



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Neusa da Silva Eckerdt

**Sofrimento psíquico da mulher: um estudo
com profissionais de saúde do município de Florianópolis**

Florianópolis, 2010

Neusa da Silva Eckerdt

**Sufrimento psíquico da mulher: um estudo
com profissionais de saúde do município de Florianópolis**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Fátima Buchele

Florianópolis, 2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

E19s Eckerdt, Neusa da Silva

Sofrimento psíquico da mulher [dissertação]: um estudo com profissionais de saúde do município de Florianópolis / Neusa da Silva Eckerdt; orientadora, Fátima Büchele. - Florianópolis, SC, 2009.
56 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Mulheres - Saúde mental.
3. Sofrimento psíquico. I. Büchele, Fátima. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614

A Deus, por tudo.
Ao meu marido Cleber, pela paciência e apoio.
Aos meus pais pela compreensão.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela oportunidade de poder estudar e agregar conhecimentos valiosos à minha vida acadêmica.

Ao meu marido Cleber, que muito me apoiou e compreendeu as ausências. Pelo entendimento da total dedicação em frente ao computador por horas a fio.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e entenderam que este momento foi muito importante para mim.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para que este trabalho fosse possível ser concretizado. Em especial, o pessoal do Distrito Sanitário Sul, que muito me apoiou em vários momentos na possibilidade da realização deste trabalho.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Pública que contribuíram para meu crescimento com as aulas, leituras e convivência.

À professora Fátima, pelo acolhimento do meu desejo de saber. Pela sua amizade e relacionamento acadêmico amistoso e prazeroso, que contribuiu para o meu crescimento e amadurecimento.

A todos os meus colegas do curso, pelos momentos de conhecimento, discussões, descontrações e alegrias. Com certeza sentirei saudade.

À Secretaria Municipal de Florianópolis, que permitiu a realização deste estudo.

A todos os profissionais de saúde que aceitaram participar, contribuindo com suas falas, disponibilizando seu tempo para responder às questões, pois sem os mesmos este estudo não seria possível.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Fundamentação Teórica.....	13
2.1 Políticas de Saúde Mental.....	13
2.2 Políticas de Saúde Mental Feminina	17
2.3 Equipes de Saúde.....	18
2.4 Sofrimento Psíquico e Mulher	19
3. Objetivos.....	24
4. Metodologia	25
4.1 Caracterização do Local de Estudo.....	25
4.2 Sujeitos do Estudo.....	25
4.3 Coleta de Dados.....	26
4.4 Análise dos Dados	27
4.5 Considerações Éticas.....	28
5. Resultados e Discussões.....	29
6. Referências Bibliográficas	30
7. Apêndices.....	37
7.1 Apêncide A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	37
7.2 Apêndice B – Roteiro de Entrevistas	38
8. Artigo Científico	39

1 – Introdução

A Saúde Mental envolve as várias dimensões da vida do indivíduo, em seu contexto biopsicossocial, integra um conjunto de dispositivos de interação com o meio social e múltiplos âmbitos de intervenções assistenciais. Ela ainda abrange uma proposta integrada nos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, social, cultural e humanizado (FONSECA, 1985).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) considera saúde mental como a capacidade de um indivíduo apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades. Aponta que os sofrimentos psíquicos de, aproximadamente, 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física.

As estimativas internacionais e as do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, apontam que 3% da população (cerca de cinco milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos devido a transtornos mentais severos e persistentes, sendo que 9% desses precisam de atendimento eventual devido a transtornos menos graves (BRASIL, 2004a).

A expressão sofrimento psíquico utilizada atualmente ocupa um lugar social diferenciado, ao mesmo tempo em que a relação normal e patológico vem se transformando. O fenômeno patológico revela uma composição individual modificada, ou seja, o que era natural para o organismo normal não o é mais para o organismo modificado (CANGUILHEM, 1982).

A predominância do sexo feminino, principalmente quanto ao diagnóstico de neuroses, é relatada no levantamento sobre estudos epidemiológicos na área de saúde mental, realizados no Brasil nas regiões Sudoeste, Sul e Nordeste, relacionados aos atendimentos nos serviços ambulatoriais e emergências psiquiátricas, constatando que 65% dos atendidos eram do sexo feminino (MEDEIROS, 2006).

