

## PERCEPÇÕES DE TRANSTORNO MENTAL DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>a</sup>

Mariana Cristina CÂMARA<sup>b</sup>, Maria Alice Ornellas PEREIRA<sup>c</sup>

### RESUMO

Esta pesquisa objetivou identificar percepções de transtorno mental, elaboradas pelas pessoas que recebem atendimento de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. A investigação é de natureza qualitativa, participaram 12 sujeitos. Utilizamos a entrevista semi-estruturada, recorremos à análise temática para a apreensão de percepções do transtorno mental vivido aos temas: história de vida sofrida, desavenças familiares. As percepções contêm aspectos ligados às carências econômicas, afetivas, relacionais que fazem parte da dinâmica de vida dos sujeitos, os tornam vulneráveis e demonstram a abrangência do processo saúde-doença. Destacamos a menção do suicídio, evidente de modo significativo nos depoimentos, apontamos a importância de se atentar aos conceitos elaborados pelas pessoas que são o objeto do cuidado e ressaltamos a necessidade de diretrizes organizacionais de assistência que respondam à pluralidade da demanda.

**Descritores:** Saúde mental. Psicopatologia. Aceitação social. Afeto.

### RESUMEN

*Esta investigación pretendió identificar las percepciones de trastorno mental, elaboradas por las personas que reciben atención de salud mental en la Estrategia Salud de la Familia. La investigación es de naturaleza cualitativa, en la que participaron doce sujetos. Utilizamos la entrevista semiestructurada, recurrimos al análisis temático para la aprensión de percepciones del trastorno mental vivido y surgieron los temas: historia de vida sufrida y desavenencias familiares. Las percepciones contienen aspectos ligados a las carencias económicas, afectivas y relacionales que hacen parte de la dinámica de vida de los sujetos, los hacen vulnerables y demuestran cuánto abarca el proceso salud-enfermedad. Destacamos la mención del suicidio, evidente de modo significativo en las declaraciones, apuntamos la importancia de atender a los conceptos elaborados por las personas, quienes son el objeto del cuidado, y resaltamos la necesidad de directrices organizacionales de asistencia que respondan a la pluralidad de la demanda.*

**Descriptores:** Salud mental. Psicopatología. Aceptación social. Afecto.

**Título:** Percepciones de trastorno mental de usuarios de la Estrategia Salud de la Familia.

### ABSTRACT

*This research aims to identify perceptions of mental disorder by subjects who receive mental health assistance from the Family Health Strategy program. A qualitative method was used in this research, in which 12 subjects participated. Semi-structured interviews and thematic analysis were used to understand perceptions on mental disorder related to the topics: history of life suffering and family conflicts. Mental disorder was related to experiences of poverty, lack of affect and relationships, which increase vulnerability and reveal the scope of the health/illness process. In the reports, the possibility of suicide was often mentioned. The study calls attention to the importance of hearing and taking into consideration concepts elaborated by the subjects who are receiving mental health care. It also indicates the need for organizational guidelines of care that answer to the plurality of demand.*

**Descriptors:** Mental health. Psychopathology. Social desirability. Affect.

**Title:** Perception of mental disease by users of Family Health Strategy.

<sup>a</sup> Originado do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado em 2009 na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

