**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Elen Lucena Quintanilha

# Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres

Rio de Janeiro

2013

Elen Lucena Quintanilha

# Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

Q7 Quintanilha, Elen Lucena.
Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres /Elen Lucena Quintanilha - 2014.
97 f.

Orientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Psicoterapia de grupo – Teses. 2. Cuidados primários de saúde – Teses. 3 Mulheres – Saúde mental - Teses. 4. Controle (Psicologia) - Teses. 5. Depressão mental - Teses. I. Fortes, Sandra. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 615.851

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Elen Lucena Quintanilha

**Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 25 de julho de 2013.

Orientadora: Prof.ª Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Mary Therezinha Alexandre Simen Rangel
Faculdade de Ciências Médicas- UERJ

_____

Prof.ª Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Tavares Cavalcanti
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2013

**DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às mulheres dos grupos Amigas e Reviver pela generosidade em dividir suas histórias de vida conosco e aos Agentes Comunitários de Saúde que tanto colaboraram, intermediando nossa relação com as mulheres.

## AGRADECIMENTOS

À minha família: minhas filhas Victoria e Isabela que compreenderam minha ausência, apoiaram meu trabalho e torceram muito para que tudo desse certo. Vocês são a razão pela qual eu busco evoluir sempre! Ao meu amor, Julio que nos momentos de maior estresse foi fonte de tranquilidade e equilíbrio.

Aos meus sobrinhos/filhos: Bernardo, Felipe, Fernanda (Naninha) e Marianne, que sempre dispostos me socorriam auxiliando nos problemas tecnológicos, formatações, traduções etc ou mesmo sendo fonte de divertimento e alegria quando as coisas ficavam difíceis. Muito obrigada queridos tenho muita sorte de ter sobrinhos que são grandes amigos pra toda vida!

Minhas amigas/irmãs: Lu, Editinha, Suellen, Marilene e Bia, que naquelas horas em que achei que não ia conseguir me apoiaram emocionalmente, suportaram meus resmungos sem fim e sempre tinham palavras de apoio e carinho me dando força pra tocar em frente. Amigas, vocês são meu suporte, saber que posso contar com vocês é um presente inestimável!

Aos queridos: Eurídice, que muito me ajudou com meu consultório tentando me dar alguma organização no meio do caos e da correria que minha vida se tornou neste último ano. Obrigada pela paciência, carinho e ombro amigo. Adriana e Marlene, pelas orações, Katrina pelo apoio, carinho e amizade. Eloá por toda colaboração, apoio e torcida! Bianca, pela paciência com que sempre me recebeu e me ajudou na elaboração e busca de documentos.

Professora Mary Rangel: Obrigada pela doçura, você que sempre nos recebe com um sorriso, uma palavra amiga e guloseimas. Dentre todos os ensinamentos que você nos passou, jamais esquecerei que gentileza e respeito para com os alunos é fundamental, e aprendi que para ensinar a melhor didática é a humildade e o amor à profissão. Tenha certeza que seus ensinamentos estarão sempre presentes em cada aula que eu ministrar.

Professora Leda, que tão solicitamente colaborou imensamente para este trabalho. Obrigada pelo carinho e tranquilidade com que me recebeu.

A minha orientadora professora Sandra Fortes: não há palavras para agradecer tudo que aprendi, foi uma longa jornada! Obrigada por aceitar orientar uma psicóloga que "assopra" pontuações e viaja na subjetividade.

A todos do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) muito obrigada pelo apoio!

Fernanda e Mariana da Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM) da Universidade do Esstado do Rio de Janeiro (UERJ), vocês foram anjos que tanto ajudaram no final desse caminho, tenham certeza que jamais esquecerei a boa vontade e a competência com que me recebiam na secretaria. Sem ajuda de vocês o caminho seria mais tortuoso. Minha eterna gratidão!

À Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo apoio financeiro.

## RESUMO

QUINTANILHA, Elen Lucena. **Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família**: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Em todo o mundo é alta a prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos, em especial no nível primário. Uma das estratégias terapêuticas é o atendimento em grupo que propicia bons resultados e cuidado adequado, incluindo melhor aproveitamento do tempo e maior abrangência no atendimento segundo experiências relatadas em diversos países.O objeto deste estudo é o discurso de mulheres com transtornos depressivos e ansiosos atendidas em grupo na atenção primária. O objetivo é conhecer representações e questões sobre o processo de adoecimento de mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) diagnosticadas com transtornos depressivos e ansiosos. Os grupos terapêuticos ocorreram em Postos de Saúde da Família, no município de Petrópolis, Rio de Janeiro, realizados pelos profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) e supervisionados por especialistas em saúde mental. A pesquisa se deu com base análise de material de observação de dois grupo em comunidades distintas. Foi utilizado o método qualitativo, com analise das falas que foram organizadas em categorias segundo o método análise de conteúdo. Resultados: Transtornos depressivos e ansiosos são retratados no discurso das mulheres nos grupos como um processo solitário, sem apoio, compreensão e ajuda de terceiros. São agravantes: dificuldades financeiras, falta de lazer, sobrecarga de obrigações e cobranças.O álcool é retratado como apaziguador do sofrimento e da solidão. Relatam relacionamentos insatisfatórios e ocupam posições de submissão, sentindo-se desempoderadas, sem ver saída para sua situação, perpetuando pensamentos e ações, retroalimentando o sofrimento emocional. Valorizam o grupo enquanto espaço terapeutico. A possibilidade de verem retratado nas colegas situações similares encoraja a ajuda mútua. Estes são aspectos que auxiliam na autopercepção e no empoderamento. A intervenção se mostrou aplicável na atenção primária, sendo factível a não especialistas de saúde mental.



Palavras-chave: Atenção primaria. Saúde mental. Terapia de grupo. Mulheres. Empoderamento.

## ABSTRACT

QUINTANILHA, Elen Lucena. **Mental health care through the Family Health Programme**: qualitative analysis under women's group therapy. 2013. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

All over the world, there is a high prevalence of depressive and anxiety disorders, especially in primary care. One of the therapeutically strategies is group support which allows good results and proper care, including better time management and wider range in support according to reported previous experiences in many different countries. The aim in this study is grounded on women's speech with depressive and anxiety disorders supported in primary care group. The goal is to understand their representations and issues about these women sickening process who are under supervision in Family Health Strategy (FHS) diagnosed with depressive and anxiety disorders. The therapeutic groups happened in the Family Health Unit placed in the city of Petropolis, Rio de Janeiro, carried out by FHP professionals, both doctors and nurses, and supervised by mental health specialists. The research is based on the observation material analysis provided by two groups from different communities. The qualitative method was used, analysing their speech which were organized in categories according to methodology for qualitative data analysis, usually called content analysis. Results: depressive and anxiety disorders are portrayed in these wome1s speech as a lonely process, with support, understanding and help from others. Financial difficulties, lack of leisure, overload in responsibilities are aggravating, Alcohol usage is felt as an instrument to ease their pain and loneliness. They say they are in unsatisfactory relationships and are in submissive positions as well, which make them feel powerless, perpetuating actions and thoughts, providing emotional pain feedback. They value the group as a therapeutical space. The chances of being portrayed in other subjects in similar positions provide mutual support. These are aspects which bear their self perception and in their empowerment. The method has proved to applicable in primary care, possible to non specialists in mental health.



Keywords: Primary care. Mental health. Group therapy. Women. Empowerment.

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **INTRODUÇÃO** ..... | 10 |
| 1 | **REVISÃO TEÓRICA** ..... | 13 |
| 1.1 | **Estratégia de Saúde da Família e relação médico-paciente** ..... | 13 |
| 1.2 | **Transtornos depressivos e ansiosos, a representação da "doença dos nervos" e somatização** ..... | 15 |
| 1.3 | **Estigmas, isolamento, questões socioeconômicas** ..... | 17 |
| 1.4 | **Rede de apoio social** ..... | 18 |
| 1.5 | **Gênero** ..... | 20 |
| 1.6 | **Empoderamento** ..... | 21 |
| 1.7 | **Grupos** ..... | 23 |
| 1.8 | **Abordagens terapêuticas por não especialistas** ..... | 24 |
| 1.9 | **O contexto da pesquisa** ..... | 28 |
| 1.10 | **Objetivo Geral** ..... | 29 |
| 2 | **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS** ..... | 31 |
| 3 | **MATERIAL E MÉTODOS** ..... | 32 |
| 3.1 | **Seleção dos grupos** ..... | 32 |
| 3.1.1 | Seleção das participantes ..... | 32 |
| 3.1.2 | A Intervenção ..... | 33 |
| 3.1.3 | Resumo dos tópicos abordados nas sessões ..... | 34 |
| 3.2 | **Metodologia empregada** ..... | 35 |
| 3.2.1 | Pesquisa qualitativa em saúde ..... | 35 |
| 3.2.2 | Categorização ..... | 37 |
| 4 | **RESULTADOS** ..... | 39 |
| 4.1 | **Processo de adoecimento** ..... | 40 |
| 4.1.1 | Estigmas e dúvidas sobre depressão e ansiedade ..... | 40 |
| 4.1.2 | Tristezas: depressão, apatia – Ansiedade: medos, "nervoso" ..... | 42 |
| 4.1.3 | Somatização: queixas físicas inexplicáveis ..... | 43 |
| 4.1.4 | Álcool/drogas ..... | 45 |
| 4.2 | **Relação consigo mesmo** ..... | 46 |
| 4.2.1 | Autocuidado - relação com atividades prazerosas, autoestima ..... | 46 |

4.2.2 Desempoderamento: vitimização, desqualificação e baixa autoestima ..... 47
4.2.3 Gênero: questões do feminino ..... 49
4.3 **Relação com o outro e com o meio social** ..... 51
4.3.1 Conflitos e problemas familiares/casal ..... 51
4.3.2 Manifestações e representações da violência doméstica ..... 53
4.3.3 Rede social de apoio ..... 54
4.3.4 Questões sociais de privação ..... 55
4.4 **Impacto do tratamento** ..... 57
5 **DISCUSSÃO** ..... 59
**CONCLUSÃO** ..... 62
**REFERÊNCIAS** ..... 64
**ANEXO A** - Tabela de informações complementares das mulheres que participaram da intervenção ..... 68
**ANEXO B** – Artigo ..... 69

## INTRODUÇÃO

Em todo o mundo é alta a prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos, nas unidades gerais de saúde (Araya et al., 1994, 2001; Campos, 1993; Canino et al., 1997; Garcia-Campayo et al., 1998, 2002; Garcia-Üstun; Sartorius, 1995; Goldberg; Huxley, 1992; Gureje, 1999; Kirmayer; Robbins, 1991; MaGPIe Research Group, 2001), em especial no nível primário.

Os primeiros estudos realizados nessa área no Brasil são da década de 80 e revelam prevalências em torno de 55% de transtornos depressivos e ansiosos nos pacientes atendidos em Centros de Saúde de São Paulo (Busnello et al., 1983; Iacoponi 1989; Mari, 1987). Nos anos 90 foi realizado outro grande estudo na cidade do Rio de Janeiro, no Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) / Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), como um dos centros do Estudo Multicêntrico (Psychological Problems in General Health Units/Organização Mundial de Saúde (OMS) realizado pela OMS (Üstun; Sartorius, 1995). Esse estudo avaliou 2792 pacientes, sendo 72,5% mulheres, 43,4% entre 51 e 65 anos, casadas, 78,9% com escolaridade até 8 anos. A dor foi a principal queixa para a consulta médica. Cerca de 56% dos pacientes foram positivos ao rastreamento pelo instrumento General Health Questionnaire 12 – GHQ12 (Goldberg; Willians, 1988) para transtornos mentais comuns, com pontuação elevada (5 ou mais). Ao exame pelo CIDI - Composite International Diagnostic Interview; World Health Organization (WHO; 1990), 38% dos pacientes apresentava pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os principais: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo e transtorno de somatização.

Em pesquisa mais recente, realizada em unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis foi demonstrado que 56% da demanda atendida pelo médico de família sofrem de transtornos depressivos e ansiosos, sendo que 33% do total eram pacientes com transtornos de intensidade mais grave. Ao avaliarmos o perfil nosológico desses pacientes, verifica-se que 40% são pacientes com transtornos ansiosos e 44% portadores de transtornos depressivos. Tais transtornos se manifestam principalmente nas formas de queixas físicas e estão associados a fatores psicossociais e eventos produtores de estresse (Fortes, 2008).

Segundo Fortes (2008), transtornos de ansiedade e depressão são frequentes em mulheres, especialmente de baixa renda e pouca escolaridade, comprometendo a vida pessoal, assim como de suas famílias e grupos sociais. É comum essas pacientes apresentarem queixas

de dores incessantes, cansaço extremo, falta de ar, pressão no peito, dores durante as relações sexuais, palpitação no coração, tremedeira, dificuldade em manter a atenção no que está fazendo e insônia, entre outras.

**Justificativa**

Depreender como essas mulheres descrevem os processos depressivos e ansiosos, o que elas acreditam ser a origem de seu sofrimento, as questões sociais que as cercam, como lidam socialmente com suas questões e como sentem que seus sintomas são vistos pode trazer para o atendimento mais um instrumento importante, onde a técnica seria aliada ao conhecimento empírico propiciando atendimento adequado a essas pacientes.

Uma das estratégias usadas em alguns países como, Brasil, Chile, Uganda, Inglaterra, entre outros, é o atendimento em grupo que propicia bons resultados e atendimento adequado às demandas, onde problemas similares são abordados. Além das questões práticas de melhor aproveitamento do tempo e maior abrangência no atendimento, o trabalho em grupo propicia diversos benefícios. Em comunidades, fortalece, ou mesmo estimula redes sociais, pois a oportunidade de troca de experiências enriquece o convívio. A interação do grupo juntamente com os profissionais de saúde, trabalhando em uma perspectiva linear, aproxima os pacientes tanto do serviço, como dos próprios profissionais, criando um vínculo benéfico para os atendimentos, humanizando rotinas de atendimentos que podem tender a uma burocratização na correria do dia a dia (OMS/WONCA, 2008)

Analisar uma técnica terapêutica que pode auxiliar na melhora da saúde dessas mulheres constitui um caminho para o tratamento de saúde mental. Uma vez que 80% da resolubilidade dos agravos devem estar na própria atenção primaria e a alternativa terapêutica tradicional é a medicamentosa, faz-se necessário novas opções (Fortes, 2008). Tal técnica pode ser realizada sem a necessidade de outro profissional especializado sendo, muitas vezes desnecessário o encaminhamento para terapia. Com a capacitação da equipe é possível desenvolver intervenções terapêuticas psicossociais na Atenção Primária. A possibilidade de acompanhar a evolução do tratamento dentro das comunidades faz das unidades de saúde da família um rico campo para pesquisa. A proximidade favorece a adesão ao tratamento, bem como a continuidade.

Assim, compreender tais quadros pode auxiliar o profissional de saúde a ter uma abordagem centrada na pessoa. Valorizar questões subjetivas, adequando o atendimento às

reais necessidades, pode trazer economia para o sistema de saúde. As unidades especializadas em saúde mental podem centrar seus recursos em casos de maior complexidade. A economia se dá também em medicações, exames e indicações para médicos especialistas, muitas vezes feitas por uma busca incessante de respostas corpóreas para o estado em que se encontra o paciente.

# 1 **REVISÃO TEÓRICA**

## 1.1 **Estratégia de Saúde da Família e relação médico-paciente**

O Programa de Saúde da Família está inserido nas comunidades, há uma "vizinhança" benéfica ao tratamento, facilitando aproximação dos pacientes com todo o serviço. Além da proximidade física os profissionais personificam a saúde dentro das comunidades. Esta estratégia leva o atendimento até as casas dos usuários, com atendimentos domiciliares. O acompanhamento regular das famílias reforça o clima de confiança e cumplicidade entre os usuários e a equipe, fato que é de extrema importância para o sucesso do trabalho dos PSFs nas comunidades.

A legitimação do serviço na comunidade se dá a partir da inserção na dinâmica social local. Tal cenário constitui-se um campo fértil para atendimento das questões relativas aos transtornos mentais comuns. Porém, "[...] essas práticas sofrem do vazio teórico e da falta de sistematização das experiências já realizadas" (Vasconcelos, 2001, p. 25).

A Atenção Primária tem como cerne a prática da integralidade, o foco no individual, porém inserido em um social. A partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a equipe partilha do dia a dia da comunidade, acompanha de perto as dificuldades, limitações e mesmo a cultura local. Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) - (Brasil, 2007, p. 75): "[...] a prática da integralidade só é possível mediante a presença das características únicas (atributos) da Atenção Primária à Saúde (APS): acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural".

É proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) do CONASS (Brasil, 2007, p. 78):

- abordagem holística do processo saúde-doença;
- integração interdisciplinar e intersetorial;
- forte relação médico-paciente (Método Clínico Centrado no Paciente) produtora de autonomia;
- uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas;
- ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças;
- diagnóstico precoce de agravos e doenças;
- atenção aos novos problemas de saúde;
- cuidado continuado dos problemas crônicos; e
- prevenção oportuna.

Como já mencionado, a resolubilidade dos agravos na Atenção Primária é de 80%. Assim, o sofrimento e o potencial incapacitante dos transtornos mentais comuns reforçam "a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo não medicamentosas, e a necessidade de se capacitar as equipes do PSF para a abordagem dos problemas psicossociais dessa clientela [...]" (Fortes, 2004, p. 26).

> [...] pode-se afirmar que a abordagem integral dos problemas mentais [...] implica no uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicos e psicossociais e que o cuidado de certas condições específicas pode exigir utilização de intervenções caracteristicamente desenhadas para as áreas de prevenção, tratamento e/ou reabilitação [...] o cuidado em saúde mental deve-se desenrolar por meio de rotinas apoiadas e articuladas com o trabalho de especialistas reforçando-se a necessidade de uma intervenção qualificada e qualificadora das equipes da APS, nos limites de sua responsabilidade assistencial (Ribeiro, 2007, p. 42).

É preciso valorizar como instrumento fundamental da consulta o discurso dessas pacientes. Discurso esse que sem escuta capacitada se perde durante o atendimento, desvalorizando tanto para a equipe, quanto para a própria paciente sua saúde mental.

A alternativa terapêutica é medicamentosa. Tal conduta pode ocasionar dependência além de reforçar a perspectiva biológica.

> Com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais... é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica [...] (Campus citado por Brasil, 2007, p. 76).

Um atendimento que valorize os fatos simbólicos do processo de saúde e doença é capaz de identificar a presença de "um estressor psicossocial temporalmente relacionável ao desencadeamento dos sintomas" (Ribeiro, 2007, p. 47), direcionando a consulta/ acompanhamento para além dos sintomas e efetivamente oferecendo um atendimento integral, indo de encontro à teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença (Brasil, 2007 p. 76).

## 1.2 **Transtornos depressivos e ansiosos, a representação da "doença dos nervos" e somatização**

Usualmente o sofrimento psíquico é nomeado pelo âmbito popular como "doença dos nervos". Essa nomeação foi incorporada também ao saber científico, porém com um esvaziamento de sentido (Duarte, 1988, p. 33). O imaginário social envolve uma teia mais ampla de simbologias, pois, "os nervos são pensados como um meio de experiências tanto físicas quanto morais" (Duarte, 1988 citado por Oliveira; Roazzi, 2007, p. 92). "[...] o campo de significação da "doença dos nervos" reflete a concepção de pessoa e expressa um modelo de pessoa físico-moral" (Duarte, 1988 citado por Oliveira; Roazzi, 2007, p. 93).

Essa definição traz em seu escopo um sentido de pertencimento. A pessoa sente-se integrante de um todo, onde seu sofrimento pode ser expresso e compreendido no meio social. A subjetividade se legitima como parte do físico, sendo apresentado objetivamente como um corpo que sofre. Uma vez que a sociedade hierarquicamente valoriza a experiência no corpo em detrimento do sofrimento psíquico, é na dor que muitas vezes se encontra a aceitação da biografia do seu sofrimento:

> Fundidos pessoa e mundo, o sofrimento é vivido enquanto realidade coletiva. Se as camadas populares da sociedade, baseadas na noção de pessoa, realizam um processo de individualização que não segue os rumos da interiorização, a experiência do sofrimento não pode ser nomeada a partir de uma história biográfica e de um esforço de subjetivação dos motivos envolvidos no evento do adoecer (Arôca, 2009, p. 30).

Entre o que é parte constituinte do ser humano e o que pode ser considerado uma patologia há atravessamentos. Nos momentos de intensa tristeza e/ou ansiedade há ainda a esperança de que o estado de desorganização emocional seja momentâneo e adaptativo (Bowlby, 1993).

> Enquanto houver intercâmbio **ativo** entre nós e o mundo exterior seja em pensamento ou ação, nossa experiência subjetiva não é de depressão: medo, raiva, satisfação, frustração, ou qualquer combinação delas, podem ser experimentadas. É quando o intercâmbio cessa que a depressão ocorre [...] (Bowlby, 1993, p. 258).

Fortes (2008) lista possíveis fatores associados a transtornos depressivos e ansiosos: fatores socioeconômicos (pobreza), gênero feminino, baixa escolaridade, não ter companheiro, insegurança, falta de esperança, instabilidade social e limitação de

oportunidades. Fortes ressalta ainda a possibilidade de causalidade reversa devido ao potencial incapacitante dos transtornos aqui estudados.

> [...] o comprometimento funcional acarretado pelos transtornos mentais, fazem com que muitas vezes seja impossível determinar se a pobreza causa o transtorno mental ou se o transtorno mental leva à pobreza. Essa constatação não invalida a hipótese de estarmos diante de um ciclo vicioso, onde pobreza (pela sua carga de impotência, desesperança, etc) alimenta o surgimento de transtornos mentais comuns, que, por sua vez, reduzem as possibilidades do indivíduo de sair da situação de pobreza, em um processo cruel que se realimenta continuamente (Fortes, 2008, p.24).

Ribeiro (2007, p. 34) elenca algumas formas de apresentação deste sofrimento psíquico que podem estar associadas a transtornos mentais comuns, à depressão e ansiedade:

> - Pacientes que buscam consultas com elevada frequência;
> - Pacientes com dor crônica – em especial dores "de cabeça", "no peito" ou "na coluna" – e mal explicada do ponto de vista orgânico;
> - Pacientes com queixas somáticas vagas, incluindo-se "falta de ar", "inchações", "tonturas", "desmaios" e "zumbidos" mal caracterizados;
> - Pacientes referindo insônia, fadiga ou queixas alimentares;
> - Paciente ou familiar com alto nível de absenteísmo e/ou freqüente pedidos de atestado para escola ou trabalho;
> - Paciente ou familiar com acidentes repetidos;
> - História de violência familiar;
> - Crianças em evidências clínicas de maus tratos e/ou que se mantêm desnutridas;
> - Possível uso disfuncional de substâncias psicoativas"
> (frequentemente não reconhecidos, ou mesmo negados, por pacientes e familiares).

Além das queixas apresentadas anteriormente podemos incluir também pacientes que conseguem falar de tristeza, medos, nervoso e outras de cunho subjetivo. Porém muitas vezes tais queixas não são valorizadas, ou mesmo não são ouvidas pelos profissionais de saúde.

O sofrimento e o potencial incapacitante dos transtornos mentais comuns reforçam "a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo não medicamentosas, e a necessidade de se capacitar as equipes do PSF para a abordagem dos problemas psicossociais dessa clientela" (Fortes, 2004, p. 26).