Bandeira (2007) ao avaliar as características de transtornos mentais em indivíduos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constatou uma porcentagem elevada de pessoas que apresentavam sintomas de transtornos mentais não psicóticos, com um índice global de 37,8% de pessoas com perfil sintomático. Laurenti (2007), em outro estudo sobre as manifestações de sofrimento mental mais frequentes, evidenciou, na maioria dos diagnósticos, a prevalência

do sexo feminino, principalmente nos itens ansiedade/transtorno depressivo.

Nas últimas décadas, representadas por debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vêm ocorrendo elaboração e contribuição instrumental nessa área por parte do pensamento da saúde coletiva.

Esses dados iniciais apontam que a situação da saúde mental como um todo e a saúde mental da mulher são temas que ainda exigem novos e mais estudos de diferentes características. A divulgação desse assunto é urgente, considerando a necessidade de compreender como acontecem hoje a produção e a expressão da saúde mental entre os profissionais da saúde.

Nesse contexto e para subsidiar esse estudo, buscamos compreender o sofrimento psíquico da mulher com os grupos de profissionais da saúde, na expressão do seu conhecimento e de suas ideias, numa perspectiva coletiva, englobando saberes científicos e culturais, explorando seus valores e significados.

Diante desses elos, o principal objetivo desse estudo, é identificar o sofrimento psíquico da mulher com os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família e nas Equipes de Referência em Saúde Mental do município de Florianópolis, SC.

2 – Fundamentação Teórica

Neste item, nosso propósito é fazer uma breve descrição sobre a construção das políticas de saúde mental e o panorama do sofrimento psíquico da mulher.

2.1 - Políticas de Saúde Mental

O movimento psiquiátrico no Brasil tem como um dos marcos as reivindicações dos trabalhadores de saúde mental, conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, além de movimentos como a Comissão de Direitos Humanos, a Ordem dos Advogados do Brasil e movimentos locais de familiares e pacientes, que denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos e os maus tratos nas instituições psiquiátricas. Faz parte também das marcas da Reforma Psiquiátrica Brasileira a sensibilidade para os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação. É no ano de 2004 que o MS anuncia a decisão de intervir judicialmente nos hospitais psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), após os resultados obtidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (BRASIL, s/d; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; LÜCHMANN, 2007).

Através da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, acontece um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, com o reconhecimento da responsabilidade do Estado para com a assistência aos portadores de transtornos mentais, extinguindo progressivamente os manicômios no país. Nesse mesmo ano, acontece a terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, acelerando o processo com resultados cada vez mais estimulantes (BRASIL, s/d).

Ao analisarmos a política do SUS, observamos grande avanço nos serviços substitutivos em saúde mental. Entre os serviços destacam-se os atendimentos em atenção básica pelas equipes de saúde da família, a construção de redes de apoio por meio do matriciamento e as referências aos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). O atendimento em saúde mental dentro do SUS é preconizado, seja através da Atenção Básica e da Equipe de Saúde da Família por meio da

Estratégia de Saúde da Família, como também é porta de entrada, em articulação com os CAPS, obedecendo ao modelo de redes de cuidado e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2004a; PMF, 2008). O atendimento pode ser caracterizado, como: individual, em grupo, para a família, através de atividades comunitárias, assembléias ou reuniões de organização do serviço. Tudo isso, levando em consideração as diferentes atribuições técnicas dos profissionais, além das iniciativas de familiares e usuários e da característica do território onde se situa identificando a cultura local e regional (BRASIL, 2004a).

Para a efetividade do atendimento em saúde mental na atenção básica, implantaram-se na rede de serviços do SUS as Equipes de Referência em Saúde Mental, responsáveis pelo matriciamento, que consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço de saúde mental. As pessoas avaliadas que necessitam de atendimento são encaminhadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, conforme suas necessidades, para acompanhamento nos serviços de referência em atendimento em Saúde Mental. Essa política está vinculada ao Pacto pela Vida que, através da Coordenação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, vem construindo o Pacto pela Saúde Mental (BRASIL, 2007). Os modelos de atendimento em redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas, integram as ações de saúde mental na atenção básica, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2004a).