<sup>b</sup> Enfermeira da Secretaria da Saúde do Município de Américo Brasiliense, São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Embasada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, uma nova forma de assistência gradativamente efetiva-se nos serviços de saúde mental brasileiros. Nos últimos anos, foram criados novos espaços de atendimento que favorecem a expansão da rede de assistência em saúde mental. Dados recentes indicam a existência de 1394 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país<sup>(1)</sup>. O número de pessoas inscritas no Programa de Volta para Casa, tem aumentado consideravelmente, eram 3.346 beneficiários até junho de 2009<sup>(2)</sup>. Embora o número de serviços assistenciais seja ainda insuficiente, é inegável a expansão e modificação da atenção em saúde mental brasileira. Espera-se que as práticas nos novos serviços substitutivos constituam-se em atividades humanas inovadoras, afetivas e interdisciplinares, pautadas no processo de desconstrução/construção de conceitos sobre o universo da loucura, oferecendo maneiras de lidar com o sofrimento<sup>(3)</sup>. Isso favorece a transformação da prática e do saber em saúde nos vários campos assistenciais, evidenciando a necessidade de articulação e integração entre os serviços especializados e os que compõem a rede básica de saúde, subsidiados pelo Sistema Único de Saúde ou pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Há mais de uma década, com a implementação do Programa Saúde da Família, elevado à condição de estratégia, o Brasil vem adotando o modelo de assistência domiciliar. Esse requer um olhar plural frente à complexidade dos cotidianos nos diferentes contextos. Também solicita o pensamento sistêmico, já que o foco de cuidado precisa voltar-se para o padrão e a maneira funcional e relacional da família. Ao invés de se limitar aos fatores suscetíveis de controle no meio hospitalar, é preciso lidar com uma gama de processos psicossociais que afetam o indivíduo vulnerável, deste modo favorecendo o processo terapêutico.

Desse modo, a ESF mostra-se como instrumento importante no processo de transformação da assistência, possibilitando maior aproximação entre usuário-família-profissionais, enfim, toda a comunidade. A realização de experiências nessa área demonstra a necessidade do campo de visão ampliado e extensivo às questões ligadas aos transtornos mentais na comunidade<sup>(4-6)</sup>.

A Declaração de Caracas (DC), marco histórico das transformações em curso, afirmou a im-

portância da reestruturação da assistência psiquiátrica vinculada à atenção primária<sup>(7)</sup>. No Brasil, após 15 anos, o documento Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas, chamado "Carta de Brasília", resgatou e refletiu acerca dos resultados obtidos a partir da DC em 1990. Tal iniciativa demonstra avanços no propósito anterior de reestruturação da assistência psiquiátrica, aponta entraves quanto à garantia dos direitos e da cidadania dos portadores de transtornos mentais, ressalta as adversidades e a fragilidade na promoção do processo de reabilitação psicossocial. Além disso, adverte sobre a importância da participação dos profissionais, da comunidade e dos usuários para a efetiva implementação dos aspectos humanos trazidos pela DC quer sejam éticos, políticos ou técnicos<sup>(8)</sup>.

Na perspectiva de construção de novas possibilidades assistenciais no âmbito da área em questão, mostra-se relevante o esforço para a compreensão da realidade contextual. Vemos que a identificação de percepções de transtorno mental elaboradas pelas pessoas que atualmente recebem atendimento nessa área, consiste-se em caminho importante para a ampliação de futuras intervenções, uma vez que a escuta pode nos aproximar das perspectivas dos sujeitos da assistência. Desse modo, esta investigação, que é derivada de um trabalho de conclusão de curso<sup>(9)</sup>, teve como objetivo identificar as percepções acerca do transtorno mental apresentado, elaboradas pelas pessoas que recebiam atendimento de saúde mental na ESF.

## MÉTODO

Foi realizada investigação de natureza qualitativa, em uma unidade ESF do interior paulista, composta por uma equipe mínima de profissionais que contam com o apoio do matriciamento de saúde mental realizado por equipe especializada.

A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio do ofício 541/08 CEP, e após os procedimentos éticos indicados, ouvimos 12 sujeitos, que no período da investigação recebiam atendimento de saúde mental no serviço pesquisado. Esclarecemos que anteriormente toda a equipe de saúde atuante na unidade teve acesso e pôde discutir o projeto. Os critérios para escolha dos participantes, consistiram na indicação dos profissionais como enfermeira, médico, agentes comunitários, assim como da psicóloga que com-

põe a equipe mínima de saúde mental e na disponibilidade de cada sujeito convidado para participar do estudo, não nos detivemos no tipo de psicopatologia apresentado. Assim, a partir da indicação dos possíveis sujeitos realizamos as visitas domiciliares para realização das entrevistas.