> [...] pode-se afirmar que a abordagem integral dos problemas mentais [...] implica no uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicos e psicossociais e que o cuidado de certas condições específicas pode exigir utilização de intervenções caracteristicamente desenhadas para as áreas de prevenção, tratamento e/ou reabilitação [...] o cuidado em saúde mental deve-se desenrolar por meio de rotinas apoiadas e articuladas com o trabalho de especialistas reforçando-se a necessidade de uma intervenção qualificada e qualificadora das equipes da APS, nos limites de sua responsabilidade assistencial (Ribeiro, 2007, p. 42).

A falta de capacitação, o preconceito, as próprias questões pessoais da equipe, a rotina do dia a dia nas unidades de PSF, situam esses pacientes como poliqueixosos, histéricos, pitiáticos (Fortes, 2004), entre outros. Porém, empiricamente vemos que outros termos populares também são usados como: paciente chata, mal amada, que não tem o que fazer em casa ou que "gosta" de chamar atenção da equipe, e ainda percebemos o reforço de crenças preconceituosas sobre saúde mental ou a afirmação categórica: a senhora não tem nada.

## 1.3 **Estigmas, isolamento, questões socioeconômicas**

A partir de um conjunto de padrões pré-concebidos são formadas normas de convívios e os indivíduos precisam se portar de acordo com elas. As expectativas sociais "ditam" o que é normal, tal processo é naturalizado e passa a ser uma lei tácita excluindo o que difere, o que é "anormal", que não se enquadra na norma.

No meio social o individuo é reconhecido como parte de um contexto e prejulgado a partir de expectativas que são assimiladas quase que imediatamente pelo próprio. A "identidade social" é um conjunto de elementos projetivos, uma construção simbólica que parte de alguns fatores: etnia, religião, gênero, condição socioeconômica, nacionalidade, naturalidade, grau de instrução, profissão, entre outros. "Baseando-nos nessas preconcepções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso" (Goffman, 2008, p. 12).

Assim, os "fora da norma" são estigmatizados, ou seja, possuem marcas que os diferenciam dos demais. Goffman (2008, p. 12) pontua:

> [...] deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada, diminuída. Tal característica é um estigma especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...].

A marca impressa em pessoas com transtornos mentais é perversa, no sentido que é considerada uma marca que transita entre a patologia e a escolha, a doença e o caráter. O rótulo do "louco" é impresso muitas vezes como uma questão de caráter, levando o estigmatizado a uma posição de incapaz em casos extremos, mas facilmente tachado como indigno de confiança (Duarte, 1988).

O indivíduo antes de ser socialmente estigmatizado tenta camuflar ou mesmo modificar o que o destacaria no meio social, buscando preservar sua imagem. Outrossim, não conseguindo preservar-se, o "desacreditado", mostra-se na sociedade como ineficaz e passa a ser "desacreditável" pelo meio. Uma vez nesta posição, mesmo sendo um rótulo negativo, o indivíduo passa a experienciar um sentimento de pertencimento, de identidade. Assim, "ele carrega um estigma, mas não parece impressionado ou arrependido por fazê-lo" (Goffman, 2008, p. 16).

O estigmatizado, ou seja, excluído pelo meio, visto como incapaz por conta de suas marcas que são prejulgadas como inferiorizantes, necessita de reorganização frente a quem é, e ao que a sociedade espera dele. Dentre os mecanismos adaptativos há a busca de tratamento para melhoria de suas "marcas sociais". Porém outros mecanismos também emergem, como: a percepção dos ganhos secundários e uma predisposição à vitimização. Tais mecanismos podem dificultar a busca de tratamento, bem como naturalizar o sofrimento como parte constitutiva do desacreditado/desacreditável.

> [...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente do que havíamos previsto (Goffman, 2008. p. 14).

## 1.4 **Rede de apoio social**

Diversos estudos descrevem a necessidade do fortalecimento ou mesmo da importância de redes de apoio social na saúde. Na rotina diária, com suas agruras, sentir-se amado e amparado pode ser considerado um fator protetor à saúde. Em situações de estresse o apoio social, através da interação, promove sensação de bem estar (Berkman, 1985; Cassel, 1976; Costa; Ludemir, 2005). Com efeito, minimiza as consequências de agentes estressores que muitas vezes não podem ser evitados, "pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos" (Valla, 2000, p. 41).

Em pesquisa realizada pela Universidade Federal de Pernambuco sobre a associação de transtorno mental comum e apoio social, realizada em 2005, com 483 pesquisados, obteve-se o seguinte resultado: pessoas com baixo apoio social apresentaram maior prevalência de

transtornos mentais comuns do que as com alto apoio social, sendo que as que têm baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter transtornos mentais comuns (Costa; Ludermir, 2005).

> O apoio social habilita o indivíduo a lidar com os eventos e condições estressoras funcionando, desta forma, como agente protetor contra os transtornos mentais comuns. Duas hipóteses tentam explicar a ação do apoio social: uma assinala um efeito de interatividade entre o apoio e os diferentes níveis de estresse em que o primeiro minimizaria o segundo (buffering hypothesis); outra (positiveeffects hypothesis) relata que relacionamentos provedores de apoio promovem bem-estar mesmo na ausência de estresse (Costa; Ludemir, 2005, p. 77).

Para a recuperação é importante o fortalecimento de suas relações interpessoais e sociais, o contato e a sensação de apoio dão suporte ao indivíduo no processo de busca de melhora. É importante que o paciente reelabore suas questões re-significando-as. As redes de apoio social são então fundamentais no processo de recuperação, "é preciso buscar dispositivos e abordagens que mobilizem a iniciativa e a vontade individual" (Vasconcelos, 2003, p. 27).

> Uma das formas fundamentais neste caminho é o apoio do que chamo de amigos (as) "irmãos (ãs)", ou seja, aqueles amigos com os quais podemos conversar e desabafar tudo, sem restrições, com regularidade ou nas horas mais difíceis trocando nossas experiências, emoções, dúvidas, sugestões (Vasconcelos, 2003, p. 27).

O conceito de "apoio social" parte da premissa de que as pessoas dêem suporte social e emocional de uma forma sistemática, e troquem informações e itens materiais (Guimarães; Valla, 2009, p. 5). Esta troca de experiências ajuda a elaborar melhor questões e vislumbrar possíveis soluções. O suporte mútuo é o desenvolvimento de tarefas e ações de cuidado e suporte concreto, a partir da ajuda mútua.

Por conseguinte, é preciso pensar em "[...] uma estratégia que possibilita outros usuários a ter contato entre si e aprender individual e coletivamente, com um grande potencial de uso nos grupos e dispositivos de cuidado de si, ajuda e suporte mútuos" (Vasconcelos, 2003, p. 33).

## 1.5 **Gênero**

O feminino e o masculino são categorias que nas ciências humanas são denominadas de gênero. O conceito de gênero é a "construção social do sexo anatômico, ou seja, é esperado que determinada pessoa haja de acordo com a norma, partindo do princípio que: homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência da anatomia de seus corpos" (Carrara et al., 2010, p.13).

> O conceito de gênero, como vimos, foi elaborado para evidenciar que o sexo anatômico não é o único elemento definidor das condutas da espécie humana. As culturas criam padrões associados aos corpos, que se distinguem por seu aparato genital e pela capacidade de gerar outros seres (isto é, pela reprodução humana). Observe como se entrelaçam o sexo, a sexualidade, e o gênero. Estas dimensões se cruzam, mas não decorrem uma da outra (Carrara et al., 2010, p.16).

Falar sobre mulheres incita uma discussão embasada em fatores culturais, históricos e sociais. As mudanças na sociedade foram drásticas para os gêneros. Da luta pelo mercado de trabalho à luta pelo sufrágio, do direito a uma formação acadêmica ao direito de ser ou de não ser mãe (Badinter, 2011), do surgimento da pílula anticoncepcional à separação da sexualidade da reprodução (Àran, 2006), até chegarmos à opção pela maternidade muito se caminhou. "Porém cabe lembrar que esses direitos não estão acessíveis a todas as mulheres. [...] As razões apontadas podem ser restrições financeiras, de acesso aos serviços de saúde, de subjugação ao companheiro" (Carrara et al., 2010, p. 30).

Muito do dito avanço nas questões de gênero passa também pelo crivo da raça, da classe social, do grau de instrução, orientação sexual. Tais posturas e expectativas foram introjetadas e assimiladas dentro da historia social e individual e estão arraigadas ao ponto de mecanicamente se recorrer a padrões demandados pelo grupo social, pela cultura. "Pequenos gestos despercebidos ou atitudes cotidianas reforçam desigualdades e hierarquia de gênero" (Carrara et al., 2010, p. 17).

Frente ao exposto, vale ressaltar que ainda se faz presente papéis culturalmente pré-concebidos, naturalizado por séculos de imposição. O progresso e a igualdade entre os sexos figuram ideologicamente distante de mulheres que ainda vivem relações onde o homem é o dominador e o provedor. A falta de autonomia financeira mostra-se como um dos importantes fatores impeditivos para a tal "liberdade feminina". "Em conjunto, elas ainda se encontram

em situação de vassalas. Disso decorre que a mulher se conhece e se escolhe, não tal como existe para si, mas tal qual o homem a define" (Beauvoir, 1979, p. 186).

> A dominação masculina é mais do que uma diferença de posição, de prestígio ou de poder que favorece os homens e subjuga as mulheres. Ela é uma forma simbólica de dominação que está inscrita no corpo e na consciência das pessoas como se fosse parte da ordem natural das coisas (Carrara et al., 2010, p. 35).

A dinâmica das relações entre os gêneros tem base no modelo de família patriarcal, onde são desempenhados papéis arcaicos difundidos no Brasil desde a colonização. Neste modelo o patriarca era o senhor de engenho que assumia a mesma postura opressora e centralizadora na fazenda, com os escravos, e em casa, com a família. Tal cenário ainda perdura no imaginário social, onde o homem é o provedor e detentor do poder e a mulher é a mãe reprodutora, a quem cabe a administração das tarefas do lar e a satisfação do marido (Muraro; Boff, 2010). Tais concepções são hoje somadas à expectativa social e a cobrança pessoal de ter também vida profissional, ressaltando que essa cobrança apenas se sobrepõem às cobranças arcaicas, sendo mais um item na sobrecarregada rotina feminina.

> A ordem patriarcal é sustentada pela sujeição das mulheres e realização do trabalho doméstico e à prestação de serviços sexuais aos homens. Nesse ordenamento, as mulheres são consideradas como objetos do poder masculino, seja no plano da satisfação sexual, na reprodução da força de trabalho ou, ainda, no provimento de herdeiros e novas reprodutoras (Saffioti citado por Carrara et al., 2010, p. 33).

## 1.6 **Empoderamento**

Em promoção de saúde, o empoderamento é um processo pelo qual a pessoa adquire controle sobre suas decisões e ações que afetam sua saúde. Seria "o aumento de poder e autonomia [...] nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social" (Vasconcelos, 2003, p. 27). Cada pessoa e grupos entram em contato com suas necessidades e preocupações, desenvolvendo habilidades pessoais, culturais, sociais e políticas para alcançar suas necessidades e estratégias de tomada de decisão. Se conscientizando dos objetivos de vida, em como alcançá-los e a relação entre seus esforços e resultados.

Desta forma, "[...] se torna crucial distinguir os direitos humanos como importante interpelação moral e política para efeitos do empowerment" (Vasconcelos, 2003, p. 66). A

noção de que todo o sujeito já dispõe dos dispositivos necessários e sabe como usá-los em prol de seus direitos, de suas escolhas e de seus caminhos despreza parte da estrutura social em que estamos imersos. Pois, há o atravessamento da cultura, das normas, dos preconceitos.

Partimos então do conceito de *empowerment*/empoderamento para analisar possíveis reações e formas de lidar com os problemas em grupo e individualmente.

> *Empowerment* é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (Carvalho, 2003, p.13).

Vasconcelos (2003, p. 68) questiona "como abordar o processo de tornar-se um indivíduo capaz de lutar pelos seus próprios objetivos pessoais e coletivos". Vivemos em uma sociedade normatizadora é preciso alcançar do micro para o macro para que possamos promover mudanças nesse espectro através do atendimento na atenção primária, que em maior escala atingiríamos uma mudança social. Sendo que "[...] mudança social deve ser sobre e para pessoas, e nos chama para fortalecer nossa contemplação de humanidade comum e das diferenças individuais. Sem isso a mudança social é árida" (Asch, 1986, p. 226).

O empoderamento pode se dar em vários níveis. Trabalharemos aqui com a noção de empoderamento comunitário e de empoderamento individual/psicológico.

O conceito de empoderamento comunitário descreve a possibilidade de cada indivíduo de determinado grupo ou instituição concentrar seus recursos e habilidades em esforços coletivos. No contexto da saúde, o empoderamento comunitário abrange buscar ações prioritárias de saúde e conhecer suas respectivas necessidades. Assim, através da participação da comunidade, é oferecido suporte social visando aumentar a influência e controle sobre os determinantes de saúde na comunidade (Vasconcelos, 2003).

Vasconcelos (2003) adapta termos originais em inglês que são conceitos-chave para entender as práticas de empoderamento para adequá-los às condições e estratégias no campo da saúde mental em nosso país. Visando a recuperação, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo e narrativas de vida.

> O processo inclui o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos de vida na medida em que a pessoa cresce e ultrapassa os efeitos catastróficos da crise mental. Inclui também reelaborar no nível pessoal e coletivo o estigma associado ao transtorno mental tão difuso na sociedade [...] (Vasconcelos, 2003, p. 26).

A recuperação é um conceito comum em patologias e reabilitação em geral, porém é hoje também usado como um dos caminhos para obter empoderamento. A recuperação se daria com a possibilidade de resignificação das experiências e dos objetivos pessoais e de vida, não necessariamente sendo sinônimo de cura, mas o manejo de sua condição.

## 1.7 **Grupos**

"Não existe ser humano que não possa ensinar algo, quando mais não seja pelo simples fato de ter certa experiência de vida" (Bleger, 1980, p.64).

Um grupo "é um conjunto de indivíduos que interagem entre si compartilhando de certas normas numa tarefa" (Bleger, 1980, p. 85). Em um grupo a aprendizagem não se dá somente na tradicional posição onde um ensina e outro aprende, mas também, ou, principalmente, se aprende em uma rica troca de experiências onde todos têm a oportunidade de aprender e de ensinar. "Não se trata só de transmitir informação, mas também de conseguir que seus integrantes incorporem e manipulem os instrumentos de indagação" (Bleger, 1980, p. 85). É preciso uma interação para existir o grupo, sem tal processo são apenas pessoas em um mesmo local, e não um grupo propriamente dito. Por isso, em grupo trabalhamos com complexidade progressiva, pois no decorrer dos encontros a interação vai fortalecendo os vínculos e propiciando sociabilidade sincrética.

No trabalho em grupo, um dos fenômenos observados é o aprendizado por intermédio do outro o que constitui uma rica fonte terapêutica. O paciente se vê "refletido" no outro trazendo de forma menos abstrata questões tão subjetivas. Assim a elaboração pode acontecer em níveis diferentes para cada um do grupo, sendo facilitada pela identificação, integração e cooperação grupal. O paciente presencia diversos modelos de conduta abrindo um espectro de opções que muitas vezes não havia sido cogitado. O processo cognitivo se dá então através de assimilações com riqueza de diversidade talvez não antes alcançada pelo padrão individual de comportamento. Questionando certezas através da aquisição de novos conhecimentos pode-se instigar o paciente para a mudança (Vasconcelos, 2003, p. 269).

> Os integrantes do grupo não só aprendem a pensar, como também que a abertura espiral permite que se aprenda a observar e escutar, a relacionar as próprias opiniões com as alheias, a admitir que outros pensem de modo diferente e a formular hipóteses em uma tarefa de equipe. [...] Não é preciso fazer nada para que se estabeleça o processo dialético do pensar, porque ele é espontâneo; porém, há muito

> que fazer para remover as barreiras e bloqueios que impedem seu funcionamento (Bleger, 1980, p. 77).

O grupo trabalha com a possibilidade de uma revisão do "esquema referencial" que é "o conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e atua" (Bleger, 1980, p. 78). Esquemas referenciais inflexíveis tolhem a autonomia da paciente. Questionar estruturas requer técnicas específicas e suporte para buscar melhor equilíbrio entre pensamento/vontade/comportamento. Tais questionamentos têm como objetivo a busca de uma plasticidade do esquema referencial, que pode ser constantemente atualizado e, melhor, questionado, evitando a estereotipia e a repetição. A aquisição de conhecimento aumenta a autonomia do sujeito. Uma vez conhecendo os processos e a si mesmo (maiêutica) torna-se possível o desenvolvimento de habilidades, gerando ferramentas, embasando o poder pessoal de exercer escolhas e a capacidade de autonomia (Zimerman, 2000).

Através de novos sentidos, há uma melhor adequação entre desejo e possibilidade. O trabalho é então o de levantar possibilidades, resgatar através do processo de aprendizagem a capacidade de sonhar e desejar, buscar os instrumentos pessoais para lidar com os obstáculos, clarificando que o conflito é sempre uma percepção do sujeito e nunca uma demanda exclusiva do ambiente (Zimerman, 2000, p. 21). Empoderando o sujeito frente à sua vida.

> Na totalidade social, as pessoas constroem seus códigos de identificação, suas identidades na relação com o outro por um processo dinâmico e mutável de construção do eu composto de elementos individuais ou psicológicos e sociais, que se expressam na medida em que há vivência de um sentimento de pertença e ao mesmo tempo de estranhamento, de diferenciação, do grupo que participa. Essa diferenciação torna o indivíduo autônomo, sujeito e ator social (Oliveira; Roazzi, 2007, p. 92).

## 1.8 **Abordagens terapêuticas por não especialistas**

A necesssidade de incorporar a saúde mental na atenção primária é clara, uma vez que os cuidados primários para a saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos e que os cuidados holísticos nunca serão atingidos até que a saúde mental venha a ser integrada nos cuidados primários (OMS/WONCA, 2008) é necessário pensar estratégias terapeuticas aplicáveis na atenção primária.

Crenças de que sofrimento psíquico/transtorno mental é para ser tratado apenas por especialistas inviabilizam abordagens adequadas nas consultas. Pensar possíveis técnicas, bem

como a incorporação da saúde mental na rotina diária da Estratégia de saúde da família aumenta o campo de possibilidades de tratamento adequado à saúde como um todo (Chiaverini et al., 2011).

As experiências de tal inserção em diversos países demonstram que a educação em saúde mental é uma ferramenta indispensável na atenção primária. Exemplos de ações neste âmbito no Chile, Reino Unido, Uganda, Brasil, entre outros, demonstram a possibilidade de técnicas adequadas à Atenção Primária para tratar de forma integral o paciente, sem desprestigiar o emocional frente ao todo.

> A formação em serviço é essencial para consolidar os conhecimentos dos profissionais de saúde e para fornecer informação básica quando eles não tenham tido contacto prévio com os cuidados de saúde mental. A formação em serviço é também importante porque todos os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, mudam quando nova investigação e novas práticas produzem novos conhecimentos e maneiras de tratar as perturbações. [...] Esta abordagem aumenta as capacidades dos profissionais de cuidados primários e constrói redes de saúde mental (OMS/WONCA, 2008, p. 72).

No Chile, a experiência da inclusão da saúde mental na pauta da ESF demonstrou não só a melhora do serviço como um todo, bem como melhoria da relação dos pacientes com o serviço, aumentando o grau de satisfação dos usuários de 79% para 86% entre 1996 e 2006. (Araya et al., 2003).

Em Uganda, a saúde mental foi incluida no pacote mínimo básico de cuidados de saúde, tal fato foi facilitador da inserção de políticas e estratégias de detecção, bem como do acompanhamento dos pacientes integralmente. Os resultados apontam para melhoria da acessibilidade e êxito dos programas de cuidados de saúde primários (OMS/WONCA, 2008, p. 207).

No Reino Unido os transtornos mentais “representam a maior fatia do peso da doença [...] a sensibilização do público e o seu conhecimento são geralmente insuficientes” (OMS/WONCA, 2008, p. 213). Assim como os demais exemplos, a experiência do Reino Unido também aponta para a melhora do acesso aos serviços de cuidado de saúde e a inclusão social. E,

> Contribui para assegurar que as pessoas com doenças mentais são tratadas, mas também que todos os doentes recebam serviçoes de promoção de saúde mental. A atenção a problemas que vão além das intervenções médicas – para incluir questões sociais, psicológicas, economicas e culturais – requer um envolvimento e uma interação intensivas com um certo número de serviços da comunidade, formais ou informais (OMS/WONCA, 2008, p. 206).

Diversos estudos apontam para a necessidade de educação permanente em saúde e transtornos mentais na atenção primária (Chiaverini et al., 2011; OMS/WONCA, 2008). A formação dos profissionais de saúde comumente apontam questões de saúde mental como sendo assunto para especialistas e assim tratando o assunto de forma genérica e sem o aprofundamento necessário. Porém na prática diária a demanda exacerbada dos pacientes com sofrimento psíquico requer técnicas apropriadas e a inclusão da saúde mental como parte da saúde como um todo (Chiaverini et al., 2011).

> Primeiramente, deve-se dissociar o conceito de saúde mental do conceito exclusivo de "doença" mental. É necessário apontar para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividade física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promovendo saúde e, consequentemente, a saúde mental (Chiaverini et al., 2011, p. 60).

Dentro da variedade de técnicas terapeuticas encontradas na literatura é necessário destacar que o acolhimento, a escuta e o suporte são ações terapêuticas pois, favorecem o estabelecimento de vínculo indispensável para o cuidado integral e, consequentemente para diferentes técnicas terapeuticas (Chiaverini et al., 2011).

Algumas técnicas terapêuticas aplicáveis por não especialistas:

a) A terapia comunitária (TC) é uma técnica grupal que objetiva a participação horizontal de todos os participantes, corresponsabilizando a todos no processo de busca de superação dos conflitos e estimular redes de apoio. O intercâmbio de narrativas de vida feito em um mesmo ambiente sociocultural favorece a linguagem apropriada e fortalece vínculos. A TC tem seus pilares na teoria sistêmica, teoria da comunicação, antropologia cultural, resiliência, pedagogia de Paulo Freire (Barreto, 2005).