Na atenção básica, as equipes de matriciamento, estão disponíveis para oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de saúde (BRASIL, 2003). Nesta proposta de organização do trabalho em saúde, as equipes do matriciamento, apóiam e supervisionam o trabalho de 03 a 04 equipes de saúde, adscritos em uma determinada área de abrangência e juntos têm sob sua responsabilidade o atendimento às pessoas, conforme suas necessidades. Isto possibilita que, as pessoas em atendimento, permaneçam em tratamento com a equipe de saúde e disponham do acompanhamento, quando necessário, dos profissionais das equipes de referência.

A responsabilização compartilhada exclui a lógica do encaminhamento, pois tem como objetivo aumentar a capacidades de resolver as situações pela equipe em nível local. Isso estimula, no decorrer do tempo, a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. Essa ampliação significa o resgate de cada caso, associando

riscos sociais a avaliação clínica. Esta organização, segundo Campos (1999), possibilita que o profissional acompanhe melhor o processo saúde/doença de cada paciente, favorecendo a aproximação e comprometimento entre o paciente e a equipe de saúde, melhorando assim o atendimento e a qualidade do trabalho em saúde. O mesmo autor salienta a importância da comunicação entre as distintas profissões e o atendimento lado a lado, garantindo a qualidade da atenção à saúde.

A proposta do matriciamento tem por objetivo garantir que as Equipes de Saúde dos Centros de Saúde e as Equipes de Referência exerçam a integralidade na atenção em saúde pelo vínculo com os pacientes na assistência prestada juntamente com os familiares. Promover a valorização e integração do trabalho destas equipes, garantindo melhor qualidade na prestação da assistência, em todos os seus níveis, pelo compartilhamento das informações, melhorando assim a capacidade de análise e planejamento da intervenção necessária (BRASIL, 2003).

A atenção básica ao realizar os atendimentos a população é vista como uma articulação importante e necessária na saúde mental. Grande parte da população com transtornos mentais leves (transtornos de ansiedade, uso abusivo de benzodiazepínicos, álcool e outras drogas) tem como porta de entrada a atenção básica, para a identificação das diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Recentemente foi criada, por meio da Portaria 154/08 (BRASIL, 2008), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem como objetivo ampliar as ações da atenção básica, apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NASF são constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros. Estes profissionais atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde e apoiando as equipes nos Centros de Saúde. Com isso pretende-se criar plena integralidade do cuidado físico e mental às pessoas que buscam atendimento na saúde.

Considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, a portaria ainda recomenda que cada equipe do NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental. Define também que cada núcleo vincule suas atividades no mínimo 03 e no máximo 20 Equipes de Saúde da Família, conforme o planejamento estratégico do gestor municipal, prioridades locais e da composição de cada NASF. As ações em saúde mental visam à atenção ao doente e a

família em situação de risco psicossocial ou doença mental, proporcionando acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. A rede de cuidados em saúde mental deve integrar a rede de Atenção Básica, as Equipes de Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial, as residências terapêuticas, os ambulatórios, centros de convivência, os clubes de lazer entre outros (BRASIL, 2008).

Os NASF devem organizar suas atividades articulados as Equipes de Saúde da Família, apoiando as mesmas na abordagem e encaminhamentos aos casos de atendimentos em saúde mental. Devem discutir os casos identificados em sua área de abrangência, criar estratégias de tratamento e ampliar o vínculo com as famílias.

Coincidindo com a Estratégia de Saúde da Família, o campo de atenção à saúde mental passa por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando um modelo historicamente centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de ação comunitária. A ESF contribui para reorganizar os sistemas locais de saúde com maior resolutividade e integralidade da assistência pela forma estruturada de atendimento, hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 2003).