Nessa etapa, utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada. Os questionamentos feitos na entrevista, buscaram o conceito elaborado por cada sujeito acerca do transtorno psíquico manifestado e quando esse teve início. Foram feitas as seguintes perguntas: Com relação ao problema de saúde mental que o Sr. (ou Sra) vem sentindo, o que pensa sobre ele? Quando acha que ele (problema) teve início, quando ele começou?

A partir da anuência dos sujeitos e dos procedimentos éticos exigidos pelo CEP as entrevistas foram realizadas, no período de junho a agosto de 2009, sendo registradas com o auxílio do gravador, tiveram média de duração de trinta minutos e ocorreram na residência dos pacientes. Para o estabelecimento da amostra empregamos o critério de saturação<sup>(10)</sup>. Dados complementares foram buscados nos prontuários (idade; estado civil; tempo de atendimento na Unidade ESF).

Visando a análise dos dados da pesquisa, procedemos à etapa de transcrição das entrevistas e após a obtenção do material a ser analisado, realizamos várias leituras. Essas foram embasadas na Leitura Flutuante<sup>(10)</sup>, o que possibilitou a apreensão dos temas que foram posteriormente submetidos à Análise Temática. Dentre os temas enfocados, analisamos os seguintes: transtorno mental ligado à história de vida sofrida, e transtorno mental ligado às desavenças familiares.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

A composição dos sujeitos consiste-se em sete mulheres e cinco homens, com idades entre dezoito e oitenta anos, quatro são divorciados, seis casados e um viúvo. O tempo de tratamento na ESF variou entre três meses e cinco anos.

Esclarecemos que a vivência de sofrer psíquico foi compreendida nesta investigação como manifestação de características psíquicas na vida da pessoa. Percebe-se que nos conteúdos produzidos pelos sujeitos, destaca-se um núcleo central, pautado pela idéia de que o transtorno mental está ligado às experiências difíceis de serem vividas.

### Transtorno mental ligado à história de vida sofrida

Os depoimentos evidenciam que as percepções acerca do transtorno sentido estão ligadas às vicissitudes dos percursos.

*É, minha vida é muito triste! Eu atribuo boa parte dos meus problemas de saúde ao ritmo que levei desde que meus pais morreram... desde que tinha cinco anos, é a mesma coisa, não acaba uma, vem outra. Se disser que tive um ano feliz na minha vida, estou mentando... cada coisa que ia acontecendo só ia machucando meu coração (Márcia).*

O conteúdo produzido sugere que vários fatores interferem na saúde, como condições ambientais, sociais, culturais e econômicas. Problemas sentidos na infância ou na adolescência, o sentimento de abandono, as faltas, as lacunas sentidas no processo de desenvolvimento emocional, podem comprometer a expansão da pessoa. Muitas vezes, o peso das carências materiais básicas pode suplantear o peso das carências afetivas e do mundo psíquico, contribuindo para silenciar sentimentos que, dependendo das vulnerabilidades subjetivas, favorecem a presença do sofrimento psíquico.

*Não tive uma vida de criança, uma adolescência saudável, tudo para mim foi assim aos trancos e barrancos; aí casei e achei que agora ia ter misericórdia, o homem começou a beber (Márcia).*

O sujeito explicita que na busca de identidade, e mais tarde uma união matrimonial e a maternidade podem ser vivenciadas pela mulher que mantém várias interrogações caladas no seu íntimo, sem respostas. Ela segue com suas dúvidas, com conflitos de seus mundos interno e externo, cumprindo seus papéis sociais.

Por outro lado, o conteúdo dos depoimentos nos remete à clássica afirmação de que o *pathos* precede o *logos*<sup>(11)</sup>. Os sujeitos trazem o sofrer experimentado, ou seja, falam da experiência complexa de sofrimento que muitas vezes torna-se intolerável e que requer ajuda. Então, ampliam-se as abordagens do sofrimento psíquico, sejam as intervenções biológicas, sociais, psicológicas e/ou religiosas. Isso pede o olhar, a escuta atenta e sensível do profissional envolvido na assistência para com o outro que se mostra à sua frente.