> A terapia comunitária tem como objetivos:
> - reforçar a dinâmica interna de cada um, para que possa descobrir seus valores, suas potencialidades, de tornar-se mais autônomo e menos dependente;
> - reforçar a autoestima individual e coletiva;
> - valorizar o papel da família e da rede de relações;
> - valorizar as práticas culturais; suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, o sentimento de união;
> - identificar-se com seus valores culturais e tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do "saber popular" e "saber científico (Chiaverini et al., 2011, p. 73);

b) As práticas corporais integrativas prestigiam práticas orientais, utilizam relaxamento e foco na respiração e relaxamento. Pode ser utilizada também

como complemento a outras técnicas enriquecendo as possibilidades e estimulando a consciência corporal. É uma técnica de fácil aprendizado para os profissionais e com significativo ganho para o manejo/redução da ansiedade sendo uma alternativa ao uso de medicação (Chiaverini et al., 2011);

c) As técnicas cognitivo-comportamentais se apoiam no aqui e agora. São técnicas ativas, que trabalham com uma previsão de tempo e de abordagem estruturada. O pressuposto central da técnica é o de que concepções equivocadas de questões pessoais e sociais podem ser fonte de sofrimento. O conjunto de tais concepções é denominado de crenças. A partir dessas crenças o homem lê o meio em que vive e a sua existência nele. Concepções equivocadas formam os "esquemas" que são reavaliados em terapia, afim de que, distorções cognitivas sejam elucidadas para melhoria da qualidade de vida, aumento da autonomia e soluções alternativas frente a situações desencadeantes de sofrimento (Rangè, 1998);
d) Terapia de ativação busca reativar ou mesmo ativar novos padrões de comportamentos que gerem satisfazação e prazer. Questões de cuidado pessoal que fazem bem, o prazer, a satisfação, são despretigiadas e perdem a importância frente a dor e ao sofrimento emocional. Construir com o grupo "agendas positivas" individuais trazem a superfície comportamentos e atitudes esquecidas que colaboram para a melhoria da saúde bem como da qualidade de vida como um todo. Resgatar ou mesmo criar práticas positivas dentro da realidade de cada um constitui um incentivo a retomada de prazeres e de emoções positivas (Chiaverini et al., 2011);
e) A terapia de ativação faz parte do grupo de terapias cognitivas comportamentais. A Terapia de Resolução de Problemas (TRP) é uma técnica do grupo das terapias cognitivo-comportamental focada em resoluções de situação de estresse na vida diária, é de fácil aplicação e aprendizado, é breve e eficaz (Mynor-Wallis, 2000). Tais características do método corroboram para que esta técnica seja plenamente factível de ser trabalhada na Atenção Primária. A proximidade dos Postos de Saúde da Família com a comunidade (já citado anteriormente), com profissionais de dedicação exclusiva no serviço, propicia as condições técnicas necessárias para aplicação do método que muito beneficiaria os usuários do serviço e, consequentemente, a saúde pública.

Garcia-Campayo e Carrillo (2006, p. 13) elencam os objetivos da TRP:

> - ajudar os pacientes a identificar os problemas ou conflitos como causa de sofrimento psicológico;
> - auxilia-los a reconhecer seus próprios recursos para enfrentar suas dificuldades e aumentar sua sensação de controle sobre as circunstâncias negativas;
> - facilitar uma abordagem sistemática para superar seus problemas;
> - proporcionar um método para lidar com as dificuldades no futuro.

Assim, busca-se em primeiro lugar um conflito, ou seja, as situações diárias que demandam uma resposta para um efetivo funcionamento do sujeito no nível pessoal e social. É usual em quadros de depressão e ansiedade uma incongruência entre o que a pessoa considera possível ou desejado e o que acontece. É necessário então trabalhar com as crenças elucidando os instrumentos disponíveis em cada um para lidar com tais situações conflituosas. A diversidade de técnicas não excludentes oferece um rico caminho para tratamentos de saúde mental na atenção primária. São técnicas factíveis com treinamentos curtos e de fácil aprendizagem a não especialistas. A aplicabilidade se dá independente da capacidade intelectual ou do grau de instrução do grupo.

## 1.9 **O contexto da pesquisa**

Os grupos aqui pesquisados foram desenvolvidos em unidades do PSF do município de Petrópolis - RJ que tem cerca de 300.000 habitantes, distribuídos em áreas urbanas e rurais. A intervenção foi desenvolvida por profissionais da equipe de saúde da família (médicos e enfermeiros), supervisionados por profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos). Os grupos foram formados por mulheres previamente testadas e diagnosticadas com transtornos depressicos e ansiosos, geralmente transtorno de ansiedade generalizada e/ou depressão. As mulheres convivem com fatores psicossociais desfavoráveis tais como analfabetismo, pobreza, eventos de vida estressantes e fraca ou nenhuma rede de apoio.

O banco de dados é fruto da pesquisa “Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para Tratamento de Transtornos Mentais Comuns (síndromes depressivas e ansiosas) em unidades do Programa de Saúde da Família”, realizado pelo IMS (Instituto de Medicina Social/UERJ em parceria com a Universidade de Bristol (Reino Unido), a partir de uma intervenção desenvolvida no Chile e adaptada para a realidade brasileira. Contou com apoio dos autores no treinamento e capacitação dos profissionais do SUS que realizaram a intervenção.

Trabalhar com mulheres na Atenção Primária é um caminho que se deu por um feliz encontro de interesse pessoal com oportunidades de estágio desde a graduação. Após a graduação participei em pesquisa como observadora de dois grupos desenvolvidos na Atenção Primária com mulheres com transtornos depressivos e ansiosos, surgindo o interesse de pesquisar o discurso destas mulheres em uma técnica terapêutica desenvolvida na Atenção Primária. Para viabilizar tal interesse busquei o mestrado em Ciências Médicas.

Foi feita revisão teórica sobre os seguintes temas: Estratégia de Saúde da Família e relação médico-paciente, transtornos depressivos e ansiosos, a representação da "doença dos nervos" e somatização, empoderamento, rede de apoio social, estigmas, isolamento, questões socioeconômicas, gênero, grupos e metodologias de abordagens terapêuticas por não especialistas.

A apresentação da metodologia utilizada foi dividida em: campo de análise, apresentação das comunidades, perfil socioeconômico das mulheres e explanação sobre pesquisa qualitativa em saúde. Os resultados são apresentados em categorias a partir dos temas: processo de adoecimento, relação consigo mesmo, relação com o outro e com o meio social.

## 1.10 **Objetivo Geral**

Foi escolhido como objeto deste estudo as "mulheres com depressão e ansiedade atendidas em grupo na atenção primária em população de baixa renda".

O objetivo foi "estudar uma experiência de cuidado em saúde mental de mulheres com depressão e ansiedade atendidas em grupos terapêuticos na atenção primária".

Tal objetivo foi subdividido para melhor organização do material em:

a) Analisar o discurso de mulheres com transtornos depressivos e ansiosos na um na atenção primária;
b) Conhecer as representações e as formas de entendimento das mulheres com ansiedade e depressão atendidas na ESF sobre seu processo de adoecimento;
c) Estudar o processo terapêutico desenvolvido em uma intervenção psicossocial em grupo pelas equipes da ESF.

Valorizar o discurso dessas mulheres transforma o material em rica ferramenta para melhor compreensão biopsicossocial da experiência de sofrimento no contexto referido.

## 2 **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O estudo contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e aprovado pelo Comitê de Ética. Todas as pacientes assinaram termo de concentimento livre e esclarecido. Para registro das falas foi adotado codinomes historicamente representativos da figura feminina afim de preservar o anonimato destas.

# 3 **MATERIAL E MÉTODOS**

## 3.1 **Seleção dos grupos**

A pesquisa se deu com base em material de duas comunidades distintas. Partindo da regra da representatividade, dado a mescla das realidades sociais e individuais. Os grupos terapêuticos ocorreram em Postos de Saúde da Família, no município de Petrópolis, Rio de Janeiro. Foi selecionado dois dentre os 10 grupos, pela minha participação como uma das observadoras e por representarem duas realidades similares em alguns pontos, porém com singularidades significativas que estimulam discussão e comparação dos dados.

Os 10 grupos que participaram da pesquisa foram selecionados por escolha aleatória randomizada dentre as unidades da Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis. Estes grupos foram compostos de mulheres de, 18 a 60 anos, atendidas usualmente nos postos em áreas urbana. Foram aplicados testes específicos para diagnóstico de depressão e de transtorno de ansiedade generalizada. Através de um ensaio clínico randomizado, as mulheres que obtiveram resultados positivos para transtornos depressivos e/ou ansiosos, foram convidadas para participar dos grupos terapêuticos com os profissionais de saúde da família (médico e enfermeiro) ou a seguirem com o tratamento usual. Tais profissionais foram supervisionados por equipe de saúde mental.

### 3.1.1 Seleção das participantes

Para a pesquisa Postos de Saúde da Família foram selecionados previamente ereceberam uma vasta equipe composta por estagiários em grande maioria de psicologia e também de psiquiatria. Durante 45 (entre 30 e 60 dias) dias todas as pacientes ali atendidas (de 18 a 70 anos) e que aceitaram livremente participar da pesquisa, foram submetidas a testagem para rastreamento de transtornos mentais comuns.

Os instrumentos utilizados foram: GHQ12: *General Health Questionnaire*, O MINI (entrevista diagnóstica padronizada breve) e aferição de variáveis sociodemográficas e

econômicas, autoestima e qualidade de vida. As pacientes positivas foram reavaliadas em duas semanas para exclusão de possíveis variáveis.

Pacientes positivas após essas duas avaliações pelo GHQ12 e que não foram excluídas pelos critérios abaixo descritos e que foram diagnosticadas pelo MINI foram consideradas elegíveis para a intervenção e foram avaliadas no momento inicial pelos instrumentos: BECK para ansiedade e depressão, WHOQOL, e aferição de consumo de serviços em saúde. Assim assinando o termo de consentimento integraram a amostra da pesquisa.

### 3.1.2 A Intervenção

O atendimento se deu nos moldes semiestruturado seguindo a linha do atendimento prestado nas unidades de primária no Chile (Santiago) (Araya, 2003).

As sessões foram realizadas em semanas de 1 a 7 semanalmente com duas sessões de reforço com intervalo de 15 dias (semanas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 11), sendo a duração de cada sessão cerca de 75-90 minutos, variando de acordo com o tamanho do grupo. Levando em conta a baixa escolaridade, foram incluídas tarefas para casa não tradicionais, dentro de um modelo cognitivo-comportamental. Para tanto, foi utilizado recursos alternativos (com desenhos, colagens, momentos de reflexão, diários) para melhor adequar o método à população atendida.

A avaliação inicial feita pelo médico de família se deu com base na avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos, revisão da história prévia de tratamento e prescrição de antidepressivo, incluindo elementos educativos visando favorecer uma maior adesão ao tratamento.

O tratamento farmacológico envolveu o uso de fluoxetina, antidepressivos tricíclicos, clonazepan e diazepam. Os médicos responsáveis receberam um treinamento de 20 horas para realização desse tratamento de forma adequada.

Os grupos terapêuticos foram realizados durante o período de atendimento e nas proximidades das unidades dos PSFs: Grupo Reviver em um salão na igreja local, Grupo Amigas em uma sala de aula na escola ao lado do posto. Sendo realizados pelos profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) e supervisionados por profissionais de saúde mentais, treinados pela equipe de profissionais que realizou a pesquisa em Santiago.

Os profissionais foram treinados para a realização dos grupos com a base em educação para saúde, em modelo de trabalho psicossocial, utilizando a técnica de terapia de resolução de problemas e cognitivo-comportamental.

### 3.1.3 Resumo dos tópicos abordados nas sessões

**Sessão 1 e 2**: introdução dos membros do grupo e coordenadores, regras e estrutura do grupo; sintomas e causas da depressão, ansiedade e dos sintomas somáticos inexplicáveis, opções de tratamento e recursos da comunidade. Introdução ao registro de atividades positivas:

As duas primeiras sessões são de base psicoeducativa, onde foi trabalhado conceitos de saúde mental: elucidando sintomas e causas de transtornos depressivos e ansiosos, possibilidades e opções de tratamento e introdução ao registro de atividades positivas. Estas sessões apresentam e buscam estabelecimento da confiança e do vínculo do grupo entre as mulheres, bem como com os profissionais. É estabelecido ainda na primeira sessão as regras e a estrutura de trabalho a ser realizado.

**Sessão 3 e 4**: Introdução a necessidade de ativação. Inicio das atividades de relaxamento. É iniciado o uso de técnicas de relaxamento grupal. Tais sessões tem como foco a ativação e o reforço de atividades prazerosas. É identificado comportamentos para elucidar a interação pensamento/comportamento realçando a importância de manter-se ativo. Nestas sessões há exercícios estimulando as pacientes a pensarem sobre seu prazer e atividades de lazer. É propiciado espaço para discussão focando no que existe e no que é possível passar a existir. Estimula-se a autoreflexão e a necessidade de ação para busca de atividades que gere bem estar.

**Sessão 5 e 6**: Revisão do esquema de atividades e introdução a técnica resolução de problemas. Revisão do esquema de atividades e resolução de problemas Aplicações da técnica de resolução de problemas (problemas interpessoais, problemas ocupacionais, problemas financeiros). Manutenção das atividades de relaxamento.

Foi trabalhada a forma de enfrentar problemas que as afetam, foi introduzida a técnica de resolução de problemas focando em problemas interpessoais, problemas ocupacionais, problemas financeiros. Foi trabalhada a individualidade e a capacidade de pensar, analisar

para elaborar possibilidades de solucionar problemas. Manutenção das atividades de relaxamento.

**Sessão 7**: Superação de pensamentos negativos e relaxamento.

A sexta sessão o foco é nos pensamentos, clarificando que influenciam e afetam atos e sentimentos. Na sétima sessão é estimulada a observação da forma como se pensa para romper um circulo vicioso negativo de pensamentos/atos/sentimentos reforça a necessidade de lutar para desenvolver capacidades de enfrentamento ao negativismo/pessimismo, reduzindo o efeito destes no humor e no ânimo diário. Encerramento com exercícios de relaxamento.

**Sessão 8**: Revisão do esquema de atividades e dever de casa (terapia cognitiva). Introdução ao planejamento de prevenção de recaídas.

Planejamento de prevenção de recaídas embasado nas atividades e questões trabalhadas nas sessões anteriores. Na elaboração de tarefas em grupo e dever de casa, com base na técnica cognitiva-comportamental, é reforçada a possibilidade de lidar com pensamentos negativos a fim de perceber sintomas e evitar recaídas que afetem profundamente a qualidade de vida, buscando previamente recursos individuais adquiridos com o trabalho ou mesmo pedindo ajuda. É reforçado positivamente os avanços, estimulando a superação de pensamentos negativos.

**Sessão 9**: Encerramento.

Encerramento, reforçando a importância do uso das formas de enfrentamento e das técnicas para lidar com o sofrimento psíquico.

## 3.2 **Metodologia empregada**

### 3.2.1 Pesquisa qualitativa em saúde

A utilização de uma metodologia de análise qualitativa aponta para a busca de métodos mais adequados ao entendimento de "zonas de sentido" que passam despercebidas quando se adotam abordagens tradicionais de pesquisa. "A zona de sentido é conceituada como um espaço de inteligibilidade, e representa uma unidade básica interpretativa demarcada pelo agrupamento de conteúdos subjetivos" (Marques, 2009, p. 96).

> Para se proceder à amostragem, é necessário ser possível descobrir a distribuição dos caracteres dos elementos da amostra. Um universo heterogêneo requer uma amostra maior do que um universo homogêneo. A costureira, para que possa fazer ideia de uma peça de tecido com flores, tem necessidade de uma amostra maior desse tecido, do que aquela que seria necessária para ter ideia de um tecido liso (Marques, 2009, p. 97).

E mais, não é apenas o contexto verbal que diz algo, também diz: o tom da voz, os gestos, o olhar e vários outros símbolos. Assim todo dizer é "ideologicamente marcado" fala-se de um lugar, a partir de crenças, culturas, de uma história. O que é trabalhado é o sentido e não o conteúdo lingüístico cruamente (Minayo, 2000).

Tal teia de representações é possível alcançar através da metodologia qualitativa e é enriquecida pela convivência grupal, em sessões de complexidade progressiva, aonde a confiança e a afinidade vão progredindo ao longo dos encontros. Partindo da abordagem em grupo, em um modelo de trabalho psicossocial.

Uma vez definido a análise qualitativa dos grupos, optamos pelo método de análise de conteúdo, também descrito como um conjunto de técnicas de análises das comunicações. Análise de conteúdo é, segundo Baldwin citado por Bardin (1977, p. 18), "uma técnica que oferece uma avaliação e uma análise que terão a virtude da objetividade e revelarão também os aspectos do material que poderiam ter escapado ao exame minucioso clínico" que visa a tarefa de "classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem na confusão inicial" (Baldwin citado por Bardin, 1977, p. 37).

> Atualmente, e de um modo geral, designa-se sob o termo de análise de conteúdo: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos ás condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Baldwin citado por Bardin, 1977, p. 42).

Os textos oriundos das observações dos grupos terapêuticos serão então quantificados e categorizados para melhor ordenação e compreensão dos conteúdos. Tal método não se limita a análise dos significantes (léxica), mas também permite a análise dos significados (temática), porém é necessário fragmentar tais comunicações para que a análise seja válida. Segundo Bardin (1977, p. 36), as regras devem ser: "homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas".

> A leitura efetuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura "a letra", mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de significados (manipulados), outros "significados" de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc. (Bardin, 1977, p. 41).

A partir de uma leitura flutuante para previamente designar categorias. Baseou-se no *corpus de* arquivo pré-selecionados para analisar em um segundo momento, o *corpus* empírico. "Corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos" (Bardin, 1977, p. 96).

Durante o desenvolvimento do trabalho com realidades individuais e sociais diferentes, ainda que tão próximas. Assim, buscamos interrogar os sentidos contidos nas diversas formas de manifestações. Para objetivar e organizar o trabalho a fim de adequá-lo ao rigor científico, foi necessário estabelecer uma organização metodológica e as falas foram categorizadas no sistema de "caixas". Como nos conjuntos matemáticos que aprendemos na infância, juntamos os elementos "iguais".

> [...] segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (Bardin, 1977, p. 103).

Durante o trabalho foi percebido que algumas subcategorias não se adequaram ao critério de exclusividade. Dado a subjetividade das categorias aqui estudadas foi percebido que algumas se sobrepõem. Ao trabalhar com questões tão singulares, mesmo com exceções, a análise de conteúdo ainda se mostrou o método mais adequado, para organizar o vasto material, retratando iniciativa de cunho terapêutico em saúde mental desenvolvido por não especialistas.

### 3.2.2 Categorização

"A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características do conteúdo" (Holsti citado por Bardin, 1977, p. 104).

A partir da afirmação de Bardin (1977, p. 109), “a importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de sua aparição”, optou-se por utilizar o critério da frequência para a categorização dos dados. A subcategoria “somatização” e “violência doméstica” não foram selecionadas pelo critério da frequência de aparição, mas sim pela relevância do tema no processo de adoecimento.

As categorias passaram pelo processo de reagrupamento progressivo a fim de alcançar as qualidades necessárias às “boas categorias: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade” (Bardin, 1977, p. 120), sendo que na análise de conteúdo o recorte é sempre semântico, ou seja, buscando o significado em relação às características do material e aos objetivos da análise.

Categorizar as falas das mulheres segundo as normas foi um trabalho árduo e de difícil conclusão. A cada olhar, a cada questionamento as categorias eram redesenhadas como tintas de variadas cores em um recipiente de água.

# 4 **RESULTADOS**

Os grupos se deram em duas comunidades distintas. O grupo Amigas foi em uma comunidade fundada para acolher desabrigados de enchentes. Local onde as casas são próximas umas das outras, algumas chegam a dividir paredes. Há pouca privacidade, muito barulho, diversas casas encontravam-se em péssimas condições, algumas não possuiam água encanada e luz elétrica.

A comunidade do grupo Reviver é em um bairro tranquilo, arborizado, com belos jardins em várias casas. Muitos se conhecem e convivem há décadas. O clima de vizinhança permeia o local.

Quanto à faixa etária, o grupo Amigas apresentaram predominância de mulheres entre 19 e 30 anos, enquanto o grupo Reviver a faixa foi igualmente dividida entre 31-40 anos e 51-60. Entre as Amigas encontrou-se predominância de mulheres desempregadas, já no grupo Reviver a maioria dos dados estavam distribuidos entre desempregadas e diaristas. Sobre a escolaridade nos dois os dados foram similares, distribuidos em cursado até o 3º ano e até o 6º ano. Ambos os grupos apresentaram fraca rede de apoio social, sendo que o Reviver predominou o dado de não ter nenhum parente com quem pode contar e no Amigas apenas duas mulheres informaram poder contar com três parentes, sendo as demais com predominância em nenhum parente. Quanto a amigos os dados também apresentaram similar realidade, onde menos de um terço dos grupos pode contar com mais de três amigos,sendo que o grupo reviver mais da metade das mulheres ou não tem nenum amigo ou tem apenas um. Acerca dos diagnósticos os dados de ambos os grupos apresentaram semelhante distribuiçãode diagnósticos de transtornos depressivos e ansiosos, porém com alta comorbidade.

## 4.1 **Processo de adoecimento**

### 4.1.1 Estigmas e dúvidas sobre depressão e ansiedade

Na análise das falas os principais estigmas revelados em relação a depressão e ansiedade foram: loucura, morte, doença de rico, preguiça, falta do que fazer e o adoecimento como uma "escolha" para obter ganhos secundários.

Amigas:

> Meu marido falou que eu estou maluca, eu disse que se estou eu me trato, pior é maluco que não se cuida. (Quitéria - 4ª sessão)
>
> Eu nem ligo, porque nós estamos malucas, mas estamos melhorando. (Joana – 4ª sessão)

As mulheres do grupo Amigas ressaltaram o estigma e a relação entre depressão/ansiedade e loucura. É importante sinalizar que a maioria não demonstrou reação negativa sobre tal rótulo, elas riam sobre e assumiam uma possível loucura, o que causou estranheza na médica e na enfermeira que tentou sinalizar para o grupo, mas não obteve resposta.

> Vocês estão deixando chamar vocês de maluca e não é isso. (Médica – 4ª sessão)
>
> Coisa de gente bacana. Me estressei com meu chefe. Ele disse que é coisa de gente rica. Só rico que pode ficar doente??? (fala indignada) (Joana – 2 ªsessão)
>
> Eu ouvi falar que depressão é coisa de quem não tem emprego. (Virgínia–2ª sessão).
>
> Desculpa de preguiçoso. (Frida – 2ª sessão)

A fala de Isabel retrata bem a posição social que essas mulheres ocupam na sociedade: ou é dito que elas "não têm nada" ou é preciso uma internação. Transitam entre a "frescura" e a "loucura", sendo sempre um rótulo negativo e crítico que reforça lugar de incapaz.

Reviver:

> Muitos acham que é loucura. Mesmo que seja brincadeira eu não gosto! (com a expressão fechada). (Ingrid – 2ª sessão).

> O que você ouviu?. (Médica – 2ª sessão)
>
> [...] que iam me internar no Santa Mônica. (clínica psiquiátrica local) (nervosa) (Isabel – 2ª sessão).
>
> Eu já pensei até em morrer de tanta tristeza" (Margareth – 1ª sessão).
>
> Eu não tenho vontade de morrer não, tenho vontade é de sumir. (Indira – 2ª sessão)
>
> Falei com ela (chefe) o que eu passei [...] eu sei o que sinto, vou trocar de emprego porque não vou ficar onde não acreditam no que sinto. (Tarsila – 5ª sessão).
>
> É necessário mesmo a medicação? Se não tem como eu me curar sem medicação? Porque a medicação em casa dá problema, eles são contra. (Penha –2ª sessão)

Observa-se nas falas que o adoecimento é visto pelo meio em que vivem como uma escolha para obter ganhos ou para se esquivar do trabalho. Tal visão as coloca na posição de mulheres que optam por "ser" doentes ao invés de serem produtivas o que é visto como um "luxo" que não cabe na condição econômica em que elas se encontram.