Seguindo a atual política do Ministério da Saúde (2008) há uma ampliação da rede de serviços locais, descentralizados e extra-hospitalares, de atenção ao sofrimento psíquico. A principal característica dessas equipes é de servir de suporte entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados. Assim, a equipe compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades ou em atendimento em equipes.

Cabe salientar que o processo de ampliação da rede é recente, e sua estrutura e organização vem sendo ajustada de acordo com as demandas locais e com o crescimento do número de profissionais de diferentes áreas que a estão integrando. Pensando desta maneira, as Equipes de Referência em Saúde Mental, formada por psiquiatras e psicólogos inicialmente, visam fazer a ponte entre a atenção básica e os serviços especializados (CAPS e hospitais e emergências), integrando, assim, os cuidados em saúde mental.

Para Vasconcellos (2007), apesar de insuficientes, já contamos com inúmeras experiências municipais bem sucedidas, com implementação de programas de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Encontramos também organização gradativa de várias

associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com experiências inovadoras na área da ajuda mútua.

2.2 - Políticas de Saúde Mental Feminina

A saúde da mulher sempre esteve voltada ao ciclo reprodutivo. Foi nos anos 90, com o Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), que entre os objetivos surge o item que menciona as atividades integradas de saúde com a presença de profissionais, como psicólogos e psiquiatras. Para que aconteça a execução dos programas de políticas em saúde, é importante que haja vontade política, organização do próprio sistema de saúde, estímulo e treinamento apropriado dos profissionais de saúde, com o objetivo de integração entre as diferentes áreas. Contudo, encontram-se ainda muitos limites, como: falta de recursos financeiros, baixa produtividade, inadequado treinamento dos profissionais de saúde, além de serem poucos os serviços que oferecem uma atenção à saúde da mulher interligada com o atendimento em saúde mental, e há também poucas unidades de atendimento que possuem profissional psicólogo (RENNO, 2005; MORI, 2006).

As diretrizes da Secretaria de Saúde da Mulher do MS, que tinham seu plano de ação entre os anos 2004 a 2007, pela primeira vez contemplaram grupos diferenciados de mulheres com deficiências ou transtornos mentais. A efetivação dessa política depende do entendimento e da importância dada pelos gestores de saúde aos seus respectivos municípios, assim como o preparo dos profissionais de saúde é de suma importância (MORI, 2006; BRASIL, 2004b).

Levando em conta os determinantes sociais da saúde, a Coordenação Geral de Saúde Mental, a partir de 2004, passou a participar das discussões promovidas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, tratando de assuntos referentes a direitos sexuais e reprodutivos, transtornos mentais relacionados ao puerpério, violência doméstica e sexual, além de questões de gênero e de uso de drogas (aumento de consumo de álcool entre as mulheres e consumo prejudicial de anorexígenos e benzodiazepínicos). Uma estratégia nacional de abordagem do problema está sendo elaborada em parceria com instituições universitárias e não-governamentais (BRASIL, 2007).

2.3 - Equipes de Saúde

Consideramos um avanço a implantação da Estratégia de Saúde da Família, como eixo principal na resolução de problemas na atenção básica bem como um vínculo entre os profissionais das equipes de saúde, a comunidade, uma maior resolutividade ao ultrapassar barreiras e apresentar uma perspectiva maior no atendimento a pessoa em sofrimento.

Os profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família, rotineiramente se deparam com atendimentos em saúde mental. Segundo dados do MS (BRASIL, 2003), 56% das equipes realizam alguma ação em saúde mental e as mesmas são identificadas como recurso estratégico para o enfrentamento de agravos em saúde mental.

Para Onocko Campos (2004) o trabalhador da área de saúde está muito mais exposto ao desgaste do trabalho, pois enfrenta a dor e o sofrimento das pessoas as quais atende. Essa situação, segundo o mesmo autor, pode gerar um desgaste emocional fazendo com que o profissional entre em sofrimento psíquico em algumas situações.

