítica e da redação final.

Referências

1. Coutinho ESF. *Fatores sociodemográficos e morbidade de psiquiátrica menor: homogeneidade e heterogeneidade de efeitos* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1995.
2. World Health Organization (WHO). *The world health report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*. Genebra: WHO; 2001.
3. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):443-453.
4. Dimenstein M. Subjetividade e práticas institucionais: a Reforma Psiquiátrica em foco. Brasil. *Rev Vivência-UFRN* 2007; 32(1):25-31.
5. Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Carvalho LB, Bosi MLM, Freire JC. A prática do psicólogo em Saúde Coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE). *Rev Psi C & P* 2009; 29(1):60-73.
7. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Diniz G. Mulher, trabalho e Saúde Mental. In: Codo W, organizador. *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 105-138.
9. Falcão DVS, Dias CMSB, organizadores. *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
10. Violência contra mulher. *Jornal Meio Norte* 2007; fev 27. p. 13.
11. Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. *Cien Cuid Saude* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2010 jan 18]; 7(3):376-384. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>
12. Cardoso AVM, Santos AM, Campos LE. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre transtorno mental e de comportamento em uma cidade de Minas Gerais. *Minas Gerais Rev Cogitare Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2010 jan 18]; 13(2):235-243. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>
13. Maciel ME. A equipe de Saúde da Família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. *Rev Cogitare Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2010 jan 18]; 13(3):453-456. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>
14. Vygotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
15. Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez; 2001.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE Cidades@ 2007* [site na Internet]. [acessado 2008 abr 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
18. Almeida FN. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 1997; 2(1/2):5-20.
19. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. *Psicol Cien Prof* 2007; 27(4):694-705.
20. Beavers WR, Hampson RB. *Familias exitosas: evaluación, tratamiento e intervencion*. Barcelona: Paidós; 1995.
21. Osorio LC. *Casais e famílias: uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Caderno de Atenção Básica, 8 – Série A).
23. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiology of women's psychiatric disorders. *Rev Psiquiatr Clin* 2006; 33(2):43-54.
24. Ribas M. Idade de mulher. In: Bakker Filho J, organizador. *É permitido colher flores? Reflexões sobre o envelhecer*. Curitiba: Champagnat; 2000. p. 201-212.
25. Debert GG. Envelhecimento e curso da vida. *Rev Est Fem* 1997; 5(1):120-128.
26. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2010 jan 20]; 25(9):2033-2042. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>
27. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):23-34.
28. Pretto Z, Langaro F, Santos GB. Psicologia clínica existencialista na Atenção Básica à Saúde: um relato de atuação. Brasil. *Rev Psi C & P* 2009; 29(2):394-405.
29. Vasconcelos MGF, Bessa MS, Guimarães JMX, Pinto AGA. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2010 jan 20]; 9(3):9-18. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br>
30. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. *Rev Saude Soc* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2010 jan 20]; 18(1):63-74. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>

Artigo apresentado em 02/04/2008

Aprovado em 09/10/2008

Versão final apresentada em 01/12/2008