A dificuldade de compreensão social do que as mulheres passam é constante nos relatos, elas sofrem com o sentimento de que não são compreendidas. Ainda perdura no imaginário social a ideia de ser uma "doença de rico" ou de "preguiçoso", o que, muitas vezes dificulta a procura de um atendimento apropriado.

### 4.1.2 Tristezas: depressão, apatia – Ansiedade: medos, "nervoso"

Sobre tristezas os pontos sinalizados foram: vontade de morrer, ausência de prazer, cansaço constante, dificuldade em realizar as tarefas diárias e negatividade. Também foi muito citado a solidão, o isolamento. As falas confirmam a causalidade reversa, pois, por vezes a solidão é pontuada como causa de tristeza/depressão, e em outros momentos e citada como resultado, uma vez que por estarem tristes optam por ficarem sozinhas.

Amigas:

A médica pergunta o que sentem e como sentem:

> Falta prazer de fazer as coisas [...] estou sempre cansada. ( Susan – 1ª sessão)

> Eu não conversava com ninguém, me trancava em casa, porque me dava raiva falar com os outros. (Amélia – 1ª sessão)
>
> Eu fazia as coisas só para os meus filhos não passarem fome, porque eu não tinha prazer em mais nada. (Susan –1ª sessão)

A fala de Susan demonstra ainda a dificuldade no desempenho das funções maternas quando se está em sofrimento. Um filho requer vários cuidados para além da alimentação, seja no plano prático, em atitudes objetivas, seja no plano emocional em atitudes afetivas. Na ausência de tratamento adequado, falta de compreensão e parceria na divisão de tarefas a relação mãe/filho fica comprometida, reduzindo a função ao cuidado mecânico de necessidades de subsistência.

Reviver:

> [...] O que eu passei não quero para ninguém, agora não quero mais* com muita ajuda da Médica e do Enfermeiro. (voz embargada, emocionada) *morrer. (Dulce – 1ª sessão)
>
> Eu me isolo, fico isolada. (Isabel – 2ª sessão)
>
> [...] eu faço o necessário, as coisas que não são necessárias vou deixando. [...] Às vezes acontece o contrário, acordo negativa, mas consigo fazer alguma coisa. [...] Mas por dentro tô mal. (Pagu – 2ª sessão)

A ansiedade é retratada nas falas sobre forma de queixas de medos em geral e, especificamente, em aglomerações. Pontuam ainda: preocupação exacerbada, verificação repetitiva, nervosismo, irritabilidade, dificuldade de concentração e/ou memorização e dificuldade em dormir. Falam de manifestações corpóreas como resultado do nervosismo/ansiedade e de pensamentos ruminantes.

Amigas:

> [...] pode ta todo mundo em casa, eu to dormindo, acordo três a quatro vezes para ver se ta todo mundo ali, ver se ta todo mundo respirando [...]. (Joana – 1ª sessão)
>
> Eu estou aqui, mas eu estou nervosa, a mão está suando, estou suando frio, com a cabeça pesada, estou nervosa, [...], quando eu sair daqui já não lembro de mais nada. (Amélia – 1ª sessão)

A lista de medos é grande, e a resposta é quase que imediata para a maioria das "Amigas". O medo, companheiro constante da ansiedade, fica na superfície, no dia a dia, não é preciso esforço para nomeá-los eles se manifestam espontaneamente.

> Eu tenho medo de ficar na cama e depender dos outros. (Indira – 2ª sessão)
>
> Eu tenho medo de morrer. (Simone – 2ª sessão)
>
> Eu tenho medo, porque se eu estou no meio de muita gente me dá muito medo, mas eu trabalho com o público, então não tem jeito, estou aprendendo a me controlar. (Joana – 2ª sessão)

A falta de autonomia e dificuldades financeiras presentes no dia a dia dessas mulheres a fazem viver uma dependência que por vezes é escamoteada, refletindo no medo da total dependência, cronificando e aprofundando o que já vivem.

Reviver:

> Rolo na cama, acordo e aí não consigo mais dormir. (Edith – 1ª sessão)
>
> Mas tem horas que a cabeça fica assim muito confusa, por exemplo: se eu estou devendo 10 Reais para ela aquilo não sai da minha cabeça, eu não queria ser assim, eu já fui em neurologista e ele já falou que o meu problema é que eu boto muita coisa na cabeça. (Isabel – 6ª sessão)

Há também no Reviver consenso sobre medo de doenças e de ficar dependente. Mas (medos) não chega a ser uma questão muito trabalhada por elas.

### 4.1.3 Somatização: queixas físicas inexplicáveis

Os sintomas físicos são as expressões aceitas de sofrimento, sofrer por dor física é justificável e aceitável pelo meio social. Assim a dor emocional, o sofrimento psíquico, é relatado através do corpo, queixa essa que encontra, em um primeiro momento escuta e acolhimento, porém em um segundo momento as queixas são colocadas em descrédito. Trabalhar possíveis questões emocionais no contexto da dor é um importante passo para a melhoria do quadro de sofrimento, qual seja a forma de apresentação deste. Na fala das mulheres as respostas ao “o que sentem quando estão tristes/ansiosos” encontra respostas curiosas que vão desde dor na perna a dores musculares, de estômago e o conhecido “nó na garganta”.

Amigas:

> Que nem eu, eu vivia na Drª com aquela dor (mão no ombro) aí quando eu comecei a tomar o remédio* eu melhorei, parecia que eu estava carregando um saco de cimento. *antidepressivo (Joana – 1ª sessão)
> Ah, eu fico triste né. Dá um nó na garganta. (Indira – 2ª sessão).
>
> Um nó da garganta. Desce e dá dor no estômago". [...] o meu marido não me dá atenção, não escuta. Tá surdo, me sinto mal, quero falar não tá nem aí. Me ignora. (Susan – 5ª sessão)

Reviver:

Ao serem questionadas sobre o que sentem quando estão tristes:

> Dor na perna. (Isabel –4ª sessão)
>
> Eu sinto falta de ar. (quando nervosa) (Elis – 7ª sessão)

A equipe reflete com o grupo sobre queixas físicas e o contexto emocional. Tal compreensão colabora com o entendimento da necessidade de tratamento para além dos sintomas físicos que se apresentam. Valorizar a saúde como um todo é primordial para adesão ao tratamento de saúde mental e para o empoderamento das mulheres frente ao seu quadro, e, propicia espaço para remarcar/re-significar a experiência da dor e do sofrimento.

> Vamos ter determinados condicionamentos determinados pelas emoções [...] está tudo interligado, uma coisa influencia a outra, (desenhando círculos com emoções escritas) isso aqui ta tudo influenciando a gente, de algum modo vai influenciar [...] gerando sintomas físicos. (Médica –1ª sessão)
>
> Esse mecanismo quer mostrar como os problemas influenciam os sintomas. Isso não tem causa física [...]. (Enfermeiro – 1ª sessão).

Após explanação Tarsila elabora com o grupo e contribui:

> Bom, pensamentos, se a gente colocar na cabeça que ta nervoso [...] os pensamentos é que põe doença na gente, eu sei porque já tive várias depressões. Sistema nervoso é a pior doença que tem. Por isso que as minhas amigas que tiverem me ouvindo e eu sei que tão tem que ter pensamento bom. [...] Se você colocar na cabeça que está doente vai sentir dor!(Tarsila – 1ª sessão)

4.1.4 Álcool/drogas

Optou-se por categorizar álcool/drogas dentro do processo de adoecimento. Analisamos a temática em dois tópicos: "as mulheres e o álcool" e "a família e o álcool".

As falas apontam para o fato de o álcool perpassar vários problemas, elas questionam a imagem que ficam frente aos filhos, porém falam em tom bem humorado da diversão e da convivência ao redor do álcool que é valorizado como uma companhia para tentar driblar a solidão.

Tais questões se constituem como um grave problema de saúde pública: o aumento considerável do abuso de drogas entre as mulheres. O abuso de álcool se entrelaça com falta de apoio, relacionamentos conflituosos, fragilidade financeira, falta de opções de lazer e transtornos mentais.

Amigas:

> Eu tenho que falar o meu problema é abandono [...] aí me dá vontade de 'encher a cara' aí eu entro no vinho, na cachaça [...] eu fico com o comportamento péssimo diante dos meus filhos. Abandono falta de carinho. Vou para o bar e encho a cara. To abandonada. Não to praticando. (sexo) [...] Eu desanimava, pegava um copo de cachaça e bebia. (Indira – 3ª sessão)

> Ela acha que a bebida resolve o problema. Mas não muda. Ele tá no mesmo lugar. O problema dela é igual ao meu, a gente bebe, bebe, e no dia seguinte ele não vem, eu tenho cinco filhos dentro de casa, se eu passo mal eu grito e não aparece ninguém, só o de 10 anos escuta. O resto some. (Joana falando sobre Indira – 3ª sessão)

Observa-se nas falas das mulheres como o álcool é constante no dia a dia. Fala-se dele como uma companhia, como diversão, lazer, como alternativa para escamotear a solidão, mas principalmente a falta de rede de apoio social.

> Você também bebia comigo e ainda levava o leite moça. (rindo) (Joana– Leila 4ª sessão)

> Eu quando estava ansiosa eu fumava dois maços* de cigarro e três cervejas.*em uma noite. ( Quitéria – 4ª sessão)

> Eu "esquecia" né o horário do remédio e tomava umas 'calcinha de nylon' aí começo a pular, dançar, chamo as crianças. (Indira – 4ª sessão)

Além dos agravos do consumo e de possível dependência, a grande preocupação é o papel que o álcool e o cigarro têm na vida dessas mulheres. Elas recorrem ao uso por estarem sós, por não terem opções de lazer e, pela baixa autoestima. O papel socializador que o álcool

ocupa no grupo “Amigas” entrelaça o lazer com a bebida, associando álcool e diversão. A partir de então bebe-se porque está alegre, triste, ansiosa, sozinha, sem apoio... Há ainda há um papel de socialização quando, elas se unem em torno do álcool.

Dentre todas as diferenças e particularidades de cada grupo, essa foi a maior discrepância encontrada nos relatos. A droga é trazida pelo grupo Amigas como a companhia, a “força” amiga, o que com certeza não vai falhar no momento em que precisarem. Já no grupo Reviver as drogas aparecem nos relatos através do uso dos parceiros. As mulheres relatam o atravessamento do vício em seus relacionamentos e na criação dos filhos.

Reviver:

> Na minha vida eu criei os meus filhos sozinhos, ele (marido) bebia, eu esperei eles crescerem, aguentei, separei dele dentro de casa, quando eles cresceram eu fui embora. Gostaria de ter minha casa, tenho meu terreno, hoje vivo em casa de filho” (Dorothy – 4ª sessão)
>
> Vivi 15 anos com meu marido, mas ele tinha problemas com drogas, eu vivi uma situação que hoje eu preciso ficar sozinha. [...] Ele usa muita droga, é outra coisa que minhas filhas são revoltadas com ele por causa das drogas. (Edith – 6ª sessão)

## 4.2 **Relação consigo mesmo**

### 4.2.1 Autocuidado - relação com atividades prazerosas, autoestima

Em exercício orientado pela equipe as mulheres foram questionadas sobre atividades de lazer , relatam atividades que costumavam fazer, e falam sobre o que gostam de fazer e as faz sentir melhor. São pequenos prazeres dos quais elas não tem ou não se dão o direito de ter.

Elas vivem o cotidiano dentro das comunidades. Ir “à cidade” é um luxo, uma situação que não é comum para muitas. Trabalhar as possibilidades e dedicar uma parte da sessão pra pensar as atividades de lazer se mostrou crucial. É importante propiciar um espaço dentro de rotinas tão sobrecarregadas para pensar e elaborar o conceito de lazer e as possibilidades de obtê-lo.

Amigas:

> Isso eu gostaria de fazer, passear, é da casa para o trabalho, do trabalho para o médico, tem mais de anos que eu não passeio. (Joana – 4ª sessão)
>
> Ah, tem uma coisa que eu queria fazer já há muito tempo, é ir em um clube dançar. Tem mais de quinze anos que eu não entro assim para dançar. (Indira – 4ª sessão)
>
> Eu tenho um pedido da minha filha, que ela sempre me pede, que é sair do colégio e dar um passeio, ir na praça e tomar um lanche com ela. Que é uma coisa que eu fazia mas agora não consigo fazer mais. (Benazir – 4º sessão)

Reviver:

> [...] Conhecer pessoas diferentes, eu, por exemplo, não saio, quase nunca pego ônibus [...]. (Pagu – 3ª sessão)

### 4.2.2 Desempoderamento: vitimização, desqualificação e baixa autoestima

As falas das amigas ressaltam sobrecargas, falta de oportunidades, sentimentos de incapacidade e dificuldades financeiras. O desempoderamento no grupo Reviver se manifesta com certa passividade, falta de esperança e dificuldade de comunicação. Tal dificuldade silencia mulheres que com baixa autoestima não valorizam seu discurso ou não encontram forças para defender seus pontos de vista.

Amigas:

> Às vezes eu fico triste porque há desvalorização, porque eu ouvi assim: quem não tem competência não se estabelece, aí eu pego isso para mim porque eu não tenho competência, eu queria ser dinâmica, polivalente, mas eu não tive oportunidade, porque o que eu sou eu conquistei, não é o suficiente, me frustra. (Tarsila –2ª sessão)
>
> Eu nunca trabalhei fora, eu queria voltar a estudar para ter uma profissão, eu queria (constrangida abaixa a cabeça e o tom de voz) eu queria ser psicóloga. (Leila –4ª sessão)
>
> Agora vamos escolher, vocês vão escolher um problema para a gente buscar soluções. (Médica –5ª sessão)
>
> Aí não é justo, vocês que tem que dizer. (Indira- equipe médica – 5ª sessão)
>
> Fazer um grupo para homens. Tem que fazer uma reunião geral, um grupo com os homens. ( Zuzu – 5ª sessão)

A indignação com que a médica questiona Zuzu sobre fazer um grupo para os homens não parece produzir efeito no grupo. A vulnerabilidade (seja emocional, financeira e/ou social) as impedem de se verem como constituinte da situação em que se encontram. O sentimento de incapacidade pessoal para lidar com questões conflituosas ou de crise é aparente na fala das mulheres.

Reviver:

> Eu não to conseguindo fazer nada para me sentir melhor. (Penha – 3ª sessão)
>
> Para mim ta difícil, eu gosto de ir ao baile, ele não gosta, aí fica difícil. (Dulce –4ª sessão)
>
> Eu não consigo ir em frente em um assunto com eles. Se me aborrece eu deixo pra lá. (Penha –6ª sessão)
>
> Ah eu tenho problema de dinheiro, mas não quero trabalhar não, quem tem que trabalhar é ele. (Pagú – 6ª sessão)

Crenças em papeis pré-estabelecidos estão retradadas na fala de Pagu, acreditar que a responsabilidade pelo sustento é do parceiro ainda permeia as relações. Tais crenças são suscitadas pela posição que as mulheres ainda ocupam na sociedade, e, pelas próprias mulheres acreditarem que esse é o único lugar que se tem capacidade de estar: subordinada a quem ela julga superior.

A falta de diálogo em casa passa também pelo desempoderamento. Penha "culpa" a timidez, Elis sinaliza que há mais fatores que dificultam o diálogo do que a timidez. Penha fala de sua dificuldade de comunicação como consequência da criação de um pai rígido e sem diálogo.

> A falta de diálogo é dificuldade? (Médica – Penha – 6ª sessão)
>
> Acho que é timidez. (Penha – 6ª sessão )
>
> Tem pais que são fechados também. (Elis – 6ª sessão)
>
> Acho que também é criação né, meu pai não falava, só olhava [...] a gente não briga é muito raro ter uma discussão, mas a gente não conversa também, melhor se brigasse. (Penha – 6ª sessão).

O grupo dá sugestões, pensa junto, o que era de difícil elaboração para Penha é elaborada por Anita.

> Muitas coisas que magoa a gente [...] se a gente não falar o outro ta lá e nem sabe o que a gente sabe, essa questão de falar o que a gente sente é muito importante. (Anita – Penha – 6ª sessão)

### 4.2.3 Gênero: questões do feminino

Optou-se por categorizar gênero por entendermos que ainda é fortemente marcada na sociedade a posição feminina dentro da dinâmica familiar. Mesmo com todas as mudanças e avanços que as mulheres obtiveram com a vida moderna, ainda vemos posições de submissão ao parceiro, onde sua voz não é tão decisiva quanto à masculina.

As temáticas mais trazidas pelas mulheres foram: submissão ao parceiro quanto à vida sexual e a criação dos filhos, citam também dificuldade de parceria para o controle de natalidade, dependência financeira e medo do parceiro. As falas demonstram a autocobrança no desempenho de atividades domésticas. Relatam pesadelos com atividades rotineiras, o que demonstra que a domesticidade chega a ser visceral.

Amigas:

> Ele não era assim (grosseiro), mas desde que começou o problema do menino, que descobriu que tem epilepsia, parece que tudo virou minha culpa. O menino tosse e ele briga comigo. (Susan – 5ª sessão)
>
> Eu passo por isso, o meu filho tem um caroço no pé, aí parece que eu que coloquei o caroço no pé do menino, quando eu bebia o problema era a bebida, agora que eu não bebo mais qual é o problema? (Joana – 5ª sessão)
>
> [...] Uma solução é tratar o marido, mas tem alguma outra solução? (Enfermeira – 5ª sessão)
>
> Conversar. (Indira – 5ª sessão)
>
> Ah ela já conversou! (Benazir – 5ª sessão)

A mulher desempenha em uma casa várias funções e nos diálogos percebemos que estas se entrelaçam, sendo o sexo um apaziguador entre casal. Não ter relação por "simplesmente" não estar com vontade é alvo de diversas interpretações, dentre elas a de que não se submeter ao sexo gera outros problemas, assim sendo, é melhor se submeter a manter relações. Quitéria ao ser perguntada sobre os sintomas que apresenta responde de forma curiosa:

> Quais sintomas você tem Quitéria? (Enfermeira – 2ª sessão)
>
> Fazer sexo com raiva, não sinto nada mais com ele. (Quitéria – 2ª sessão)
>
> Ou falta ou excesso (sexo). A pessoa não tem que fazer por obrigação. Isso organiza outros problemas. (Amélia – 2ª sessão)
>
> Homem cobra! Isso é emocional. (Indira – 2ª sessão)
>
> Acho que é por conveniência. (Simone – 2ª sessão)

As falas apontam para o sexo como moeda de barganha, como obrigação e não como fonte de prazer.

> Se ela nega? De repente...” (Leila – 6ª sessão)
>
> Tem que negar. (Indira – 6ª sessão)
>
> Vão falar que ela tem outro na rua. (Joana – 6ª sessão)

Joana fala com muita naturalidade, afinal qual seria o motivo que justificaria uma mulher não desempenhar suas “obrigações” matrimoniais? Durante o diálogo não há palavras como: vontade, desejo, direito, decisão.

A opressão e a própria autopercepção, que por vezes refletem a herança sociocultural, reforça crenças em papéis de gênero alicerçados na submissão feminina e na premissa de inferioridade do gênero.

Respondendo sobre qual o problema que as aflige:

> Meu marido... Diu... Se colocar o Diu ele disse que ia embora. Mas ele não foi. [...] Ah! Acho que o problema é falta de serviço. Quero um trabalho. Mas meu marido é contra, ele não quer que as crianças fiquem com qualquer um. É o serviço, eu quero trabalhar mas o meu marido fica falando que se eu for trabalhar com quem eu vou deixar as crianças, mas eu já tenho na minha mente como fazer, porque se eu arrumar um emprego eu passo por cima dele. (Leila - 6ª Sessão)

A fala de Leila evidencia que a responsabilidade da contracepção continua ainda sendo da mulher. É retratada aqui uma jovem mãe na posição de dependente do marido que exerce o poder de ditar como ela viverá. As obrigações com a criação dos filhos e a falta de condições financeiras, aliadas ao sentimento de incapacidade e a já citada falta de oportunidades, limitam anseios e podam sonhos reforçando a dependência e a falta de perspectiva.

Reviver:

A “domesticidade” aparece mais claramente marcada no grupo Reviver. O trinômio cozinha, igreja e crianças aparecem na fala das mulheres.

Em resposta ao que fez para ter algum prazer:

> Meu filho fala: mãe vai fazer um bolo [...]. Marido manda procurar um tanque. (Clarice – 2ª sessão)
>
> Eu fiz um bolo, esse bolo tem a ver com o Padre Marcelo, é um bolo santo, pedi uma graça. (Dulce – 5ª sessão)

Estereótipos que atravessam gerações estão presentes até os dias atuais, condicionando a mulher a um comportamento de continuidade neste processo que reproduz essa tradicionalização na criação do filho. Nesse espectro a mulher, em tese, só sentiria bem desempenhando suas funções de acordo com a norma social para a manutenção do grupo doméstico.

> Eu sonhava que a roupa tava no tanque lavava roupa dormindo! Ficava com raiva. Agora ta melhorando, se tinha uma louça para lavar na pia eu não conseguia dormir, sonhava com aquilo. (Dorothy – 3ª sessão)
>
> Sabe assim, o que mais me magoou, foi que ele falou que eu nunca fui mãe, mas ele sabe que eu sempre trabalhei fora para ajudar ele (companheiro). (Ingrid – 5ª sessão)

O aforismo na fala de Ingrid evidencia o conflito da mulher contemporânea onde é possível, em tese, usufruir direitos e deveres similares aos homens, porém sendo cobrada da mesma forma que as mulheres de gerações passadas. O ônus físico, psíquico e social da dupla jornada é acompanhado do descrédito da função materna e da capacidade de cogerir o lar.

## 4.3 **Relação com o outro e o meio social**

### 4.3.1 Conflitos e problemas familiares/casal

Elas pontuam relações que cobram e pesam no dia a dia. As queixas pontuadas foram: traição, incompetência dos parceiros e falta de valorização. Elas rotulam os maridos e os

filhos, como “ingratos”, falam de uma constante falta de reconhecimento e a perspectiva de desvalorização permeia muitas falas.

Amigas:

> Mas eu tenho isso há muito tempo, eu vivia muito bem com meu marido, mas aí a gente ganho uma casa aqui [...] aí meu marido arrumou um filho, eu fiquei mal, não podia pegar o menino no colo que me dava ódio, mas eu achava que aquilo era desgosto, batia nos outros, mas bati mesmo, aí fui no médico me deram calmante aí fui melhorando, aí chegou outro filho, mas para mim aquilo não era nada. (Teresa - 5ª sessão)

> Ele diz que tá trabalhando, eu digo: vamos ver se você está trabalhando mesmo, só quero ver no fim do mês. [...] eu saio às sete da manhã e tá ele lá roncando, eu chego as quatro e ele está descansando. (Joana – 5ª sessão)

> Um problema? Ah, é o marido, tudo o que acontece é culpa da Susan. (Susan – 5ª sessão)

> Meu problema é abandono dos meus filhos, que eles estão me abandonando. (emocionada) (Indira – 5ª sessão)

As Amigas falam de relações que cobram altos preços. Os maridos “ingratos” que não as escutam e que elas não confiam são a maioria. Não encontramos nenhuma fala positiva sobre os relacionamentos e que a palavra “ódio” é constante ao se referirem aos parceiros. O desempoderamento, a posição assumida de vitima e a aceitação do papel feminino esperado pela sociedade dificultam a construção de laços pacíficos e de mútua colaboração.