Dejours (1996) ao considerar o trabalho na área da saúde, identifica os profissionais com problemas relacionados às condições de trabalho, apontando a precariedade nos recursos humanos e recursos financeiros no campo da saúde. Além disso, enfrentam demandas de sofrimento do doente e da sua família. Pitta (2003) aponta que a situação de trabalho da área da saúde, pelo contato constante com pessoas doentes, com a dor e a morte, pode causar desgaste físico e mental, suscitar sentimentos contraditórios e sofrimento.

Em relação ao trabalho em equipe, os atendimentos na saúde mental configuram demandas relacionadas a questões sociais vivenciadas no dia a dia. Marazina (1991) relaciona as precárias condições de trabalho, a falta de redes de apoio às pessoas em sofrimento e a falta de espaços para discussões e reflexões das equipes de saúde, como situações que dificultam o desenvolvimento do trabalho. A reestruturação da assistência em saúde mental ligada ao atendimento na atenção básica permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

No contexto da formação acadêmica e preparação para o atendimento das demandas, Propato (1998) e Onocko Campos (2005),

descrevem que um preparo técnico adequado, possibilita um eficaz atendimento e uma redução no sofrimento e na angústia, gerado pela insegurança no atendimento ao paciente de saúde mental. A OMS (2001) entende que é de suma importância e orienta a realização das capacitações em saúde como um instrumento que proporciona as equipes da saúde o fortalecimento nos atendimentos, resultando em um maior conhecimento e uma maior segurança nos atendimentos e encaminhamentos das pessoas em atendimento.

Quanto às capacitações, a Coordenação de Saúde Mental nacional, trabalha com a implantação de Pólos de capacitações para as equipes em saúde mental. As estratégias de capacitações visam promover o estímulo a formação permanente, criar instrumentos de apoio para qualificar essas equipes a fomentar a discussão dos casos e de textos junto às equipes de saúde (BRASIL, 2003; OMS, 2001; MUNARI, 2008).

Nos serviços de saúde, uma maior sensibilização por parte dos gestores e dos profissionais de saúde se faz necessária. Principalmente direcionada às questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico, assim como o estabelecimento de diretrizes de atenção à saúde mental da mulher devem ser preocupações de gestores (BRASIL, 2007).

2.4 - Sofrimento Psíquico e Mulher

O sofrimento psíquico pode ser visto como uma situação intermediária entre doença mental descompensada e a saúde mental ou o bem estar psíquico. Os sinais apresentados no percurso de vida do indivíduo podem manifestar-se de várias formas, assim como podem ser percebidos e assimilados pela pessoa ou simplesmente serem negados, provocando um deslocamento da forma apresentativa (DUNKER (2004). Algumas situações dificultam a identificação do sofrimento, principalmente quando este vem camuflado pelas queixas físicas ou quando a pessoa assume um posicionamento de negação. A preocupação em diagnosticar patologias, algumas vezes, faz com que o profissional de saúde não perceba o sofrimento subjetivo relacionado à doença e isto, muitas vezes, caracteriza-se como um entrave em sua identificação.

Nas definições das expressões do sofrimento psíquico aparecem várias denominações, mas nenhuma como definitiva ou única. Dunker (2004) aponta que a apresentação discursiva faz parte constitutiva do

sofrimento, ou seja, ao ser apresentado sofre uma alteração em sua natureza a partir da assimilação e reação do indivíduo em sofrimento. Coloca também que, criar uma forma de expressão do sofrimento psíquico é uma conjectura impraticável e que a apropriação discursiva através do mal estar se torna singularizado, pois entre as apresentações ele pode representar uma queixa ou uma demanda. Dantas (2003) aponta que é difícil ou ilusório tentar analisar o sofrimento por este ter múltiplas formas de expressão, pois pode estar ligado a dor moral ou psíquica ou a dor física.

Outro aspecto que pode dificultar a identificação de uma pessoa em sofrimento psíquico pode estar relacionado à sua situação de vida e ao enfrentamento de dificuldades. Conforme registrado em alguns estudos (LUDEMIR, 2002, 2008; ARAUJO, 1999), observa-se forte associação epidemiológica entre o desenvolvimento do sofrimento psíquico e as variáveis referentes às condições de vida, aspectos relacionados ao trabalho profissional e características sócio-demográficas, como baixo nível de renda e baixa escolaridade. Os transtornos mentais comuns apontam referências relacionadas ao sofrimento psíquico, identificadas pelos transtornos de ansiedade, estresse, transtornos alimentares, fatores sociais e ambientais, entre os que mais predominam nas mulheres (LUDEMIR, 2002).