Podemos pensar que quando a assistência é voltada para a consideração do corpo como objeto a ser reparado, há implicitamente ou explicitamente, por parte dos sujeitos da assistência, o pedido de reintegração do corpo vivido, de um modo simbólico, pleno de significados. Assim, a relação humana é o veículo para se compreender a dimensão simbólica.

Um de nossos sujeitos trouxe a importância de sentir-se acolhido num momento de intensa dificuldade, afirmando que, perante tantas experiências sofridas, só o poder divino traria algum alento:

*Se não fosse evangélica, não conhecesse o poder de Deus, diria assim: "Não sei como estou viva!" (Mara).*

Desse modo, o isolamento, o sentimento de exclusão permanente, pode distanciar cada vez mais a pessoa que, mediante a complexidade de dificuldades vividas e pouco elaboradas, projeta para o divino, para a religiosidade, independentemente da crença, o vislumbrar de soluções e o possível alívio do sofrer.

*Você olha para o mundo assim, vê um monte de gente no mundo, não acha uma pessoa para conversar com você, para te dar um ombro para você por a mão e aí vê que está sozinha (Sandra).*

O discurso sugere a idéia de transtorno mental vivido, ligado ao sentimento de solidão, de isolamento, dificultando a emergência de recursos internos e solicitando a necessidade da presença do outro.

Observamos que dentre os doze participantes do estudo, seis mencionaram o suicídio direta ou indiretamente. Dessas seis pessoas, três já o tentaram e as outras três já pensaram no tema.

*Várias vezes, noites eu pensei se a gente morresse, não tinha problema para ninguém, os problemas acabavam... várias vezes dava muito nó na minha cabeça (Lúcia).*

*Precisou levar eu para a Unesp dopada, porque tomei 40 diazepam na noite em que ele [marido] começou, não me deixava dormir... Eu tomo calmante para dormir, se não tomar os calmantes não durmo (Sandra).*

Os depoimentos sugerem que o desamparo, a carência de rede social capaz de oferecer suporte necessário, a ausência de afeto nas relações familiares, a carência do estabelecimento de relação de

confiança no serviço de saúde utilizado, podem ofuscar a busca de saídas para o sofrimento psíquico que chega ao limite do suportável e torna-se indescrevível.

*A depressão... se a pessoa não se cuida, leva a gente ao suicídio, leva a gente a fazer certas coisas que tem que pensar muito, porque várias vezes tentei suicídio, várias vezes (Lúcia).*

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que esse transtorno afetivo é mais frequente que outras doenças mais temidas pelo senso comum, como o câncer ou a Aids, e alertam que nos próximos vinte anos a depressão deverá se tornar a doença mais comum. Paralelamente, a evolução da ciência tem demonstrado o quanto as causas de depressão são multifacetadas. Sabe-se que as pressões ambientais cotidianas afetam o nível de estresse, o que pode ser agravado pelas condições sócio-econômicas vivenciadas pelas pessoas, levando à expressão de problemas mentais nos sujeitos que apresentam vulnerabilidades para os mesmos<sup>(12)</sup>.

O suicídio é um problema de saúde pública mundial. A mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos, na maioria dos países, situando-se entre as dez causas de mortes mais frequentes na população geral. Considera-se que para cada suicídio, há em média cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrerão consequências emocionais, sociais e econômicas<sup>(13)</sup>. Por outro lado, é importante considerar as tentativas sem êxito, ou os que não chegaram a tentar, mas que já pensaram neste ato<sup>(14)</sup>.