> Mas quantas de mim existem? Então põe aí marido incompetente, tudo é. Lá em casa tem que botar um motor 220. Quando faço ninguém fala que é legal. Ele é ingrato. Sou pisada. (bate forte com o pé no chão, gesticula, aponta o dedo com raiva) (Susan – 5ª sessão)

Algumas relações são exaustivas e cobram muitos cuidados. Dulce retrata o dilema de ter que optar entre viver com o filho ou com o marido. Um drama comum em famílias refeitas onde as crises vitais, normais nos núcleos familiares, aqui é relatado como um empecilho para a convivência entre padrastos/madrastas e enteados.

Reviver:

> No começo quando ele (filho) tinha seis anos, tudo tava combinado, eles* soltavam pipa, aí quando ele chegou na pré-adolescência começaram os problemas [...] aí ele (filho) chegou para mim e falou: você quer morar comigo ou com ele? Disse que se ele quisesse ir podia.” (nervosa vermelha). *filho e padrasto (Dulce – 5ª sessão)

Nas falas seguintes percebemos exemplos positivos de como o empoderamento pode fazer diferença na qualidade das relações familiares e de casal, e, consequentemente na vida de cada um.

> Que nem a minha mãe, tinha aquela imagem de cheia de moral, ela tava falando que eu casei com outra mulher ao invés de um homem, eu falei com ela: ué mãe da outra vez que você for casar casa com outra mulher invés de um homem, todo mundo ficou assim ó!!! Mas tem que falar!!(Anita – 6ª sessão)

> Esses dias o meu filho falou pra mim: não é porque é velho que sabe de tudo eu que sou mais novo também sei coisa. Aí eu parei pra pensar e é isso né, tem que aproveitar. (Dorothy – 6ª sessão)

Dialogar requer também saber ouvir como no caso da Dorothy com seu filho. Anita mostra coragem e segurança ao assumir e defender quem ela é.

### 4.3.2 Manifestações e representações da violência doméstica

Não encontramos relatos de violência física doméstica na medida em que esperávamos. Há apenas duas falas sobre agressão física, uma em cada grupo, uma delas sendo a mulher a agressora. Porém encontramos várias falas sobre violência psicológica, que acabaram sendo mais significativas em outras categorias: estigmas, desempoderamento, relação familiar/casal e gênero.

A criminalização da violência física doméstica pode ser um inibidor ao agressor, mas podemos também considerar além do constrangimento em narrar violência física a própria barreira por medo de sanções e denúncias. A mulher fragilizada emocionalmente é um alvo fácil e sensível às ofensas e desqualificações que categorizam a violência doméstica como psicológica.

Amigas:

> Ninguém aguenta marido deitado lá o dia todo. Brigo mesmo, bato até, de verdade, ê tá pensando o que [...]. (Teresa – 3ª sessão)

Reviver:

> Alguma vez você foi denunciar que teve agressão? (Enfermeiro – Edith – 5ª sessão)

> Já, porque uma vez agrediram* minha filha que ta grávida, aí que fomos na justiça e eles me disseram que eu não posso sair da casa porque senão a gente perde os direitos." *ex-marido (Edith – 5ª sessão)

Tal fato corrobora com a ideia de que violência psicológica é naturalizada e vista como situações comuns no dia a dia das relações. A banalização da violência psicológica que se dá por meio da desqualificação, opressão, ofensas, na obrigação de se submeter a manter relações sexuais independente da sua vontade e no desrespeito ao estado emocional da parceira, mostram submissão feminina e dificuldade em impor limites e respeito nas relações afetivas. Os quadros depressivos podem corroborar também para tais posições, uma vez que a anedonia, sensação de incapacidade, retraimento de energia, autodesvalorização e sentimentos de culpa fazem parte de diferencial diagnóstico.

### 4.3.3 Rede social de apoio

As falas das Amigas mostram a falta de apoio familiar, se sentem sozinhas no que tange a figura masculina, filhos e figura materna. Curiosamente as precárias condições sociais, principalmente a de moradia e da comunidade, reforçam as relações na vizinhança.

Amigas:

> Não tenho valor, eu faço um carinho, uma coisa e a pessoa não me dá valor. (Indira – 2ª sessão)

> Ah se eu sou o homem e a mulher da casa. [...] Comigo é o seguinte; os meus filhos trabalham, só tem uma filha que me ajuda, ela tem onze anos e é a única que me ajuda porque eu sou o homem e a mulher da casa. (Quitéria – 4ª sessão)

> Eu acho que uma coisa que está me fazendo mal é que eu fiquei viúva e eu estou sem um companheiro.[...] Eu tenho aí uma pessoa, mas eu tenho medo sabe, porque ele é mais novo do que eu e eu tenho medo dele me 'dixavar' Eu posso ficar triste. Meus filhos não me escutam. [...] Eu estou falando aqui porque eu não tenho ninguém para falar sabe. [...] Mas eu não quero ele para morar comigo não, só quero um pouco de carinho. (Indira – 4ª sessão)

Elas se sentem sós, desamparadas, porém esse desamparo aparece mais no discurso frente ao masculino. Queixam-se de dificuldade em encontrar ajuda dentro de casa para desempenhar as tarefas e assim se sentem sobrecarregadas. O restrito espaço físico, onde casas dividem o mesmo espaço, algumas até mesmo paredes, aparentam estreitar também a

convivência. O grupo Amigas fala de conversas enquanto pegam água, lenha, levam os filhos juntas para a escola.

> Eu carrego água para lavar louça e estou de conversinha junto. (Leila – 3ª sessão)

Conversar na "bica" (sic) é um costume, quase chega a ser um ponto de encontro. Todos os dias elas vão ao mesmo lugar no mesmo horário pegar água para as necessidades básicas. As casas são próximas, elas vivem as rotinas diárias em conjunto. Assim, a ideia de que a proximidade física das comunidades carentes podem reforçar as redes sociais se confirma no discurso das Amigas.

Reviver:

As falas sobre Rede social de apoio neste grupo tem características muito distintas das do grupo Amigas. O isolamento mais como sintoma do adoecimento fica aparente. Porém, a causalidade reversa depressão/isolamento fica evidente nas falas de Isabel e Pagu, e a solidão como fenômeno causal na fala de Clarice, Anita.

> Eu me isolo, fico isolada. (Isabel - 2ª sessão)
>
> Às vezes quero ficar sozinha e nem consigo, tenho 3 filhos, moro perto da sogra, cunhada [...]. (Pagu – 2ª sessão)
>
> Acho que muitas coisas, (pensando...) assim, comigo, se eu tomei um tropeção eu não me abro em casa, mas me abro com o médico. (Anita – 2ª sessão)
>
> Do jeito que é a depressão quem sentiu agora sabe o que é, tem vezes que a gente não quer falar com ninguém. (Isabel - 7ª sessão)

### 4.3.4 Questões sociais de privação

Dificuldades financeiras permeiam todo o discurso dessas mulheres. A dependência e falta de recursos reforça os sentimentos de incapacidade e de frustração. Um dos pontos elencados por elas é o isolamento dentro da comunidade. Elas falam da dificuldade de entrar em contato com demais familiares, se isolam pela falta de condições financeiras de chegar até eles, ou mesmo de dar um telefonema.

Assim, privações financeiras reforçam e dificultam aspectos emocionais pontuados nas categorias anteriores. Frente a quadros tão complexos a falta de condições financeiras para pegar, que seja, uma condução e ir até o centro da cidade agrava a dificuldade em procurar emprego, em buscar capacitação, enfim de exercer autonomia.

Vemos nas falas que a dependência como um todo é reforçada pela dependência financeira, o que é um agravante do desempoderamento e um importante fator a ser considerado quando se pensa em separação e independência/autonomia.

Amigas:

> Eu perdi meu cunhado, chorei e não tive dinheiro para ir no enterro. Me senti triste. Recebi uma ligação que eu não fui, mas não tive como...(Indira – 3ª sessão)
>
> Eu também gosto de bordar, mas fico pensando, tem que comprar o pano, é baratinho né, mas sabe como é não é sempre que a gente tem como. (Simone – 4ª sessão)

A questão social colabora para o distanciamento das mulheres de outros membros familiares. A dificuldade já citada delas saírem da comunidade é reforçada e aqui retratada. O isolamento geográfico de pessoas que poderiam apoiar e fornecer algum tipo de auxílio, seja financeiro ou emocional, pode agravar a dependência.

O novo modelo de "Avó" nas comunidades:

> Eu venho aqui, vou buscar caixote, porque minha ansiedade é sobreviver, eu e meus netos, aí eu ando. (Indira – 3ª sessão)

Indira mostra um modelo de avó nos dias de hoje. A avó que cuida dos netos, que precisa sustentá-los. Esse modelo é crescente nas comunidades. A falta de capacitação e oportunidades expõem essas mulheres a subempregos que muitas vezes não são suficientes para o sustento da família. A avó que sustenta os netos através da reciclagem pesada, carregando papelão, caixotes de madeira, latas, entre outros, sem condições financeiras para uso do transporte público e longe de seus familiares, necessita de suporte e como ela muitas outras nas comunidades.

> Algo que eu queria é muito simples, minha filha sempre pede pra é ir ao cinema, ela nunca foi, ir à praia. Às vezes ela fica meses pedindo uma pizza, eu faço um sacrifício e levo. É muito legal. (Simone – 4ª sessão)
>
> [...] O meu problema é o bolsa família, porque eu preciso disso para melhorar a minha vida e a dos meus netos." (Indira – 6ª sessão)

Há falta de recursos para o essencial, falta água encanada, gás, em algumas casas o chão é de terra e famílias numerosas residem em um só cômodo, cozinham a lenha e não usufruem de prazeres como um simples passeio com os filhos.

> Eu estou preparando o banho porque eu tenho que esquentar água na lenha. (Indira – 3ª sessão)

Quando "a ansiedade é sobreviver" obviamente a condição social é um fator de risco que contribui para o adoecimento e para a dependência de terceiros.

Reviver:

> O meu problema hoje é que mudou minha vida, o espaço que eu moro hoje é do tamanho da minha sala, tive que vender meu carro, estou longe dos meus filhos, é uma coisa que eu sinto muito [...] Era completamente diferente, hoje não tenho minha casa, pago aluguel. (nervosa) [...] Mas resumindo aí o problema é a falta de dinheiro porque se eu tivesse dinheiro teria tudo arrumadinho. [...] Antes eu fazia meu cabelo, hoje eu que aliso meu cabelo. [...] Assim, hoje tenho só para o básico, mercado e aluguel. Eu não tenho folga, trabalho TODOS os dias [...]. O que mais me mata é que eu trabalhei a vida inteira para construir a minha casa, hoje tenho que pagar aluguel em uma casa que eu não gosto. (Ingrid – 4ª sessão)

A fala de Ingrid retrata um exemplo do peso financeiro na qualidade de vida. É uma fala angustiada e desesperançosa, retratando desempoderamento frente às questões financeiras. Ingrid exemplifica a dificuldade em recomeçar após um rompimento afetivo e o quanto ela abriu mão para se separar, seja por qual for o motivo.

## 4.4 **Impacto do tratamento**

A possibilidade de espaço para reflexão, favorece a reavaliação de comportamentos automatizados, rompendo circulos viciosos. Para tal é estimulado no grupo olhar para si, perceber reações e sentimentos para melhor lidar com as emoções:

Amigas:

> Se eu percebo que aquilo está me abatendo [...] eu tenho que ter dentro de mim que aquilo não vai me abater, se alguém me chama de idiota, eu sei que não sou, então aquilo não vai me chatear, mas eu não vou encucar porque sei que não sou assim, mas se alguém fala algo que dói é porque está dentro da gente. (médica – 3ª sessão)

A médica pede para pontuarem pensamentos positivos:

> O positivo é que minha família está me dando mais atenção, depois que eu entrei para o grupo eles estão me dando mais atenção. (Anita)
>
> Acreditar que eu vou melhorar, vou à luta, buscar algo melhor, cair do céu não dá né? (Indira – 3ª sessão)"

A equipe debate com o grupo as queixas físicas apresentadas e o contexto emocional, reafirmando a necessidade de tratamento para além dos sintomas físicos que se apresentam.

Reviver:

> Vamos ter determinados condicionamentos determinados pelas emoções [...] está tudo interligado, uma coisa influencia a outra, (desenhando círculos com emoções escritas) isso aqui ta tudo influenciando a gente, de algum modo vai influenciar [...] gerando sintomas físicos. (Médica – 1ª sessão)
>
> Esse mecanismo quer mostrar como os problemas influenciam os sintomas. Isso não tem causa física [...]. (Enfermeiro – 1ª sessão)

Após explanação Tarsila elabora com o grupo e contribui:

> Bom, pensamentos, se a gente colocar na cabeça que ta nervoso [...] os pensamentos é que põe doença na gente, eu sei porque já tive várias depressões. Sistema nervoso é a pior doença que tem. Por isso que as minhas amigas que tiverem me ouvindo e eu sei que tão tem que ter pensamento bom. [...] Se você colocar na cabeça que está doente vai sentir dor! (Tarsila – 1ª sessão)

O grupo dá sugestões, pensa junto, elabora. Anita valoriza a fala como importante ferramenta e pontua para Penha a necessidade de expressar seus sentimentos.

> Muitas coisas que magoa a gente [...] se a gente não falar o outro ta lá e nem sabe o que a gente sabe, essa questão de falar o que a gente sente é muito importante. (Anita – Penha –6ª sessão)

Após elaborações anteriores com o grupo Dulce conta sobre reencontro com seu filho, questão que foi pensada junto no grupo. Ela, sorridente e sem usual olhar apreensivo relata com ares de vitoriosa:

> O meu problema eu já tinha falado. Aí foi até engraçado que eu encontrei com ele aí eu fiquei brincando: Não vai pedir a benção não é? Aí eu falei com ele: Oi filho, dormiu comigo? E ele: Oi mãe. Aí não me deu beijo nem nada, mas depois acabei dando um beijo nele. (Dulce – 6ª sessão)

# 5 **DISCUSSÃO**

Nas falas dos dois grupos evidenciou-se que os medos se entrelaçam com várias questões, mas fica evidente o desempoderamento e a fraca rede de apoio social.

Sob o rótulo de "loucas" as mulheres do grupo Amigas reagem de forma diferente das mulheres do grupo Reviver. As Amigas riem e incorporam o estigma da loucura como uma marca da personalidade, como uma forma de defesa e inserção na comunidade. Partindo de Goffman (2008): elas, não conseguindo corresponder às expectativas sociais, se tornam indiferentes ao estigma e o assumem, se resignando. Já no grupo Reviver as falas correspondentes ao estigma da loucura demonstram sofrimento, e apontam para o fato de que os transtornos depressivos e ansiosos são vistos socialmente como questão de caráter ou de internação. Ou é "*frescura*" ou é loucura.

Ao longo da literatura estudada, no desenvolvimento do trabalho, foi visto que não ter o comando da vida, e mais, delegar esse comando a terceiros reafirma a posição incapacitante e impotente que algumas dessas mulheres relatam. A dificuldade em vislumbrar possibilidades, o desconhecimento do potencial pessoal, bem como a falta de autonomia colaboram para desesperança no futuro e estagnação pessoal.

As falas apontam para o fato de que boa parte dos medos estão subordinados a ideias de incapacidade pessoal e à dependência de terceiros. Elas falam do 'medo de ficar doente e depender de alguém' demonstra a necessidade de terceiros em situações de crise. Obviamente ter medo de ficar doente e dependente é plausível, porém, o quanto este medo permeia o sujeito é que necessita avaliação.

Elas falam de uma espera a partir do outro. Pois elas, desempoderadas, nada podem fazer. A falta de perspectiva pessoal se constitui como uma barreira ao avanço terapêutico. Neste sentido o grupo mostra através do outro o desempoderamento. Esse movimento dissociado trás a perspectiva de que há sim possibilidades, mas para tal é preciso primeiro que seja percebido como factível por elas mesmas.

Esse é um dos grandes desafios, que é facilitado pelo convívio grupal. O trabalho em grupo proporciona ferramentas que podem auxiliar na percepção da capacidade proativa individual. Uma pessoa que se posiciona como incapaz de articular ideias para encontrar soluções para suas questões, pode auxiliar outra no grupo no mesmo processo. Perceber que é ouvida, que sua opinião tem valor naquele espaço, pode colaborar para o resgate de potencialidades.

Todavia, nem sempre se consegue expor uma opinião frente ao grupo. Porém, a possibilidade de ‘observar mulheres com realidades similares lidando com as “pequenas grandes vitórias diárias auxilia na percepção de potenciais e oportunidades antes desconhecidos, ou mesmo inatingíveis. As falas reforçam ideias descritas por Zimmerman (2000) e Bleger (1980) que valorizam trabalhos em grupo como importante e eficaz ferramenta de tratamento, principalmente no que tange à saúde mental.

Essas mulheres lidam com a perspectiva de que alternativas positivas frequentemente se dão através do outro, retroalimentando a baixa autoestima, a insegurança e o potencial incapacitante. Com efeito, reforçam o desempoderamento, enfraquecem fatores protetivos individuais, contribuindo assim para um círculo vicioso.

As rotinas diárias, com o acúmulo de tarefas, aliado ao processo de adoecimento escamoteiam concepções simples, como: lazer, prazer, direitos, diálogos, sonhos e a própria felicidade. O desempoderamento permeia os diversos pontos elencados, nutrindo um circulo vicioso, contribuindo para o adoecimento e se constituindo como um entrave ao tratamento. A baixa autoestima, aliada a dificuldades financeiras, contribuem para posturas submissas, naturalização da violência psicológica, aceitação e perpetuação de relacionamentos insatisfatórios, bem como para o aumento da autocobrança e sentimento de incapacidade.

Mesmo após o avanço dos direitos femininos, as questões de gênero se perpetuam na sociedade, influenciam as relações e os lugares que essas mulheres ocupam no núcleo familiar e social. O modelo patriarcal tradicional atravessa famílias imprimindo a “naturalização” e “aceitação” de papéis de gênero previamente estabelecidos. As exigências e a forma como o companheiro as trata reproduz modelos de cobrança com base em estereótipos que perduram historicamente. O uso de culpabilização crítica excessiva ao papel de mãe e desqualificação da esposa, submetem as mulheres/mães a padrões de exigências fantasiosos, cobrando onipotência e onisciência materna isentando de responsabilização o papel do patriarca.

Em uma relação estabelecida entre “desiguais”, onde a “dita” inferioridade de gênero postula o homem no lugar do algoz e a mulher no lugar de vítima naturalmente se desempenha funções socialmente esperadas. A submissão feminina nem sempre é explícita, o poder se dá através da barganha de algo que é importante para o algoz. Assim, o sexo passa a ser moeda de troca, quando possível, uma vez que faz parte de uma imposição de gênero.

A fraca ou inexistente rede social de apoio é citada pelas mulheres como um motivo de sofrimento, porém o isolamento é diversas vezes pontuado como uma necessidade nos momentos de intenso sofrimento. Os relatos reafirmam estudos anteriores que sinalizam para a causalidade reversa do isolamento nos transtornos mentais (Fortes, 2004). Algumas

mulheres relatam se isolar quando não estão “bem” e, em outros momentos, outras se referem a solidão como uma das causas do sofrimento.

O álcool, neste contexto, tem a função apaziguadora do sofrimento e é pontuado como um agente socializador e única opção de atividade de lazer. O considerado aumento do uso de álcool pelas mulheres nos dias de hoje está aparente nas falas do grupo Amigas: Elas falam de encontros organizados em torno do álcool, muitas vezes na frente dos filhos e de comportamentos influenciados pela bebida. O uso abusivo do álcool foi encontrado nas falas do grupo Amigas e no grupo Reviver consta apenas falas sobre as consequências na família e nos relacionamentos.

Nessa experiência de trabalho em grupo, ficou evidente a importância de um espaço onde seja possível falar e trocar experiências. A possibilidade de serem ouvidas, de ver retratado nas colegas situações similares, e a capacidade de se ajudarem mutuamente, auxiliam na autopercepção e no empoderamento. Com efeito, grupos em comunidades favorecem ou mesmo propiciam o convívio social, oferecendo um espaço onde elas são o foco, estimulando-as a olharem para si, algo que aparentemente há muito não era feito.

Conseguir passos tão pequenos para uns, mas para outros tão grandes, essa é uma das grandes colaborações no grupo: a união em busca do empoderamento. Era visível a satisfação das mulheres que conseguiam colaborar com alguma ideia positiva.

É necessário centrar esforços na reconstrução da percepção da capacidade pessoal, autonomia, vontades, prazeres, sonhos, planos, perspectivas. Enfim, perceber-se como sujeito integral e capaz de ser responsável por suas agruras bem como pelas suas vitórias.

## CONCLUSÃO

É usual em unidades de saúde da família queixas relativas à saúde mental. A alta prevalência de transtornos depressivos e ansiosos aponta para a necessidade de uma intervenção no nível primário. É necessário e viável que profissionais de saúde da atenção básica recebam treinamento adequado para tratarem tais transtornos nas próprias unidades de saúde da família, dispensando encaminhamentos para o nível especializado.

A proximidade das unidades de saúde da família com a comunidade e o acompanhamento frequentemente da mesma população, facilitam a adesão a tratamentos, fato que aliado à expectativa de alta taxa de resolubidade da atenção primária, constituem a estratégia de saúde da família como um local factível para desenvolvimento de técnicas para atendimento de pacientes diagnosticados com transtornos depressivos e ansiosos.

Para tal, é preciso valorizar como instrumento fundamental da consulta o discurso desses pacientes. Discurso esse que sem escuta capacitada se perde durante o atendimento, desvalorizando tanto para a equipe, quanto para a própria paciente sua saúde mental.

O processo de adoecimento nos quadros depressivos e ansiosos foi aqui retratado como um processo que perpassa o isolamento, seja como causa ou consequência do adoecimento. A falta de apoio social seja de familiares e/ou de amigos enfraquecem as funções protetivas. Outrossim, ter com quem contar, sentir-se amado e apoiado auxilia na construção da auto estima bem como o empoderamento facilitando melhora do quadro.

Mesmo após avanços na busca da igualdade de direitos e deveres, se perpetuam na sociedade relações hierarquicas entre os gêneros que influenciam as relações e os lugares que as mulheres ocupam no núcleo familiar e social. A família ainda tem no modelo patriarcal seu ideal, perpetuando papéis que tem como base a submissão feminina onde exigências e expectativas frente ao papel de mãe, profissional, e de esposa, sobrecarregam mulheres que hoje também são cobradas, por outros ou por elas mesmas serem profissionais.

As rotinas diárias, com o acúmulo de tarefas, as cobranças, a baixa autoestima, dificuldades financeiras, privações e falta de apoio social contribuem para posturas submissas, naturalização da violência psicológica, aceitação e perpetuação de relacionamentos insatisfatórios, bem como para o aumento da autocobrança e sentimento de incapacidade. Neste cenário concepções como: lazer, prazer, direitos, diálogos, sonhos e a própria felicidade deixam de fazer parte do dia a dia, perdem o significado e a importância em meio ao processo de adoecimento. O desempoderamento permeia os diversos pontos elencados, nutrindo um

circulo vicioso, contribuindo para o adoecimento e se constituindo como um entrave ao tratamento.