Estudos voltados aos aspectos relacionados ao trabalho, como os de Dejours (1996) e Pitta (2003) que relacionam os processos saúde, doença e sofrimento no trabalho, identificam que o sofrimento surge, em muitos momentos, quando a pessoa não consegue adaptar-se a organização do trabalho, constituindo este, uma das causas das descompensações. Identificam a insatisfação e a ansiedade nos discursos dos trabalhadores, assim como apontam o medo entre as dimensões de vivência dos trabalhadores, relacionados ao sofrimento psíquico.

Considerando as características do trabalho, a mulher tem sido identificada em sofrimento, ao vivenciar conflitos relacionados à tentativa de consolidar o trabalho doméstico e o trabalho profissional. Assim como algumas características do trabalho doméstico, entre elas a monotonia, repetitividade e desvalorização no trabalho doméstico, são apontadas como desencadeantes do sofrimento nas mulheres (ARAUJO, 1999; LIMA, 2003).

Os motivos que possam supostamente ser considerados como sofrimento psíquico nas mulheres variam dentro dos contextos sociais, culturais e de concepções em determinadas épocas. Mas, durante toda sua vida, alguns fatores são considerados e destacados como desencadeantes, e a mulher é considerada como “ser propício” a tais

sufrimentos. Nesse sentido, encontramos relatos referentes a prováveis causas, como as disfunções ou intercorrências relacionadas aos ciclos menstruais e reprodutivos, à gestação, ao parto e ao puerpério, além de outros se referindo aos distúrbios da sexualidade (VASCONCELLOS, 2007).

Conforme Cunha (1998) a história da mulher é marcada pela crença de inferioridade biológica, imposta pela sociedade, para o diagnóstico da loucura. A prática psiquiátrica em torno da “loucura feminina” direciona para certos papéis e estereótipos sociais, garantidores da dominação de gênero associada à dominação de classe. O mesmo autor coloca que mulheres negras ou mulheres pobres adoecem mentalmente em proporções maiores que os homens da mesma condição. Sua dupla inferioridade as torna quase candidatas naturais e irreversíveis a sofrimentos psíquicos, agregando os preconceitos de gênero, raça e classe.

Atualmente as mulheres têm exercido vários papéis relacionados às atividades domésticas e as relacionadas ao trabalho e vida social. As transformações sociais que ocorreram nos últimos tempos têm levado grande parte das mulheres, a construir um caminho diferente do que foi vivido por sua mãe ou avó. Algumas destas transformações têm repercutido em suas relações afetivas, resultante da ambivalência feminina em relação aos diversos papéis. Podemos observar como apontado por Fabbro (2006), quando escreve que as mulheres sofrem duplamente ao optarem por trabalhar fora de casa, seguir uma carreira profissional e por privarem seus filhos de sua companhia, somado a discriminação social por tomarem esta posição.

Diante da construção histórica do papel feminino, a mulher sempre foi direcionada ao papel do trabalho doméstico, cuidar dos filhos e do marido. O ingresso da mulher no mercado de trabalho, em busca de uma estabilidade financeira e profissional, tem revolucionado estes papéis. Mas ao mesmo tempo, tem resultado em dupla jornada, uma sobrecarga que produz maior estresse físico e mental, segundo coloca Fabbro (2006). Furtado (2003) também aborda, que o trabalho intenso, leva ao sofrimento psíquico.

A ambiguidade entre a maternidade, como uma experiência importante e significativa para a mulher e a atividade profissional que proporciona uma identidade própria e uma valorização social, conforme Oliveira (2004) produz um mal estar na mulher. A autora coloca que ao exercerem ambos os papéis, as mulheres absorvem uma série de expectativas e cobranças, com relação à vida privada e social, o que acarreta uma sobrecarga e um sofrimento psíquico.