*Chega ao ponto de uma pessoa cometer um suicídio. Poucos dias agora, uma senhora aqui, perto da padaria cometeu um suicídio, colocou a corda no pescoço, ela já estava em depressão, eu não gosto de pensar nisso porque quando fico atordoada fico assim, pensando coisa que não deve, penso nisso é que nem um diabo... Eu luto com isso, não sei até quando (Lúcia).*

*Agora estou procurando ver se encontro lá dentro para poder sobreviver; a gente tem que sobreviver. Esses dias atrás aconteceu de uma mulher se suicidar e eu me vi nua, entende, no lugar dela (Sandra).*

Junto à busca por códigos de vida, de saída que expressa desejo de sobrevivência, observamos que dois de nossos sujeitos relataram recente sui-

cídio ocorrido na vizinhança, em data anterior à entrevista deste estudo. Além da identificação dos sujeitos com a pessoa que cometeu suicídio, percebe-se nos depoimentos pedidos de ajuda a um estado de sofrimento, que poderá tornar-se intolerável.

Mediante tal realidade, podemos pensar que o suicídio pode estar ligado aos problemas de saúde mental não diagnosticados, e consequentemente não tratados.

*Eu nunca tive ninguém para falar; agora não, quando eu tenho o problema surgindo na minha cabeça procuro falar nem que seja com o cachorro para por para fora, não guardo mais (Sandra).*

Após ter narrado situações de frustrações, de dificuldades vividas e ter atribuído a tais experiências, o transtorno hoje sentido, esse sujeito destacou sua história de migração. Veio do nordeste ainda na adolescência, expressou falta de vínculos e poucas figuras de identificação; mencionou dificuldades para enfrentamentos, a presença constante de insegurança interna, demonstrando sentir fracassos que o conduziram à marginalização e ao fechamento sobre si.

*Hoje eu me acho aqui, detrás dessas quatro paredes, sozinha, sem ter quem dar mais uma palavra, sinto uma coisa, não tenho a quem fazer queixa, porque é aquela história, eu não tenho a quem dar queixa dos meus males (Isabel).*

O contínuo sentimento de solidão aparece nos discursos como expressão dos males latentes que se manifestam no cotidiano, contribuindo para a permanência do acometimento do transtorno vivido e conduzindo à exclusão.

A exclusão consiste em processo de muitas vertentes, com dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. “É um processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros”<sup>(15)</sup>.

*Ninguém faz nada por mim, eu também não devia me preocupar, mas quem é que não se preocupa (Isabel).*

Constatamos que os sujeitos parecem desejar relações que atuem como antídotos contra as dificuldades vividas. Ao considerar a importância

do cuidado ampliado na saúde mental, reitera-se que “relações cuidadosas são pedagogicamente potentes para promover mudança rumo à qualificação dos modos de se relacionar”<sup>(16)</sup>.

No entanto, um dos entrevistados, que não tem experiência anterior de internação psiquiátrica, elaborou depoimento no qual está evidente o quanto deposita no hospital psiquiátrico sua expectativa de alívio do próprio sofrer.

*Querida uma internação, nem que fosse por uns dias, para a gente tomar um tratamento certo, para ver se afirma, essa emoção descontrolada que sinto... nem que fosse por uns dias sabe, um tratamento, porque a gente mora sozinho e eu enfrento muito trabalho, às vezes vem um esgotamento físico, um esgotamento mental, de tanto a gente ter sofrido, tanta pena (Pedro).*

Situações de penúria, de exaustão, enfrentadas sem recursos internos, a carência de escuta sensível aos males sentidos, o desconhecimento do que seja estar internado no hospital psiquiátrico, a experiência de sentir “emoção descontrolada” e não vislumbrar alívio, podem ter levado o sujeito à explicitar tal solicitação de descanso de algo que o maltrata, ou uma trégua para as agonias às quais não vê soluções que lhe tragam consolo ou alívio.

### **Transtorno mental ligado às desavenças familiares**

As narrativas evidenciam que as desavenças familiares estão atreladas ao sofrimento psíquico apresentado. As dificuldades ligadas ao convívio familiar foram relatadas como sendo de várias ordens. O ambiente aparece como fator desagregador e determinante:

*Longe da minha família consegui levar a vida, só que depois comecei a enfrentar novos problemas, morei com a minha mãe de novo e novos problemas... logo que cheguei, minha irmã veio brigar comigo por causa de quarto, eu com duas crianças pequenas e ela veio brigar comigo por causa de quarto! (Suzana).*

Considerando os possíveis aspectos que favorecem as manifestações de transtorno mental, ponderamos que no cenário domiciliar as emoções expressas, as brigas, as hostilidades, o excesso de críticas, conduzem ao estresse familiar e influenciam o decurso do transtorno mental anteriormente manifestado.