Transtornos depressivos e ansiosos ainda hoje são rotulados pelo meio social como questões morais, ou um meio de obter ganhos ou “privilégio” dos que tem condições financeiras para adoecer. Paradoxalmente, os transtornos depressivos e ansiosos são rotulados pelo meio social em extremos: por vezes é visto como uma questão moral, de escolha, ou é visto como loucura que precisa ser encarcerada, chegando a levar à morte. Tais concepções banalizam, excluem ou ao menos retardam a busca de tratamento. Assim, sem tratamento adequado, os quadros podem se agravar e ter grande impacto na vida social dos pacientes, comprometendo atividades laborativas, prazer e relacionamentos afetivos.

O trabalho em grupo se constitui como uma ferramenta eficaz e adequada e ainda fortalece ou mesmo estimula redes sociais. As narrativas pessoais de vida representam um importante instrumento no processo de recuperação que, em um grupo psicossocial estimula apropriação das experiências. Tem ainda função didática, uma vez que a narrativa traz familiaridade com o que se está passando, integrando os sujeitos e clarificando o papel de cada um na sua experiência, aumentando a responsabilidade e autonomia frente a própria vida.

# REFERÊNCIAS


Áran M. O avesso do avesso: feminilidade e novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary Findings. Br J Psychiatry. 1994; 165 (40): 530-3.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. Lancet 2003 Mar; 361(9362): 992-1000.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.

Arôca SR. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "Sofrimento dos Nervos" em mulheres [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Asch A. Will populism empower disabled people? In: Boyte HC, Riessman F, editors. The new populism: the politics of empowerment. Philadelphia: Temple University Press; 1986. p. 98-112.

Badinter E. O conflito a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record; [2010] 2011.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;1977.

Barreto, A. Terapia comunitária passo a passo. Fortaleza: LCR; 2005.

Beauvoir S. O segundo sexo. São Paulo: Circulo do Livro; 1979. v. I.

Bleger J. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1980.

Berkman LF. The relationship of social network, and social support to morbidity and mortality. In: Cohen S, Syme L. Social support and health. London: Academic Press; 1985. p. 241-62.

Bowlby J. Perda: tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes; 1993.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2007.

Busnello ED, Lima B, Gomes R, Bertolote JM. Identificação e manejo dos doentes mentais num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil. J Bras Psiquiat. 1983; 32(6): 359-63.

Campos RR. Estudio de la morbilidad psiquiátrica em el area de atención primaria de la ciudad de Zaragoza. 1993. [Tese]. Zaragoza: Facultad de Medicina de Zaragoza; 1993.

Canino G, Bird H, Rubio-Stipec MB. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. P R health sci j. 1997; 16(2):117-24.

Carrara S, Araújo L, Barreto A, Leite V, Manica D. Curso de especialização em gênero e sexualidade. Rio de Janeiro: Cepesc: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2010.

Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Med. 1976; 104: 107-23.

Chiaverini DH. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco. Cad Saúde Pública. 2005; 21:1.

Duarte LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1988

Fortes S. Queixas somáticas enquanto forma de apresentação dos transtornos mentais comuns: um estudo no programa de saúde da família de Petrópolis/ RJ–Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Fortes SL, Baptista CE, Ebel R. Grupoterapia e dor crônica. In: Figueredo JAB, Angelotti G, Pimenta CAM, organizadores. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 167-180.

Garcia-Campayo J, Carrillo CS. Neurosis en atención primaria. In: Roca M., editores. Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2002.

Garcia-Campayo J, Carrillo CS. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Ars Medica; 2006.

Garcia-Campayo J, Lobo A, Perez-Echeverria MJ, Campos R. Three forms of somatisation presenting in primary care settings in Spain. J Nervous Mental Dis. 1998; 186: 554-60.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; [1988] 2008.

Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.

Goldberg D, Williams P. A user´s guide to the general health questionnaire. 1998; Nfer-Nelson. Mimeo.

Guimarães MBL, Valla VV. Terapia comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde. In: Anais da 32ª Reunião Anual da ANPED, 2009, Caxambú: ANPED; 2009. [acesso em 2014 jan 23]. Disponível em: www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/.../GT06-5115--Int.pdf

Gureje O. The influence of depression and anxiety on the course of somatization in primary care. Keio University Symposia Life Sci Med. 1999; 3: 141-5.

Iacoponi E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brazil [thesis]. London: University of London; 1989.

Kirmayer LJ, Robbins JM. Currents concepts of somatization: research and clinical perspective. Washington: American Psichiatric Press; 1991.

MaGPIe Research Group. Psychological problems in New Zealand primary health care: a Report on the Pilot Phase of the Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). NZ Med J. 2001; 114:13-6.

Mari JJ. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of são Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1987; 22:129-38.

Marques A. Interpretando a epistemologia qualitativa; 1997. [acesso em 2014 jan 23]. Disponível em: www.scribbd.com/doc/20756366/interpretando-a-epistemologia-qualitativa

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.

Muraro RM, Boff L. Feminino e masculino: uma nova consciencia para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Record; 2010.

Mynor-Wallis L. Problem-solving treatment in general hospital psychiatric parctice. Adv psych treat. 2000 Nov; 7(6): 417-25.

Oliveira AD, Roazzi A. A representação social da "doença dos nervos" entre os gêneros. Psic Teor e Pesq. 2007 jan-mar; 23(1).

Organização Mundial de Saúde, World Rural Health Conference. Integração da saúde mental nos cuidado de saúde primários: uma perspectiva global. Portugal; 2009. [acesso em 2014 fev 02]. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf.

Ribeiro MS. Ferramentas para descomplicar a atenção em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF; 2007.

Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; [2002] 2003.

Turato RE. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Üstun TB, Sartorius N. Primary mental health services: access and provision of care. In: Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: an international study. Chichesser: John Wiley & Sons; 1995. p. 227-46.

Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface comun. saúde educ. 2000; 4: 37-56.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Uva, Hucitec, Sobral; 2001.

Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulos; 2003.

World Health Organization. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Authorized Core Version 1.0. Geneva: WHO; 1990.

Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2000.

**ANEXO A -** Tabela de informações complementares das mulheres que participaram da intervenção

| Idade | Reviver | Amigas | Ocupação | Reviver | Amigas |
|---|---|---|---|---|---|
| 19-30 | 1 | 7 | Acompanhante | 1 | - |
| 31-40 | 4 | 2 | Do lar/desempregadas | 4 | 10 |
| 41-50 | 3 | 4 | Balconista/vendedora | 2 | 1 |
| 51-60 | 4 | 2 | Diarista/faxineira/biscate | 3 | 2 |
| Não Informado | - | 1 | Doméstica | 2 | 2 |
| **Etnia** | **Reviver** | **Amigas** | **Estado Civil** | **Reviver** | **Amigas** |
| Branca | 9 | 3 | Viúva | - | 1 |
| Negra | 1 | 5 | Casada | 7 | 8 |
| Parda | 2 | 7 | Separada | 5 | 4 |
| | | | Solteira | 1 | 2 |
| **Responsáveis pela casa** | **Reviver** | **Amigas** | **Religião** | **Reviver** | **Amigas** |
| Cônjuge | 5 | 6 | Católica | 8 | 6 |
| Filho/Filha | 1 | - | Evangélica | 3 | 4 |
| Pai/Mãe | 1 | 2 | Não tem | 2 | 3 |
| Principal Responsável | 6 | 5 | Umbanda | - | 2 |
| Outra | - | 1 | | | |
| **Escolaridade** | **Reviver** | **Amigas** | **Diagnóstico** | **Reviver** | **Amigas** |
| até a 4ª série | 6 | 7 | Agorafobia | - | 8 |
| de 5ª à 7ª Série | 5 | 5 | Episódio Depressivo Maior | 7 | 13 |
| Não Frequentou | 1 | 1 | Fobia Social | 1 | 5 |
| Não Frequentou | 1 | 1 | Transtorno de Ansiedade Generalizada | 8 | 5 |
| Ens. Fundamental Completo | 1 | 1 | Transtorno Distimico | 2 | - |
| Ensino Médio Incompleto | - | 1 | Transtorno de Estresse Pós Traumático | - | 4 |
| Ensino Médio Completo | - | 1 | Transtorno de Humor induzido por Substancia | 1 | |
| | | | Transtorno de Pânico | - | 1 |
| **Apoio Social (família/parentes)** | **Reviver** | **Amigas** | **Apoio Social (amigos)** | **Reviver** | **Amigas** |
| não tem | 5 | 9 | não tem | 5 | 2 |
| uma pessoa | 3 | 4 | uma Amigo | 2 | 9 |
| duas pessoas | 2 | - | três Amigos | 1 | 3 |
| três pessoas | - | 2 | Sete amigos | 3 | 1 |
| | | | Não respondeu | 1 | - |

**ANEXO B -** Artigo

## CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE QUALITATIVA DE UMA TERAPIA DE GRUPO PARA MULHERES

## Mental health care through the Family Health Programme (FHP): qualitative analysis under women's group therapy

All over the world, there is a high prevalence of depressive and anxiety disorders, especially in primary care. One of the therapeutically strategies is group support which allows good results and proper care, including better time management and wider range in support according to reported previous experiences in many different countries.
The aim in this study is grounded on women's speech with depressive and anxiety disorders supported in primary care group. The goal is to understand their representations and issues about these women sickening process who are under supervision in Family Health Strategy (FHS) diagnosed with depressive and anxiety disorders. The therapeutic groups happened in the Family Health Unit placed in the city of Petropolis, Rio de Janeiro, carried out by FHP professionals, both doctors and nurses, and supervised by mental health specialists. The research is based on the observation material analysis provided by two groups from different communities. The qualitative method was used, analysing their speech which were organized in categories according to methodology for qualitative data analysis, usually called content analysis. Results: depressive and anxiety disorders are portrayed in these wome1s speech as a lonely process, with support, understanding and help from others. Financial difficulties, lack of leisure, overload in responsibilities are aggravating, Alcohol usage is felt as an instrument to ease their pain and loneliness. They say they are in unsatisfactory relationships and are in submissive positions as well, which make them feel powerless, perpetuating actions and thoughts, providing emotional pain feedback. They value the group as a therapeutical space. The chances of being portrayed in other subjects in similar positions provide mutual support. These are aspects which bear their self perception and in their empowerment. The method has proved to applicable in primary care, possible to non specialists in mental health.

Keywords: primary care, mental health, group therapy, women, empowerment.

## PROGRAMA DE SALUD MENTAL PARA LA SALUD DE LA FAMILIA: ANÁLISIS CUALITATIVO DE UN GRUPO DE TERAPIA PARA MUJERES

**Resumen:**

En el mundo es alto el predominio de los trastornos depresivos y de ansiedad, en especial a nivel primario. Una de las estrategias terapéuticas es la atención em grupo que propicia buenos resultados y cuidado adecuado, incluyendo un mejor provecho del tiempo y mayor cobertura en la atención, según experiências relatadas por diferentes países. El objetivo deste

estudio es el discurso de mujeres com trastornos depresivos y de ansiedad atendidas en grupos de atención primaria. Conocer representaciones y aspectos relacionados al proceso de enfermedad de mujeres atendidas en la Estratégia de Salud de la Familia (ESF) diagnosticadas con trastornos depresivos y ansiosos. Los grupos terapéuticos se desarrollarán en Centros de Salud de la Família de la municipalidad de Petrópolis, Rio de Janeiro, realizados por los profesionales de la ESF(médicos y enfermeros) y supervisados por especialistas en salud mental. La investigación se llevó a cabo en base al análisis del material de observación de dos grupos en comunidades distintas. Fue utilizado el método cualitativo, mediante el análisis de los relatos que fueron organizados en categorias con base en el método de análisis de contenido. Resultados: Trastornos depresivos y ansiosos son retratados en el discurso de las mujeres de los grupos como un proceso solitario, sin apoyo, comprensión y ayuda de terceros. Son agravantes: dificultades financieras, falta de actividades recreativas , sobrecarga de obligaciones y cobranzas. El alcohol es señalado como el apaciguador del sufrimiento y la soledad. Relatan relaciones insatisfactorias y ocupan posiciones de sumisión, sintiéndose desempoderadas, sin ver salida para su situación, perpetuando pensamientos y acciones, retroalimentando el sufrimiento emocional. Valorizan el grupo como espacio terapéutico. La posibilidad de ver retratadas, en sus colegas, situaciones similares las fortalece en la ayuda mutua. Estos son aspectos que contribuyen para uma autopercepción y empoderamiento. La intervención se mostró aplicable en la atención primaria, siendo factible a no especialistas de salud mental.

atención primaria, salud mental, mujeres, terapia de grupo, mujeres, empoderamiento

.

**Resumo:**

Em todo o mundo é alta a prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos, em especial no nível primário. Uma das estratégias terapêuticas é o atendimento em grupo que propicia bons resultados e cuidado adequado, incluindo melhor aproveitamento do tempo e maior abrangência no atendimento segundo experiências relatadas em diversos países.O objeto deste estudo é o discurso de mulheres com transtornos depressivos e ansiosos atendidas em grupo na atenção primária. O objetivo é conhecer representações e questões sobre o processo de adoecimento de mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) diagnosticadas com transtornos depressivos e ansiosos. Os grupos terapêuticos ocorreram em Postos de Saúde da Família, no município de Petrópolis, Rio de Janeiro, realizados pelos profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) e supervisionados por especialistas em saúde mental. A pesquisa se deu com base análise de material de observação de dois grupo em comunidades distintas. Foi utilizado o método qualitativo, com analise das falas que foram organizadas em categorias segundo o método análise de conteúdo. Resultados: Transtornos depressivos e ansiosos são retratados no discurso das mulheres nos grupos como um processo solitário, sem apoio, compreensão e ajuda de terceiros. São agravantes: dificuldades financeiras, falta de lazer, sobrecarga de obrigações e cobranças.O álcool é retratado como apaziguador do sofrimento e da solidão. Relatam relacionamentos insatisfatórios e ocupam posições de submissão, sentindo-se desempoderadas, sem ver saída para sua situação, perpetuando pensamentos e ações, retroalimentando o sofrimento emocional. Valorizam o grupo enquanto espaço terapeutico. A possibilidade de verem retratado nas colegas situações similares encoraja a ajuda mútua. Estes são aspectos que auxiliam na autopercepção e no empoderamento. A intervenção se mostrou aplicável na atenção primária, sendo factível a não especialistas de saúde mental.

Palavras chave: Atenção Primaria, saúde mental, terapia de grupo, mulheres, empoderamento

Introdução:

Em todo o mundo é alta a prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos, nas unidades gerais de saúde (Araya et al., 1994, 2001; Canino et al., 1997; Garcia-Campayo et al., 1998, 2002; Campos, 1993; Garcia-Üstun & Sartorius, 1995; Goldberg; Huxley, 1992; Gureje, 1999; Kirmayer; Robbins, 1991; MaGPIe Research Group, 2001), em especial no nível primário. Em pesquisa realizada em unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis foi demonstrado que 56% da demanda atendida pelo médico de família sofrem de transtornos mentais comuns (TMC-definição que engloba os transtornos depressivos e ansiosos), sendo que 33% do total eram pacientes com transtornos de intensidade mais grave. Ao avaliarmos o perfil nosológico desses pacientes, verifica-se que 40% são pacientes com transtornos ansiosos e 44% portadores de transtornos depressivos (Fortes, 2008). Tais transtornos se manifestam principalmente nas formas de queixas físicas e estão associados a fatores psicossociais e eventos produtores de estresses. São frequentes em mulheres, especialmente de baixa renda e pouca escolaridade, comprometendo a vida pessoal, assim como de suas famílias e grupos sociais (Fortes, 2008).

A marca impressa em pessoas com transtornos mentais é perversa, uma vez que é considerada uma marca que transita entre a patologia e a escolha, a doença e o caráter. Assim sendo, o "louco" é usualmente tachado como indigno de confiança e/ou incapaz em casos extremos. (Duarte, 2003, pp. 256-259)

Fortes (2008) lista possíveis fatores associados a transtornos depressivos e ansiosos: fatores socioeconômicos (pobreza), gênero feminino, baixa escolaridade, não ter companheiro, insegurança, falta de esperança, instabilidade social e limitação de oportunidades. Porém Fortes sinaliza que:

> (...) o comprometimento funcional acarretado pelos transtornos mentais, fazem com que muitas vezes seja impossível determinar se a pobreza causa o transtorno mental ou se o transtorno mental leva à pobreza. Essa constatação não invalida a hipótese de estarmos diante de um ciclo vicioso, onde pobreza (pela sua carga de impotência, desesperança, etc) alimenta o surgimento de transtornos mentais comuns, que, por sua vez, reduzem as possibilidades do indivíduo de sair da situação de pobreza, em um processo cruel que se realimenta continuamente. (p.24)

A falta de autonomia financeira mostra-se como um dos importantes fatores impeditivos para a emancipação feminina. “Em conjunto, elas ainda se encontram em situação de vassalas. Disso decorre que a mulher se conhece e se escolhe, não tal como existe para si, mas tal qual o homem a define” (Beauvoir, 1979 p. 186). Perdura em grande parte das famílias brasileiras o modelo patriarcal (Muraro & Boff, 2010) que é sustentado:

> (...) pela sujeição das mulheres e realização do trabalho doméstico e à prestação de serviços sexuais aos homens. Nesse ordenamento, as mulheres são consideradas como objetos do poder masculino, seja no plano da satisfação sexual, na reprodução da força de trabalho ou, ainda, no provimento de herdeiros e novas reprodutoras. (Carrara et al; 2010; p 33)

A prática diária da atenção primária com demanda exacerbada de pacientes que apresentam sofrimento psíquico requer técnicas apropriadas para a devida atenção às mulheres, e a inclusão da saúde mental como parte da saúde como um todo (OMS/Wonca, 2008; Chiaverini et al, 2011)

É necessário reelaborar questões re-significando-as, (...) “é preciso buscar dispositivos e abordagens que mobilizem a iniciativa e a vontade individual” (Vasconcelos, 2003 p, 27). É importante o fortalecimento de suas relações interpessoais e sociais, o contato e a sensação de apoio dão suporte ao indivíduo no processo de busca de melhora.

> Uma das formas fundamentais neste caminho é o apoio do que chamo de amigos (as) “irmãos (ãs)”, ou seja, aqueles amigos com os quais podemos conversar e desabafar tudo, sem restrições, com regularidade ou nas horas mais difíceis trocando nossas experiências, emoções, dúvidas, sugestões. (Vasconcelos, 2003 p, 27)

Esta troca de experiências ajuda a elaborar questões e vislumbrar possíveis soluções. Para tanto é fundamental o *apoio social*, ou seja: suporte social e emocional de forma sistemática, que pressupõe também troca de informações e itens materiais. Uma das estratégias usadas em alguns países como: Brasil, Chile, Uganda, Inglaterra, entre outros é o atendimento em grupo que propicia bons resultados e atendimento adequado às demandas onde problemas similares são abordados. Além da eficácia do tratamento ainda há ganhos práticos como melhor aproveitamento do tempo e maior abrangência no atendimento

(Chiaverini et al, 2011). Grupos terapêuticos favorecem ainda o suporte mútuo desenvolvendo tarefas e ações de cuidado e suporte concreto, a partir da ajuda mútua (Vasconcelos, 2003)

O grupo trabalha com a possibilidade de uma revisão do "esquema referencial" que é o conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e atua. Uma vez conhecendo processos (pensamento/vontade/comportamento) e a si mesmo, (Chiaverini et al, 2011) surgem ferramentas que fortalecem o poder de exercer escolhas e a capacidade de autonomia, ou seja, o empoderamento e a busca de recuperação.

Empoderamento é *o aumento de poder e autonomia "(...)* nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social". Recuperação em saúde mental não necessariamente é sinônimo de cura, e sim do manejo de sua condição, da possibilidade de resignificação das experiências e dos objetivos pessoais e de vida (Vasconcelos, 2003, p. 26)

Para tanto o objeto deste estudo é o discurso de *mulheres com transtornos depressivos e ansiosos atendidas em grupo na atenção primária em população de baixa renda.*

O objetivo é *conhecer representações e questões sobre o processo de adoecimento através da analise das falas de mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família diagnosticadas com transtornos depressivos e ansiosos.*

**Considerações Éticas:**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Todas as pacientes assinaram termo de concentimento livre e esclarecido. Para registro das falas foi adotado codinomes historicamente representativos da figura feminina afim de preservar o anonimato das mulheres perticipantes.

**Métodos:**

**Campo de análise:**

Os grupos terapêuticos ocorreram em Postos de Saúde da Família, no município de Petrópolis, Rio de Janeiro. Foram realizados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF),médicos e enfermeiros, e, supervisionados por especialistas em saúde mental, treinados pela equipe de profissionais que realizou a pesquisa em Santiago. A pesquisa se deu com base em material de duas comunidades distintas. Partindo da regra da representatividade, dado a mescla das realidades sociais e individuais. Os grupos terapêuticos ocorreram em Postos de Saúde da Família, no município de Petrópolis, Rio de Janeiro. Foi selecionado dois dentre os 10 grupos pela minha participação como uma das observadoras e por representarem

duas realidades similares em alguns pontos, porém com singularidades significativas que estimulam discussão e comparação dos dados.

**As participantes:**

Participaram da pesquisa mulheres de 18 a 60 anos, atendidas nos postos em áreas urbanas, previamente diagnosticadas com transtornos depressivos e/ou ansiosos através de rastreamento pelo GHQ12: *General Health Questionnaire* (Goldberg, D. P. & Willians, 1988) MINI: *entrevista diagnóstica padronizada breve* (Amorim, 2000). Como parte de um ensaio clínico randomizado todas foram convidadas para participar dos grupos terapêuticos com os profissionais de saúde da família (médico e enfermeiro) ou a seguirem com o tratamento usual.

**A Intervenção:**

O tratamento farmacológico envolveu o uso de fluoxetina, antidepressivos tricíclicos, clonazepan e diazepam. O atendimento se deu nos moldes semiestruturado seguindo a linha do atendimento prestado nas unidades de primária no Chile (Santiago) (Araya et al,1994).

As sessões aconteceram em semanas de 1 a 7 sequencialmente com duas sessões de reforço com intervalo de 15 dias, com cerca de 75-90 minutos de duração, utilizou-se tarefas para casa não tradicionais, dentro de um modelo cognitivo-comportamental com recursos alternativos (desenhos, colagens, momentos de reflexão, diários) para melhor adequar o método à população atendida.

Conceitos trabalhados: saúde mental, elucidação de sintomas e causas de transtornos depressivos e ansiosos, opções de tratamento, interação pensamento/comportamento, atos/sentimentos.

Temas trabalhados: problemas interpessoais, ocupacionais e financeiros, capacidade resolutiva e superação de pensamentos negativos. A importância de manter-se ativo, valorização do prazer e atividades de lazer. Estimulo a autoreflexão e necessidade de ação para busca de atividades que gere bem estar. Planejamento de prevenção de recaídas, reforço positivo aos avanços. Reforço da importância do uso das formas de enfrentamento e de técnicas utilizadas no grupo para lidar com o sofrimento psíquico. Atividades de relaxamento.

**Análise do material:**

O material analisado são transcrições feitas a partir de observação não participante, sendo duas observadoras em cada grupo. Os grupos foram denominados: Amigas e Reviver. O material do grupo Reviver conta ainda com filmagem das sessões.