A imagem da mulher que deve alcançar sucesso no trabalho, na vida afetiva e no cuidado com os filhos, como é apontado por Elias (2003), é refletido na versão super mulher, que corre atrás do sucesso. O mesmo trabalho aponta que este ato, muitas vezes, tem um alto preço, tanto físico quanto emocional. Resultante do desgaste da sobrecarga, a mulher muitas vezes apresenta-se desestruturada, cansada, angustiada, em sofrimento. Fabbro (2006) refere que a mulher pode ser permeada pela contradição entre o desejo e necessidade de trabalhar e pode ser relacionada a reflexões de frustrações e culpas, mas também possibilidades de emancipação e que quando não consegue conciliar sua vida familiar e social, pode vir a desencadear sentimentos de frustrações, resultando em adoecimento.

Algumas pesquisas (ELIAS; GARCIA, 2003; ANTUNES; MACEDO, 2001) mostram que o serviço doméstico é visto como de responsabilidade feminina. As mulheres com companheiro não relatam situações de igualdade nas tarefas de cuidar da casa e dos filhos, evidenciando que o companheiro, não assume como sua responsabilidade os afazeres domésticos, mas comporta-se como um colaborador, quando solicitado. Os mesmos autores ainda dizem que este posicionamento do companheiro, independe da mulher trabalhar fora de casa ou não.

Araujo (2005), ao realizar uma pesquisa com mulheres com alta sobrecarga doméstica, constatou que 48,1% desenvolveram transtornos mentais leves e que somente 22,5%, com baixa sobrecarga doméstica, apresentaram transtornos mentais leves. Observou ainda que, as mulheres que não contavam com ajuda nos afazeres domésticos, tiveram um índice maior de transtornos mentais leves (47,1%) ao serem comparadas com aquelas que contavam com ajuda doméstica remunerada (28,5%). Entre os achados, a autora indica que estes podem estar associados aos aspectos do trabalho doméstico.

É notória a situação de desigualdade das mulheres na sociedade, onde essas têm menores salários; sofrem mais violências doméstica, física e emocional; desenvolvem dupla e tripla jornada de trabalho - fatos que podem originar desequilíbrios em suas vidas. As questões de gêneros somadas às condições socioeconômicas e culturais são determinantes da saúde mental das mulheres. A constatação de que recentemente vêm aumentando as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério e ao humor, assim como é significativo o uso de benzodiazepínicos entre as mesmas (BRASIL, 2007).

A mulher na sociedade atual é merecedora de atendimentos cada vez mais especializados, que ao mesmo tempo ajudem a fixá-la em um determinado papel, respeitando sua visão holística, humana e ética. A identificação da mulher em sofrimento pelas equipes de saúde é essencial para o redirecionamento da assistência.

3 – Objetivos

- Identificar junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Referência em Saúde Mental do município de Florianópolis – SC como percebem a mulher em sofrimento psíquico.

- Identificar junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Referência em Saúde Mental do município de Florianópolis – SC como se sentem frente à mulher em sofrimento psíquico.

4 - Metodologia

Com o propósito de identificar o sofrimento psíquico da mulher na fala dos profissionais de saúde, realizamos uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa com os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Referência em Saúde Mental nos Centros de Saúde (CS). Conforme coloca Minayo (2000), a metodologia é o caminho, e os instrumentos utilizados na abordagem de uma realidade englobam o conjunto de técnicas utilizadas para a apreensão da realidade.

Nesta seção serão apresentados os caminhos percorridos para alcançar os objetivos descritos anteriormente, sempre buscando a relação com o referencial teórico, sem perder de vista o objetivo da presente pesquisa.

4.1 - Caracterização do Local de Estudo

O presente trabalho foi desenvolvido no município de Florianópolis, Santa Catarina, com uma população de, aproximadamente, 402.346 habitantes em 2008 - segundo o Censo Demográfico IBGE (2000) (estimativa 2008). O município escolhido apresenta uma estrutura de atendimento em saúde que possibilita uma visão abrangente do atendimento em saúde mental.