O depoimento mostra haver uma carência de aportes quanto às necessidades ligadas ao campo do afeto. Essas vão sendo repassadas ou revividas pelas gerações subsequentes, evidenciando que há uma atribuição da dramática humana ao ambiente doméstico. Entende-se “dramática humana” como o conjunto das experiências, dos percursos vividos por cada um, gerando uma resposta que emerge de uma dada situação. Suas manifestações coexistem nas áreas do corpo, da mente e do mundo externo<sup>(17)</sup>.

O mesmo sujeito que elaborou o depoimento anterior, se referiu ao filho:

*Esse moleque está perturbado, chora para tudo, chora para tomar banho, é uma boca arreganhada... de tanto ficar no meio da loucura deles, de ficar no meio das brigas de marido e mulher, de bêbado, de drogado... ele fica perturbado (Suzana).*

Ao refletir a importância do meio para a maturidade emocional, tem-se que “o desenvolvimento emocional ocorre se houver condições suficientemente boas para que o impulso ao desenvolvimento seja despertado no próprio indivíduo”<sup>(18)</sup>. Desse modo, em condições ambientais desfavoráveis, poderá ocorrer dificuldade para o desenvolvimento das relações objetivas. Percebe-se que os sujeitos demonstraram ter vivido dificuldades remotas que se perpetuaram pelo tempo. Essas repercutem nas histórias atuais, trazendo sentimentos e condutas muitas vezes pouco elaboradas ou reconhecidas.

*Eu passo muito nervoso na família, muito nervoso, desde pequenininha fui muito judiada... Eu acredito que é sistema nervoso (Márcia).*

Podemos pensar que a ausência de afeto acarreta à pessoa dificuldades para que essa floresça e expanda seu potencial. Os sentimentos advindos dessa carência podem provocar o recolhimento em si mesmo ou o fechamento em concha, dificultando e determinando trajetórias. Ouvimos depoimento que demonstra a realidade da dureza de ter crescido em ambiente árido, com pouca compreensão e trocas.

*Sou nordestina, os nordestinos hoje estão mais maleáveis... mas antes eles eram pessoas assim que a criança fez algo errado, ou às vezes nem foi aquela criança, foi outra e aquela criança não tem direito a se explicar... e aquilo você vai guardando, vai guardando de mais (Márcia).*

A partir da experiência de perdas, a depressão aparece como transtorno mais identificado pelos participantes, como forma mais frequente de expressão de subjetivas manifestações.

*Minha mulher largou de mim, aí caí em depressão e também o alcoolismo que faz tempo que venho nessa batalha aí, e a depressão por causa de um problema familiar, tive que separar da família, aí eu caí em depressão mesmo (Joaquim).*

*Eu tenho problema de nervo, qualquer coisa estou nervosa, sou muito ansiosa... e quando meu marido morreu, quase morri também, peguei uma depressão (Isabel).*

Os sujeitos revelam que o desafeto é bastante presente no meio familiar, originando agressões morais, e às vezes agressões físicas; promovendo redução da auto-estima, desrespeito, além do sentimento de abandono.

*Aí, teve uma época, teve um dia que cheguei a por fogo no colchão com ele deitado. Você sabe, a pessoa não dorme, a pessoa está te xingando de manhã, de tarde, de noite, de madrugada, não deixa você dormir. Ele pregava a porta, os batentes, de fora a fora, pregava para eu não sair... por causa dessas coisas aí, é a depressão (Neusa).*

Outro depoimento traduz o peso do fardo oriundo das dificuldades vividas pelo acometimento do transtorno, somado às vicissitudes encontradas nas relações familiares.