Características do grupo Amigas; as casas são próximas umas das outras, algumas chegam a dividir paredes. Há pouca privacidade, muito barulho, algumas casas não possuiam água encanada e luz elétrica. A comunidade convive com o tráfico de drogas e rotinas de violência.

Características do grupo Reviver: bairro tranquilo, arborizado, com belos jardins. A maiorida das mulheres se conhecem e convivem há décadas. O clima de vizinhança permeia o local.

Quanto a faixa etária o grupo Amigas apresentaram predominância de mulheres entre 19 e 30 anos, enquanto o grupo Reviver a faixa foi igualmente dividida entre 31-40 anos e 51-60. Entre as Amigas encontrou-se predominância de mulheres desempregadas, já no grupo Reviver a maioria dos dados estavam distribuidos entre desempregadas e diaristas. Sobre a escolaridade nos dois os dados foram similares, distribuidos em cursado até o 3º ano e até o 6º ano . Ambos os grupos apresentaram fraca rede de apoio social, sendo que o Reviver predominou o dado de não ter nenhum parente com quem pode contar e no Amigas apenas duas mulheres informaram poder contar com três parentes, sendo as demais com predominância em nenhum parente. Quanto a amigos os dados também apresentaram similar realidade, onde menos de um terço dos grupos pode contar com mais de três amigos,sendo que o grupo reviver mais da metade das mulheres ou não tem nenum amigo ou tem apenas um. Acerca dos diagnósticos os dados de ambos os grupos apresentaram semelhante distribuiçãode diagnósticos de transtornos depressivos e ansiosos, porém com alta comorbidade.

Foi utilizado o método qualitativo visando o entendimento de “zonas de sentido” que é “(...) um espaço de inteligibilidade, e representa uma unidade básica interpretativa demarcada pelo agrupamento de conteúdos subjetivos” (Marques; 2009). As falas foram categorizadas empregando a análise de conteúdo que visa a tarefa de “classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem na confusão inicial.” (Bardin, 1977, p. 37).

**Categorias analisadas:**

Para a categorização dos dados baseou-se na frequência da temática nas falas, com excessão das subcategorias “somatização” e “violência doméstica" que foram selecionadas pela relevância do tema no processo de adoecimento. Definiu-se as seguintes categorias:

1 - **Processo de adoecimento**:

1.1- Marcadores do processo social de adoecimento: estigmas e dúvidas sobre depressão e ansiedade;

1.2- Tristezas: depressão, apatia;

1.3- Ansiedade: medos, “nervoso”;

1.4- Somatização: queixas físicas inexplicáveis;

1.5- Álcool/drogas (categoria não exclusiva).

2 - **Relação consigo mesmo**:

2.1- Desempoderamento: vitimização, desqualificação e baixa autoestima;

2.2- Auto cuidado - relação com atividades prazerosas, autoestima;

2.3- Gênero: questões do feminino (categoria não exclusiva).

3- **Relação com o outro e o meio social**:

3.1- Conflitos e problemas familiares e relação do casal;

3.2- Manifestações e representações da violência doméstica;

3.3- Rede social de apoio;

3.4- Questões sociais de privação.

4 – **Impacto do tratamento**

**Resultados:**

Para análise dos resultados, após leitura exaustiva do material detacaram-se os seguintes temas:

1 - Processo de adoecimento:

1.1- Estigmas e dúvidas sobre depressão e ansiedade:

Na analise das falas os principais estigmas revelados em relação a depressão e ansiedade foram: loucura, morte, doença de rico, preguiça, falta do que fazer e o adoecimento como uma “escolha” para obter ganhos secundários.

**Amigas:**

> *“- Meu marido falou que eu estou maluca, eu disse que se estou eu me trato, pior é maluco que não se cuida”.(Quitéria – 4ª sessão)*
>
> *“- Eu nem ligo, porque nós estamos malucas, mas estamos melhorando”.*(*Joana – 4ª sessão*)

As mulheres do grupo Amigas ressaltaram o estigma e a relação entre depressão/ansiedade e loucura.

> *"- Vocês estão deixando chamar vocês de maluca e não é isso"*.(Médica – 4ª sessão)
>
> *"- Coisa de gente bacana. Me estressei com meu chefe. Ele disse que é coisa de gente rica. Só rico que pode ficar doente"??? (fala indignada).* (Joana – 2ª sessão)
>
> *"- Eu ouvi falar que depressão é coisa de quem não tem emprego"*.(Virgínia – 2ª sessão)
>
> *"- Desculpa de preguiçoso"*(Frida – 2ª sessão)

Frente ao exposto ou é dito que elas "não têm nada" ou é preciso uma internação. Assim, transitam entre a "frescura" e a "loucura", sendo sempre um rótulo negativo e crítico que reforça lugar de incapaz.

Reviver

> *"- Muitos acham que é loucura. Mesmo que seja brincadeira eu não gosto! (com a expressão fechada)"*(*Ingrid – 2ª sessão*)
>
> *"- O que você ouviu?"*. (*Médica – 2ª sessão)*
>
> *(nervosa) "- que iam me internar no Santa Mônica". (clínica psiquiátrica local).* (*Isabel – 2ª sessão)*
>
> *"- Eu já pensei até em morrer de tanta tristeza"*.( *Margareth – 1ª sessão)*
>
> *"- Eu não tenho vontade de morrer não, tenho vontade é de sumir".(Indira – 2ª sessão)*
>
> *"- Falei com ela (chefe) o que eu passei (...) eu sei o que sinto, vou trocar de emprego porque não vou ficar onde não acreditam no que sinto"*.(*Tarsila – 5ª sessão)*
>
> *"- É necessário mesmo a medicação? Se não tem como eu me curar sem medicação? Porque a medicação em casa dá problema, eles são contra."(Penha – 2ª sessão)*

O adoecimento é visto pelo meio em que vivem como uma escolha para obter ganhos ou para se esquivar do trabalho. Ainda perdura no imaginário social concepções preconceituosas, ou mesmo falta de conhecimento, que situam transtornos mentais na esfera moral e não da saúde, dificultando a procura de um atendimento apropriado.

1.2 - Tristezas: depressão, apatia

Os pontos sinalizados foram: vontade de morrer, ausência de prazer, cansaço constante, dificuldade em realizar as tarefas diárias e negatividade. Também foi muito citada a solidão que por vezes é pontuada como motivo de sofrimento, e em outros momentos é citada como resultado, uma vez que por estarem tristes preferem ficar sós.

Amigas:

A médica pergunta o que sentem e como sentem:

> *"- Falta prazer de fazer as coisas (...) estou sempre cansada"*(*Susan – 1ª sessão)*
>
> *"- Eu não conversava com ninguém, me trancava em casa, porque me dava raiva falar com os outros"*. (*Amélia – 1ª sessão)*
>
> *"- Eu fazia as coisas só para os meus filhos não passarem fome, porque eu não tinha prazer em mais nada"*.(*Susan –1ª sessão)*

Susan pontua a dificuldade no desempenho das funções maternas quando se está em sofrimento. Na ausência de tratamento adequado, falta de compreensão e parceria na divisão de tarefas, a relação mãe/filho fica comprometida, reduzindo a maternidade ao cuidado mecânico de necessidades de subsistência.

Reviver:

> *"-(...) O que eu passei não quero para ninguém, agora não quero mais* com muita ajuda da Médica e do Enfermeiro". (voz embargada, emocionada) *morrer.* (*Dulce – 1ª sessão)*
>
> *"- Eu me isolo, fico isolada"*.(*Isabel – 2ª sessão)*
>
> *"- (...) eu faço o necessário, as coisas que não são necessárias vou deixando. (...) Às vezes acontece o contrário, acordo negativa, mas consigo fazer alguma coisa. (...) Mas por dentro tô mal."*(*Pagu – 2ª sessão)*

A ansiedade é retratada nas falas sobre forma de queixas de medos em geral e, especificamente, em aglomerações. Pontuam ainda: preocupação exacerbada, verificação repetitiva, nervosismo, irritabilidade, dificuldade de concentração, de memorização e dificuldade em dormir. Falam de manifestações corpóreas como resultado do nervosismo/ansiedade e de pensamentos ruminantes.

Amigas:

> *"- (...)pode ta todo mundo em casa, eu to dormindo, acordo três a quatro vezes para ver se ta todo mundo ali, ver se ta todo mundo respirando (...)"*(*Joana* – 1ª sessão)
>
> *"- Eu estou aqui, mas eu estou nervosa, a mão está suando, estou suando frio, com a cabeça pesada, estou nervosa, (...), quando eu sair daqui já não lembro de mais nada"*. (*Amélia – 1ª sessão)*

Reviver:

> *"- Rolo na cama, acordo e aí não consigo mais dormir"*. (*Edith – 1ª sessão)*
>
> *"-Mas tem horas que a cabeça fica assim muito confusa, por exemplo: se eu estou devendo 10 Reais para ela aquilo não sai da minha cabeça, eu não queria ser assim, eu já fui em neurologista e ele já falou que o meu problema é que eu boto muita coisa na cabeça"*(*Isabel – 6ª sessão)*

Ao serem questionadas sobre seus medos, companheiros constantes da ansiedade, não foi preciso esforço para as Amigas nomeá-los. A falta de autonomia e dificuldades financeiras são refletidas como medo da total dependência, cronificando e aprofundando o que já vivem.

> *"- Eu tenho medo de ficar na cama e depender dos outros"*. (*Indira* – 2ª sessão)
>
> *"- Eu tenho medo de morrer"*. (*Simone – 2ª sessão)*
>
> *"- Eu tenho medo, porque se eu estou no meio de muita gente me dá muito medo, mas eu trabalho com o público, então não tem jeito, estou aprendendo a me controlar"*.(*Joana – 2ª sessão)*

1.4- Somatização: queixas físicas inexplicáveis.

A dor emocional, o sofrimento psíquico, comumente é relatado através de , queixas físicas que encontram, em um primeiro momento escuta e acolhimento na família, porém em

um segundo momento são colocadas em descrédito. A já citada inaceitação social dos transtornos depressivos e ansiosos, e dificuldade em lidar e expressar emoções negativas reforçam a busca de cuidado basicamente para os sintomas físicos como se verifica nas falas das mulheres em resposta à médica sobre o que sentem quando estão tristes/ansiosos:

Amigas:

> *"- Que nem eu, eu vivia na Drª com aquela dor (mão no ombro) aí quando eu comecei a tomar o remédio* eu melhorei, parecia que eu estava carregando um saco de cimento".*antidepressivo* (*Joana – 1ª sessão)*
>
> *"- Um Nó da garganta. Desce e dá dor no estômago".*
>
> *(...) o meu marido não me dá atenção, não escuta. Tá surdo, me sinto mal, quero falar não tá nem aí. Me ignora."* (*Susan – 5ª sessão)*
>
> *"- Ah, eu fico triste né. Dá um nó na garganta."*(*Indira – 2ª sessão)*

Reviver:

> *"- Dor na perna."* (*Isabel – 4ª sessão)*
>
> *"- Eu sinto falta de ar". (quando nervosa)*(*Elis – 7ª sessão)*

1.5 - Álcool/drogas.

Evidenciou-se que o álcool perpassa vários problemas, aqui analisado em dois tópicos: "as mulheres e o álcool" e "a família e o álcool". Observa-se nas falas das mulheres como o álcool é constante no dia a dia. Tais questões se constituem como um grave problema de saúde pública: o aumento considerável do abuso de drogas entre as mulheres.

Elas falam da 'diversão' e da convivência ao redor do álcool, referem-se a bebida e o cigarro como uma companhia, como diversão, como alternativa à solidão.

Mulheres do grupo Amigas aparentam constrangimento ao relatar comportamentos quando alcoolizadas, prinpalmente por conta dos filhos e netos.

Amigas:

> *"- Eu tenho que falar o meu problema é abandono (...) aí me dá vontade de 'encher a cara' aí eu entro no vinho, na cachaça (...) eu fico com o comportamento péssimo diante*

> *dos meus filhos. Abandono falta de carinho. Vou para o bar e encho a cara. To abandonada. Não to praticando. (sexo) (...)* Eu desanimava, pegava um copo de cachaça e bebia". (*Indira – 3ª sessão)*
>
> *"- Ela acha que a bebida resolve o problema. Mas não muda. Ele tá no mesmo lugar. O problema dela é igual ao meu, a gente bebe, bebe, e no dia seguinte ele não vem, eu tenho cinco filhos dentro de casa, se eu passo mal eu grito e não aparece ninguém, só o de 10 anos escuta. O resto some". (Joana falando sobre Indira – 3ª sessão)*
>
> *"- Você também bebia comigo e ainda levava o leite moça".(rindo)*(*Joana– Leila 4ª sessão)*
>
> *"- Eu quando estava ansiosa eu fumava dois maços* de cigarro e três cervejas".*em uma noite.*( *Quitéria – 4ª sessão)*
>
> *"- Eu "esquecia" né o horário do remédio e tomava umas 'calcinha de nylon' aí começo a pular, dançar, chamo as crianças (netos)".*(*Indira – 4ª sessão)*

Além dos agravos do consumo e de possível dependência, é importante pensar o papel que o álcool e o cigarro ocupam na vida dessas mulheres. A bebida é pontuada como única alternativa para aplacar o sofrimento. O papel socializador que o álcool ocupa no grupo "Amigas" entrelaça o lazer com a bebida, sendo o objetivo pelo qual as rodas de conversa acontecem. Dentre todas as diferenças entre os grupos essa foi a maior discrepância nos relatos. No grupo Reviver as drogas aparecem nos relatos através do uso dos parceiros.

Reviver:

> *"- Na minha vida eu criei os meus filhos sozinhos, ele (marido) bebia, eu esperei eles crescerem, aguentei, separei dele dentro de casa, quando eles cresceram eu fui embora. Gostaria de ter minha casa, tenho meu terreno, hoje vivo em casa de filho".(Dorothy – 4ª sessão)*
>
> *"- Vivi 15 anos com meu marido, mas ele tinha problemas com drogas, eu vivi uma situação que hoje eu preciso ficar sozinha.*

*(...) Ele usa muita droga, é outra coisa que minhas filhas são revoltadas com ele por causa das drogas.(Edith –6ª sessão)*

2 - Relação consigo mesmo:

2.1 Auto cuidado - relação com atividades prazerosas, autoestima.

Ao serem questionadas sobre atividades de lazer falam sobre coisas que deixaram de fazer e coisas que gostam de fazer e as fazem sentir melhor. São pequenos prazeres dos quais elas não tem ou não se dão o direito de ter. Elas vivem o cotidiano dentro das comunidades. Ir "à cidade" é um luxo, uma situação que não é comum para muitas.

Amigas

*"- Isso eu gostaria de fazer, passear, é da casa para o trabalho, do trabalho para o médico, tem mais de anos que eu não passeio." (Joana – 4ª sessão)*

*"- Ah, tem uma coisa que eu queria fazer já há muito tempo, é ir em um clube dançar. Tem mais de quinze anos que eu não entro assim para dançar"(Indira – 4ª sessão)*

*" - Eu tenho um pedido da minha filha, que ela sempre me pede, que é sair do colégio e dar um passeio, ir na praça e tomar um lanche com ela. Que é uma coisa que eu fazia mas agora não consigo fazer mais".(Benazir – 4ª sessão)*

Reviver

*"- (...) Conhecer pessoas diferentes, eu, por exemplo, não saio, quase nunca pego ônibus (...)" (Pagu – 3ª sessão)*

2.2 - Desempoderamento: vitimização, desqualificação e baixa autoestima.

As falas das amigas ressaltam sobrecargas, falta de oportunidades, sentimentos de incapacidade e dificuldades financeiras. O desempoderamento no grupo Reviver se manifesta através da passividade, da falta de esperança e dificuldade de comunicação. As mulheres não econtram espaço para valorizarem seus discursos ou não encontram forças para defender seus pontos de vista.

Amigas:

*"- Às vezes eu fico triste porque há desvalorização, porque eu ouvi assim: quem não tem competência não se estabelece, aí eu*

> *pego isso para mim porque eu não tenho competência, eu queria ser dinâmica, polivalente, mas eu não tive oportunidade, porque o que eu sou eu conquistei, não é o suficiente, me frustra".(Tarsila – 2ª sessão)*
>
> *"- Eu nunca trabalhei fora, eu queria voltar a estudar para ter uma profissão, eu queria (constrangida abaixa a cabeça e o tom de voz) eu queria ser psicóloga". (Leila – 4ª sessão)*
>
> *"- Agora vamos escolher, vocês vão escolher um problema para a gente buscar soluções".(Médica – 5ª sessão)*
>
> *"-Aí não é justo, vocês* que tem que dizer".(Indira – 5ª sessão)*
>
> **a equipe médica*
>
> *"- Fazer um grupo para homens. Tem que fazer uma reunião geral, um grupo com os homens".( Zuzu – 5ª sessão)*

A vulnerabilidade (seja emocional, financeira e/ou social) as impedem de se verem como constituinte da situação em que se encontram. O sentimento de incapacidade pessoal para lidar com questões conflituosas ou de crise é aparente na fala das mulheres.

Reviver:

> *"- Eu não to conseguindo fazer nada para me sentir melhor". (Penha – 3ª sessão)*
>
> *"- Para mim ta difícil, eu gosto de ir ao baile, ele não gosta, aí fica difícil". (Dulce – 4ª sessão)*
>
> *"-Eu não consigo ir em frente em um assunto com eles. Se me aborrece eu deixo pra lá". (Penha – 6ª sessão)*
>
> *"- Ah eu tenho problema de dinheiro, mas não quero trabalhar não, quem tem que trabalhar é ele". (Pagú – 6ª sessão)*

Crenças em papeis pré-estabelecidos estão retradadas nesta, acreditar que a responsabilidade pelo sustento é do parceiro ainda permeia as relações. Parte pela posição feminina na sociedade, mas, parte pela crença de que esse é o único lugar que se tem capacidade de estar: subordinada a quem ela julga superior.

A dificuldade em de dialogar passa também pelo desempoderamento, chegando a ser pontuado quase como uma questão genética, nada se pode fazer. Culpa-se a timidez, mas sinaliza-se que há mais fatores que dificultam o diálogo. Experiências anteriores e padrões familiares são explicativos das dificuldades de comunicação.

*"-A falta de diálogo é dificuldade?( Médica – Penha – 6ª sessão)*

*"-Acho que é timidez." (Penha – 6ª sessão)*

*"- Tem pais que são fechados também."(Elis – 6ª sessão)*

*"-Acho que também é criação né, meu pai não falava, só olhava (...) a gente não briga é muito raro ter uma discussão, mas a gente não conversa também, melhor se brigasse."(Penha – 6ª sessão)*

2.3 - Gênero: questões do feminino

Mesmo com avanços quanto à igualdade de gênero, ainda há posições de submissão ao parceiro, onde a voz feminina não é tão decisiva quanto à masculina.

As temáticas mais trazidas pelas mulheres foram: submissão ao parceiro quanto à vida sexual e a criação dos filhos, dificuldade de parceria para o controle de natalidade, dependência financeira. As falas demonstram a autocobrança no desempenho de atividades domésticas.

Amigas:

**5ª Sessão**

*"- Ele não era assim (grosseiro), mas desde que começou o problema do menino, que descobriu que tem epilepsia, parece que tudo virou minha culpa. O menino tosse e ele briga comigo."* (*Susan)*

*"- Eu passo por isso, o meu filho tem um caroço no pé, aí parece que eu que coloquei o caroço no pé do menino, quando eu bebia o problema era a bebida, agora que eu não bebo mais qual é o problema?"(Joana)*

*"- (...) Uma solução é tratar o marido, mas tem alguma outra solução?"(Enfermeira)*

*"-Conversar."(Indira)*

*"- Ah ela já conversou!"(Benazir)*

A mulher desempenha em casa várias funções e nos diálogos percebemos que estas se entrelaçam, sendo o sexo um apaziguador entre casal. Não ter relação por "simplesmente" não

estar com vontade é alvo de diversas interpretações, dentre elas a de que não se submeter ao sexo gera outros problemas, assim sendo, é melhor se submeter a manter relações. **(sessão 2)**

*"- Quais sintomas você tem Quitéria?" (Enfermeira)*

*"- Fazer sexo com raiva, não sinto nada mais com ele."(Quitéria)*

*"- Ou falta ou excesso (sexo). A pessoa não tem que fazer por obrigação. Isso organiza outros problemas." (Amélia)*

*"- Homem cobra! Isso é emocional." (Indira)*

*"- Acho que é por conveniência." (Simone)*

Em uma relação estabelecida entre "desiguais", onde a "dita" inferioridade de gênero postula o homem no lugar do algoz e a mulher no lugar de vítima naturalmente emergem padrões de comportamento e funções socialmente esperadas. A submissão feminina nem sempre é explícita, a reivindicação de Susan não encontra espaço através do diálogo. O poder se dá através da barganha de algo que é importante para o algoz. Assim, o sexo passa a ser moeda de troca, quando possível, uma vez que faz parte de uma imposição de gênero.

*"- Se ela nega? De repente...".(Leila – 6ª sessão)*

*"- Tem que negar". (Indira – 6ª sessão)*

*"- Vão falar que ela tem outro na rua".(Joana – 6ª sessão)*

Durante o diálogo não há palavras como: vontade, desejo, direito, decisão. A opressão e a própria autopercepção, que por vezes refletem a herança sociocultural, reforça crenças em papéis de gênero alicerçados na submissão feminina e na premissa de inferioridade do gênero.

Respondendo sobre qual o problema que as aflige:

*"- Meu marido...Diu... Se colocar o diu ele disse que ia embora. Mas ele não foi. (...) Ah! Acho que o problema é falta de serviço. Quero um trabalho. Mas meu marido é contra, ele não quer que as crianças fiquem com qualquer um. É o serviço, eu quero trabalhar mas o meu marido fica falando que se eu for trabalhar com quem eu vou deixar as crianças, mas eu já tenho na minha mente como fazer, porque se eu arrumar um emprego eu passo por cima dele.( Leila - 6ª Sessão)*

As obrigações com a criação dos filhos e a falta de condições financeiras, aliadas ao sentimento de incapacidade e a já citada falta de oportunidades, limitam anseios e podam sonhos reforçando a dependência e a falta de perspectiva.

Reviver

O trinômio cozinha, igreja e crianças aparece na fala das mulheres.

Em resposta ao que fez para ter algum prazer:

> *"- Eu fiz um bolo, esse bolo tem a ver com o Padre Marcelo, é um bolo santo, pedi uma graça." (Dulce – 5ª sessão)*
>
> *"-Meu filho fala: mãe vai fazer um bolo (...) Marido manda procurar um tanque."(Clarice – 2ª sessão)*

Estereótipos que atravessam gerações estão presentes até os dias atuais, condicionando a mulher a um comportamento de continuidade neste processo que reproduz essa tradicionalização na criação do filho. Nesse espectro a mulher, em tese, só sentiria bem desempenhando suas funções de acordo com a norma social para a manutenção do grupo doméstico.

> *"- Eu sonhava que a roupa tava no tanque lavava roupa dormindo! Ficava com raiva. Agora ta melhorando, se tinha uma louça para lavar na pia eu não conseguia dormir, sonhava com aquilo." (Dorothy – 3ª sessão)*
>
> *"- Sabe assim, o que mais me magoou, foi que ele falou que eu nunca fui mãe, mas ele sabe que eu sempre trabalhei fora para ajudar ele (companheiro)." (Ingrid – 5ª sessão).*

O aforismo na fala de Ingrid evidencia o conflito da mulher contemporânea onde seria possível usufruir direitos e deveres "similares" aos homens, porém sendo cobrada da mesma forma que as mulheres de gerações passadas. O ônus físico, psíquico e social da dupla jornada é acompanhado do descrédito da função materna e da capacidade de cogerir o lar.

3 - Relação com o outro e o meio social:

3.1Conflitos e problemas familiares/casal.

As queixas pontuadas foram: traição e incompetência dos parceiros. Elas rotulam os maridos e os filhos, como "ingratos", queixam-se de falta de reconhecimento e o sentimento de desvalorização permeia muitas falas.

Amigas

> *“Mas eu tenho isso há muito tempo, eu vivia muito bem com meu marido, mas aí a gente ganho uma casa aqui (...) aí meu marido arrumou um filho, eu fiquei mal, não podia pegar o menino no colo que me dava ódio, mas eu achava que aquilo era desgosto, batia nos outros, mas bati mesmo, aí fui no médico me deram calmante aí fui melhorando, aí chegou outro filho, mas para mim aquilo não era nada.”(Teresa – 5ª sessão)*
>
> *“Ele diz que tá trabalhando, eu digo: vamos ver se você está trabalhando mesmo, só quero ver no fim do mês. (...) eu saio às sete da manhã e tá ele lá roncando, eu chego as quatro e ele está descansando.”(Joana – 5ª sessão)*
>
> *“- Um problema? Ah, é o marido, tudo o que acontece é culpa da Susan.” (Susan – 5ª sessão)*
>
> *“- Meu problema é abandono dos meus filhos, que eles estão me abandonando” (emocionada)(Indira – 5ª sessão)*

As Amigas falam de relações que cobram altos preços. Os maridos “ingratos” que não as escutam e que elas não confiam são a maioria. Não houve nenhuma fala positiva sobre os relacionamentos e a palavra “ódio” é constantente referida aos parceiros. O desempoderamento, a posição assumida de vitima e a aceitação do papel feminino esperado pela sociedade dificultam a construção de laços pacíficos e de mútua colaboração.

> *“ (...) mas quantas de mim existem? Então põe aí marido incompetente, tudo é. Lá em casa tem que botar um motor 220. Quando faço ninguém fala que é legal. Ele é ingrato. Sou pisada. (bate forte com o pé no chão, gesticula, aponta o dedo com raiva)”(*Susan – 5ª sessão)

Algumas relações são exaustivas e cobram muitos cuidados. Há dilemas gerados nas relações intrafamiliares tais como optar entre viver com o filho ou com o marido.

Reviver

> *“- No começo quando ele (filho) tinha seis anos, tudo tava combinado, eles* soltavam pipa, aí quando ele chegou na pré-adolescência começaram os problemas (...) aí ele (filho) chegou*

> *para mim e falou: você quer morar comigo ou com ele? Disse que se ele quisesse ir podia." (nervosa vermelha).* (*filho e padrasto) (*Dulce – 5ª sessão)*

Nas falas seguintes percebemos exemplos positivos de como o empoderamento pode fazer diferença na qualidade das relações familiares e de casal, e, consequentemente na vida de cada um.

> *"- Que nem a minha mãe, tinha aquela imagem de cheia de moral, ela tava falando que eu casei com outra mulher ao invés de um homem, eu falei com ela: ué mãe da outra vez que você for casar casa com mulher invés de um homem, todo mundo ficou assim ó!!! Mas tem que falar!!"(Anita – 6ª sessão)*
> *"- Esses dias o meu filho falou pra mim: não é porque é velho que sabe de tudo eu que sou mais novo também sei coisa. Aí eu parei pra pensar e é isso né, tem que aproveitar."(Dorothy – 6ª sessão)*

Dialogar requer também saber ouvir como no caso da Dorothy com seu filho. Anita mostra coragem e segurança ao assumir e defender quem ela é.

3.2 Manifestações e representações da violência doméstica.

Não encontramos relatos de violência física doméstica na medida em que esperávamos. Há apenas duas falas sobre agressão física, uma em cada grupo, uma delas sendo a mulher a agressora. Porém encontramos várias falas sobre violência psicológica, que acabaram sendo mais significativas em outras categorias: estigmas, desempoderamento, relação familiar/casal e gênero.

Amigas:

> *"Ninguém aguenta marido deitado lá o dia todo. Brigo mesmo, bato até, de verdade, ê tá pensando o que (...)"(Teresa – 3ª sessão)*

Reviver

> *"- Alguma vez você foi denunciar que teve agressão?"( Enfermeiro – Edith – 5ª sessão)*

> *"- Já, porque uma vez agrediram* minha filha que ta grávida, aí que fomos na justiça e eles me disseram que eu não posso sair da casa porque senão a gente perde os direitos." (*ex-marido)(Edith – 5ª sessão)*

3.3 Rede social de apoio.

As falas das Amigas mostram a falta de apoio familiar, se sentem sozinhas no que tange a figura masculina, filhos e figura materna. Precárias condições sociais, principalmente de moradia e da comunidade, reforçam aqui as relações na vizinhança. A ideia de que a proximidade física das comunidades carentes podem reforçar as redes sociais se confirma no discurso das Amigas. O restrito espaço físico, onde casas dividem o mesmo terreno, algumas até mesmo paredes, aparentam estreitar também a convivência.

Amigas:

> *"Eu carrego água para lavar louça e estou de conversinha* junto." (Leila – 3ª sessão)(conversar na "bica"(sic) é um costume local, quase chegando a ser um ponto de encontro)"- Não tenho valor, eu faço um carinho, uma coisa e a pessoa não me dá valor." (Indira – 2ª sessão)*
>
> *"- Ah se eu sou o homem e a mulher da casa. (...) Comigo é o seguinte; os meus filhos trabalham, só tem uma filha que me ajuda, ela tem onze anos e é a única que me ajuda porque eu sou o homem e a mulher da casa."(Quitéria – 4ª sessão)*
>
> *"- Eu acho que uma coisa que está me fazendo mal é que eu fiquei viúva e eu estou sem um companheiro.(...) Eu tenho aí uma pessoa, mas eu tenho medo sabe, porque ele é mais novo do que eu e eu tenho medo dele me 'dixavar' Eu posso ficar triste. Meus filhos não me escutam. (...) Eu estou falando aqui porque eu não tenho ninguém para falar sabe.(...) Mas eu não quero ele para morar comigo não, só quero um pouco de carinho."(Indira – 4ª sessão)*

Reviver:

As falas sobre Rede social de apoio neste grupo tem características muito distintas das do grupo Amigas. O isolamento como sintoma do adoecimento fica aparente. Porém, a

causalidade reversa depressão/isolamento e a solidão como fenômeno causal aparece nas falas.

> *"-Eu me isolo, fico isolada." (Isabe – 2ª sessãol)*
> *"- Às vezes quero ficar sozinha e nem consigo, tenho 3 filhos, moro perto da sogra, cunhada (...)(Pagu – 2ª sessão)*
> *"-Acho que muitas coisas, (pensando....) assim, comigo, se eu tomei um tropeção eu não me abro em casa, mas me abro com o médico."(Anita – 2ª sessão)*
> *"- Do jeito que é a depressão quem sentiu agora sabe o que é, tem vezes que a gente não quer falar com ninguém."(*Isabel – 7ª sessão*).*

3.4 Questões sociais de privação:

Dificuldades financeiras permeiam todo o discurso dessas mulheres. A dependência e falta de recursos reforça os sentimentos de incapacidade e de frustração. Elas falam da dificuldade de entrar em contato com demais familiares, se isolam pela falta de condições financeiras de chegar até eles, ou mesmo de dar um telefonema.Falta de recursos para o transporte agrava a dificuldade em procurar emprego, em buscar capacitação, enfim de exercer autonomia. A dependência financeira é um agravante do desempoderamento, a distância de pessoas que poderiam apoiar e fornecer algum tipo de auxílio, seja financeiro ou emocional, acentua a dependência.

Amigas:

**3ª sessão:**

> *"Eu perdi meu cunhado, chorei e não tive dinheiro para ir no enterro. Me senti triste. Recebi uma ligação que eu não fui, mas não tive como..."(Indira)*
> *"Eu também gosto de bordar, mas fico pensando, tem que comprar o pano, é baratinho né, mas sabe como é não é sempre que a gente tem como". (Simone)*
> *"Eu venho aqui, vou buscar caixote, porque minha ansiedade é sobreviver, eu e meus netos, aí eu ando." (Indira)*

Indira mostra um modelo de avó crescente nas comunidades nos dias de hoje que precisa cuidar e sustentar seus netos. A falta de capacitação e oportunidades expõem essas mulheres a subempregos que muitas vezes não são suficientes para o sustento da família. A avó que sustenta os netos através da reciclagem, carregando papelão, caixotes de madeira, latas, sem condições financeiras para uso do transporte público e longe de seus familiares, necessita de suporte e como ela muitas outras nas comunidades.

> *"Algo que eu queria é muito simples, minha filha sempre pede pra é ir ao cinema, ela nunca foi, ir à praia. Às vezes ela fica meses pedindo uma pizza, eu faço um sacrifício e levo. É muito legal." (Simone – 4ª sessão)*
>
> *"(...) O meu problema é o bolsa família, porque eu preciso disso para melhorar a minha vida e a dos meus netos." (Indira – 6ª sessão)*
>
> *" (...) eu tenho que esquentar água na lenha." (Indira – 3ª sessão)*

Faltam recursos básicos como água encanada, em algumas casas o chão é de terra e famílias numerosas residem em um só cômodo, cozinham a lenha e não usufruem de prazeres como um simples passeio com os filhos.

Reviver:

> *"- O meu problema hoje é que mudou minha vida, o espaço que eu moro hoje é do tamanho da minha sala, tive que vender meu carro, estou longe dos meus filhos, é uma coisa que eu sinto muito (...) Era completamente diferente, hoje não tenho minha casa, pago aluguel. (nervosa) (...) Mas resumindo aí o problema é a falta de dinheiro porque se eu tivesse dinheiro teria tudo arrumadinho. (...) Antes eu fazia meu cabelo, hoje eu que aliso meu cabelo. (...) Assim, hoje tenho só para o básico, mercado e aluguel. Eu não tenho folga, trabalho TODOS os dias (...). O que mais me mata é que eu trabalhei a vida inteira para construir a minha casa, hoje tenho que pagar aluguel em uma casa que eu não gosto."(Ingrid – 4ª sessão)*

Esta fala evidencia o peso financeiro na qualidade de vida. É uma fala angustiada e desesperançosa, retratando desempoderamento frente às questões financeiras, retratando a dificuldade em recomeçar após um rompimento afetivo.

4 – Impacto do tratamento:

A possibilidade de espaço para reflexão, favorece a reavaliação de comportamentos automatizados, rompendo circulos viciosos. Para tal é estimulado no grupo olhar para si, perceber reações e sentimentos para melhor lidar com as emoções:

Amigas (**sessão 3**):

> *"Se eu percebo que aquilo está me abatendo (...) eu tenho que ter dentro de mim que aquilo não vai me abater, se alguém me chama de idiota, eu sei que não sou, então aquilo não vai me chatear, mas eu não vou encucar porque sei que não sou assim, mas se alguém fala algo que dói é porque está dentro da gente".(médica)*

A médica pede para pontuarem pensamentos positivos:

> *"O positivo é que minha família está me dando mais atenção, depois que eu entrei para o grupo eles estão me dando mais atenção."(Anita – 3ª sessão)*
> *"Acreditar que eu vou melhorar, vou à luta, buscar algo melhor, cair do céu não dá né? (Indira – 3ª sessão)"*

A equipe trabalha com o grupo as queixas físicas e o contexto emocional, reafirmando a necessidade de tratamento para além dos sintomas físicos que se apresentam.

Reviver:

> *"Vamos ter determinados condicionamentos determinados pelas emoções (...) está tudo interligado, uma coisa influencia a outra, (desenhando círculos com emoções escritas) isso aqui ta tudo influenciando a gente, de algum modo vai influenciar (...) gerando sintomas físicos."* (*Médica – 1ª sessão)*

> *"Esse mecanismo quer mostrar como os problemas influenciam os sintomas. Isso não tem causa física (...)"* (*Enfermeiro – 1ª sessão)*

Após explanação Tarsila elabora com o grupo e contribui:

> *"-Bom, pensamentos, se a gente colocar na cabeça que ta nervoso (...) os pensamentos é que põe doença na gente, eu sei porque já tive várias depressões. Sistema nervoso é a pior doença que tem. Por isso que as minhas amigas que tiverem me ouvindo e eu sei que tão tem que ter pensamento bom. (...) Se você colocar na cabeça que está doente vai sentir dor!"(Tarsila – 1ª sessão)*

O grupo dá sugestões, pensa junto, elabora. Anita valoriza a fala como importante ferramenta e pontua para Penha a necessidade de expressar seus sentimentos.

> *"-Muitas coisas que magoa a gente (...) se a gente não falar o outro ta lá e nem sabe o que a gente sabe, essa questão de falar o que a gente sente é muito importante." (Anita – Penha – 6ª sessão)*

Após longa elaboração com o grupo Dulce conta em sessão seguinte sobre reencontro com seu filho, questão que foi pensada junto no grupo. Ela, sorridente e sem usual olhar apreensivo relata com ares de vitoriosa:

> *"-O meu problema eu já tinha falado. Aí foi até engraçado que eu encontrei com ele aí eu fiquei brincando: Não vai pedir a benção não é? Aí eu falei com ele: Oi filho, dormiu comigo? E ele: Oi mãe. Aí não me deu beijo nem nada, mas depois acabei dando um beijo nele." (Dulce – 3ª sessão)*

DISCUSSÃO:

Principais resultados:

O desempoderamento permeia os diversos pontos elencados pelas mulheres, nutrindo um circulo vicioso, contribuindo para o adoecimento. A falta de autonomia pessoal reforça a baixa autoestima, que aliada a dificuldades financeiras, contribuem para posturas submissas,

naturalização da violência psicológica, aceitação e perpetuação de relacionamentos insatisfatórios, bem como para o aumento da cobrança pessoal e sentimento de incapacidade. As falas apontam para o fato de que boa parte dos medos estão subordinados a ideias de incapacidade pessoal e à dependência integral de terceiros.

Correlação com os achados na literatura:

Os relatos retratam o que foi exposto por Vaconcelos (2003) mostrando que não ter o comando da vida, e mais, delegar esse comando a terceiros reafirma a posição incapacitante e impotente que algumas dessas mulheres relatam. A dificuldade em vislumbrar possibilidades, o desconhecimento do potencial pessoal, bem como a falta de autonomia colaboram para desesperança no futuro e estagnação pessoal.

As mulheres, em grande maioria, desconheciam, ou não valorizavam, seus quadros emocionais. Evidenciou-se uma certa passividade e aceitação, como se o sofrimento psíquico fosse inerente à elas, consequentemente assumiam rótulos sociais depreciativos e o descrédito que socialmente lhes era imputado. O estigma e o status moral dos transtornos mentais, segundo Goffman (1988) inferioza o indivíduo e o coloca no lugar de incapaz e "irrecuperável". Tais rótulos, uma vez que aceitos podem dificultar a busca por tratamento e agravar prognósticos.

Frente a "naturalização" e "aceitação" de papéis de gênero com base no modelo patriarcal, as mulheres () estão expostas constantemente à culpabilização e crítica excessiva ao papel de mãe e esposa, tanto pela sociedade como por elas mesmas. Ilustrando ideias teorizadas por Muraro & Boff (2010), era esperado onipotência e onisciência no cuidado dos filhos, isentando de responsabilidade o () patriarca e exacerbando sentimentos de culpa frente aos desafios comuns à maternidade. O sexo foi citado como moeda de barganha e uma obrigação, algo imposto e utilizado como apaziguador de conflitos.

A fraca ou inexistente rede social de apoio é citada pelas mulheres como motivo de sofrimento, porém o isolamento é também pontuado como uma necessidade nos momentos de sofrimento() reforçando a causalidade reversa do isolamento nos transtornos mentais como sinalizado por Fortes (2008). A proximidade física entre as casas e a falta de acesso às necessidades básicas unia as mulheres do grupo Amigas e o álcool era visto como um agente socializador, única opção de lazer e de aplacar o sofrimento.

É necessário centrar esforços na reconstrução da percepção da capacidade pessoal, autonomia, vontades, prazeres, sonhos, planos, perspectivas. Enfim, perceber-se como sujeito integral, capaz de ser responsável por suas agruras bem como pelas suas vitórias. Como

também pontuado por Guimarães e Valla (2009) em estudo de grupos terapêuticos, propiciar tal espaço é necessário e benéfico uma vez que, favorece integração e estimula a autoreflexão.

Limitações e Avanços do estudo:

Destaca-se como uma limitação que por ser um método dirigido, as delimitações das temáticas não peritiram aprofundamento das questões. Além disso a maioria, senão todas as mulheres, se conheciam e/ou nutriam estreitas relações, o que pode ter inibido falas sobre violência doméstica e, na comunidade Reviver as falas sobre sexo. Outra limitação foi o fato de só ter sido analisado dois dentre os dez grupos que foram realizados, porém optou-se por analisar os grupos pela minha participação como observadora.

Quanto aos avanços: O grupo foi valorizado pelas mulheres e o método utilizado é plenamente aplicável na Atenção Primária por médicos não especialistas. A possibilidade das mulheres conversarem de forma mais informal com os profissionais, favoreceu a adesão e a confiança na ESF e suscitou ainda valorização e maior proximidade com o serviço.

Aplicações para assistencia, pesquisa e ensino:

Documentar formas de representações do sofrimento emocional através de falas de mulheres com transtonos depressivos e ansiosos, atendidas na antenção primária, reafirma a necessidade de abordagem integral nos atendimentos. Partir da fala de pessoas em similar situação, para pensar abordagens e planos terapeuticos, alia a prática à teoria adequando pressupostos a experiências de vida. () A atenção às percepções das mulheres sobre o sofrimento capacita os profissionais para a escuta como importante ferramenta de trabalho para a melhoria dos quadros emocionais das pacientes.

Conclusão:

Conclui-se que o desempoderamento permeia todos os pontos elencados, nutrindo um circulo vicioso, contribuindo para o adoecimento. As rotinas diárias, com o acúmulo de tarefas, as cobranças, a baixa autoestima, dificuldades financeiras, privações e falta de apoio social contribuem para posturas submissas, naturalização da violência psicológica, aceitação e perpetuação de relacionamentos insatisfatórios, bem como para o aumento da autocobrança e sentimento de incapacidade. Sem forças e espaço para pensarem em si, ficam esquecidas as concepções de lazer, prazer, direitos, diálogos, sonhos e a própria felicidade.

Nessa experiência de trabalho em grupo ficou evidente a importância de um espaço onde seja possível falar e trocar experiências. Oferecer a possibilidade de serem ouvidas, de ver retratado nas colegas situações similares, e a capacidade de se ajudarem mutuamente, auxiliam na capacidade de autopercepção e no empoderamento.

**BIBLIOGRAFIA**


1- **Amorin, Patrícia,** (200) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais, 106, Rev Bras Psiquiatr 2000;22(3):106-15. In: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf

2- **Araya R., Wynn R., Leonard R., Lewis G**. (1994) Psychiatric Morbidity in Primary Health Care in Santiago, Chile. Preliminary Findings. Br J Psychiatry; 165 (40): 530-3.

3- **Bardin**, **Laurence**. (1977) Análise de Conteúdo. Ed. Lisboa.

4- **Beauvoir, Simone De**, (1949) O segundo sexo Vol. I. São Paulo: Circulo do Livro.

5- **Campos Rodenas R.** (1993) Estudio de la Morbilidad Psiquiátrica em el Area de Atención Primaria de la Ciudad de Zaragoza. Tese de Doutorado em Medicina da Facultad de Medicina de Zaragoza; Zarag oza.

6- **Canino G., Bird H., Rubio-Stipec MB.** (1997) The Epidemiology of Mental Disorders in the Adult Population of Puerto Rico. Puerto Rico Health Sciences Journal; 16(2):117-124.

7- **Carrara, S.** Et al, (2010) Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade, UERJ-Rio de Janeiro.

8- **Chiaverini, D. H org.** (2011) Guia prático de matriciamento em saúde mental, Ministério da Saúde: Brasília, DF.

9- **Fortes, S.** (2008). Queixas somáticas enquanto forma de apresentação dos transtornos mentais comuns: um estudo no programa de saúde da família de Petrópolis/ RJ–Brasil. Tese apresentada na pós-graduação do Instituto de Medicina Social – UERJ. Rio de Janeiro

10- **Garcia-Campayo J., Carrillo C.S**. (2002) Neurosis en atención primaria. in M. Roca (eds). Trastornos neuróticos. Psiquiatría Editores, Barcelona.

11- **Garcia- Campayo J., Lobo A., Perez-Echeverria MJ., Campos R.** (1998) Three Forms of Somatisation Presenting in Primary Care Settings in Spain. 186:554-560, Journal of Nervous and Mental Disorders.

12- **Goldberg, D. P. & Williams P**., The User's Guide to the General Health Questionnaire. Wind-sor: Nfer-Nelson; 1988.

13- **Goldberg D., Huxley P.** (1992) Common Mental Disorders: a Bio-Social Model; Tavistock/ Routledge London.

14- **Goffman, Erving**, Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª Ed. – Rio de Janeiro: LTC, [1988] 2008

15- **Guimarães M. B. L. e Valla V. V.** (2009) Terapia Comunitára como Expressão de Educação Popular: Um Olhar a Partir dos Encontros com Agentes Comunitários de Saúde, *in*: www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/.../GT06-5115--Int.pdf

16- **Gureje O.** (1999) The Influence of Depression and Anxiety on the Course of Somatization in Primary Care. in Somatoform Disorders: A Worldwide Perspective - Keio University Symposia for Life Science and Medicine, Springer, Tokyo

17- **Kirmayer LJ., Robbins JM**. (1991) Currents Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspective. American Psichiatric Press; Washington DC.

18- **MaGPIe Research Group.** (2001) Psychological Problems in New Zealand Primary Health Care: a Report on the Pilot Phase of the Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). NZ Med J; 114:13-6.

19- **Marques, Alice**, (1997) *in:* WWW.scribbd.com/doc/20756366/interpretando-a-epistemologia-qualitativa

20- **Muraro, Rose Marie, Boff, Leonardo,** (2010) Feminino e Masculino – Uma Nova Consciencia para o Encontro das Diferenças, Record, Rio de Janeiro.

21- **OMS/WONCA**, (2009) Integração da Saúde Mental nos Cuidado de Saúde Primários – Uma Perspectiva Global. *In*: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf. Portugal.

22- **Roazzi, A. Oliveira, A.D.,** A Representação Social da "Doença dos Nervos" entre os Gêneros *in*: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722007000100011&script=sci_arttext

23- **Üstun TB., Sartorius N.** (1995) Primary Mental Health Services: Access and Provision of Care. In **Üstun T.B.; Sartorius N.** Mental Illness in General Health Care: an International Study. John Wiley & Sons. Chichesser, England.

24- **Vasconcelos, Eduardo Mourão**, O Poder que Brota da Dor e da Opressão – *Empowerment*, sua História, Teorias e Estratégias, Paulos, São Paulo; 2003.