*A primeira depressão dava vontade de morrer. Às vezes dava vontade de matar, às vezes escutava vozes. A gente se irrita com qualquer coisa. Eu não dormia, então no outro dia você está mais estressada do que os problemas que você carrega... o meu marido ele é, agora ele parou, é alcoólatra e eu, sempre levei todo mundo nas minhas costas (Sandra).*

A conduta de um ser humano ou de um grupo se dá sempre no contexto dinâmico de vínculos e de relações humanas inter-atuantes a cada momento<sup>(17)</sup>. No estudo de um fenômeno, torna-se imprescindível fazê-lo em função de suas relações contextuais em um dado momento.

*É um problema que enquanto não me livrar dele [marido] vou ficar assim, me sentindo mal e em breve, se Deus quiser, eu pretendo me livrar vou embora para a Bahia, vou viver um pouquinho para mim (Márcia).*

Constatamos que alguns depoimentos mostram a expectativa dos sujeitos de receberem do outro a desejada atenção. Há uma idéia e uma atitude de depositarem no outro as possibilidades de gratificação e de busca de uma vida melhor.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação evidencia a necessidade de superação do paradigma tradicional no campo teórico e prático da saúde, substituindo a visão e a prática anteriores pela valorização da experiência vivida com seus significados.

A análise nos permitiu visualizar que os participantes trouxeram o humano, que falaram de questões inerentes às vivências pessoais, ricas de sentido. Dois aspectos se destacaram: o primeiro é relativo ao conjunto de experiências ligadas às carências econômicas, afetivas, relacionais, que fazem parte das dinâmicas de vida e que os tornam frágeis para a marcha diária, demonstrando a abrangência do processo saúde-doença. O segundo é relativo à menção do suicídio presente de modo significativo nos depoimentos ouvidos (de 12 participantes, seis mencionaram o suicídio).

Os sujeitos relataram que a experiência do acometimento do transtorno mental e o sofrimento psíquico sentido, requerendo a presença do outro. Encontramos claras solicitações de continência, de escuta, de confiança, evidenciando a necessidade de diretrizes organizacionais de assistência que respondam à pluralidade da demanda.

Isso solicita que as políticas públicas estejam adequadas às necessidades das pessoas, quer sejam elas usuários, familiares ou profissionais. Requer ainda que os serviços tenham claro a noção de território, de responsabilização por esse, e que os profissionais atuantes, além da sensibilização, recebam também suporte teórico, prático e emocional.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Pacote de medidas é anunciado para melhorar o atendimento de pacientes com transtornos mentais [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2010 abr 27]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10739](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10739).
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Programa de Volta para Casa. Saúde Ment Dados [Internet]. 2009 [citado 2010 abr 27];4(6):10. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_06.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf).
- 3 Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):692-9.
- 4 Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 11-52.
- 5 Pinto TR. Encontros e desencontros: a Estratégia de Saúde da Família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2007.
- 6 Pereira MAO, Machado MP, El Bachá SA. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: depoimento de experiência. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(1):59-64.
- 7 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Caracas [Internet]. Caracas; 1990 [citado 2010 abr 27]. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas).
- 8 Ministério da Saúde. Carta de Brasília: princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas [Internet]. Brasília (DF); 2005 [citado 2009 nov 20]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf).
- 9 Câmara MC. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família [monografia]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2009.
- 10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 11 Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
- 12 World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2009 Oct 21]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- 13 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissio-

- nais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2010 abr 21]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf).
- 14 Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 15 Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 2004.
- 16 Valentini W. Nenhum ser humano será bonsai. In: Hararari A, Valentini W, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-24.
- 17 Bleger J. Psicologia da conduta. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- 18 Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:**

Maria Alice Ornellas Pereira  
UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem  
Campus Universitário Rubião Jr, s/nº  
18603-970, Botucatu, São Paulo  
E-mail: [malice@fmb.unesp.br](mailto:malice@fmb.unesp.br)

Recebido em: 07/06/2010  
Aprovado em: 23/11/2010