Florianópolis é dividida em cinco Distritos de Saúde, cada qual responsável pelos Centros de Saúde - CS de sua área de abrangência. Cada Centro de Saúde conta com Equipes de Saúde da Família e apoio de profissionais das Equipes de Referência em Saúde Mental (psiquiatras e psicólogos), que atuam em conjunto, através de agendamento semanal.

4.2 - Sujeitos do Estudo

Os sujeitos investigados foram os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Referência em Saúde Mental nos Centros de Saúde.

Num primeiro momento conversamos com a Coordenadora do Programa de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde, explicando o objetivo da pesquisa e sua metodologia, solicitando para isso a relação dos profissionais psicólogos e psiquiatras, seus locais de inserção na rede básica de saúde e suas agendas de atendimento. Posteriormente, conversamos com a Coordenação dos Distritos Sanitários, para o levantamento dos Centros de Saúde que tivessem profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família e que desenvolvessem atividades em saúde mental, contemplando a lógica do matriciamento. De posse destas informações realizamos os sorteios dos profissionais a serem entrevistados. Sorteamos um psiquiatra e um psicólogo das Equipes de Referência em Saúde Mental e um profissional médico e um enfermeiro das Equipes de Saúde da Família de cada Distrito Sanitário. Totalizando 05 psicólogos, 05 psiquiatras, 05 enfermeiros e 05 médicos atuantes nos CS da rede básica, perfazendo 20 entrevistas.

A decisão de entrevistar os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psiquiatras e psicólogos) foi intencional devido a experiência e contato destes com os indivíduos em sofrimento psíquico, o que contribuiria com informações e percepções diversificadas e relevantes ao estudo.

A seleção dessas categorias profissionais com a representação de todos os Distritos Sanitários, abrangendo o município como um todo, ofereceu a diversidade sobre o sofrimento psíquico da mulher nesse município.

4.3 - Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), eleita por ser considerada um dos principais instrumentos de investigação qualitativa, pois a mesma valoriza a presença do investigador e oferece ao informante a liberdade e espontaneidade de enriquecer a pesquisa (BOGDAN, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram norteadas por perguntas abertas, permitindo ao entrevistado expressar-se livremente, comentando outras questões e utilizando seus próprios termos. As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior categorização e análise das informações.

A data e o horário das entrevistas foram previamente agendados com os profissionais, conforme disponibilidade dos entrevistados. No momento do agendamento, foram realizados os esclarecimentos a cerca do projeto, assim como a garantia da confidencialidade dos dados e do direito de não participar mais da pesquisa a qualquer momento. Ao realizar a entrevista, era lido e assinado o Termo de Consentimento (APÊNDICE B). Depois de obtido o consentimento, procedeu-se a gravação da entrevista

.4 - Análise dos Dados

O conteúdo das entrevistas foi transcrito objetivando identificar os temas de conteúdo comum, contradições e convergências nas atitudes e falas. Esse critério possibilitou uma leitura exaustiva, um aprofundamento na análise de questões importantes devido à repetição da escuta das falas durante a transcrição.

Analisamos os dados sob a ótica da orientação metodológica de Minayo (2000), ou seja, agrupamos os dados obtidos através das entrevistas, e procedemos a releitura do material. A leitura exaustiva facilitou a classificação das informações e categorização a partir das falas mais relevantes que emergiram nas entrevistas, abrangendo elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionaram.

Para análise final, utilizamos os pressupostos teóricos, contextualizando-os com os objetivos da pesquisa a literatura pertinente e os temas mais relevantes que emergiram das entrevistas.

A partir dessa análise, identificamos dois eixos centrais

Eixo 1: *O profissional frente ao sofrimento psíquico da mulher.*

Eixo 2: *Sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde frente à mulher com sofrimento psíquico.*

Os resultados, a análise e a discussão dos dados serão apresentados nesses dois eixos, contendo trechos das falas dos profissionais.

4.5 - Considerações Éticas

Seguindo as exigências do CNS/196, foram consideradas as normas da Comissão de Ética com seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deixando claros os direitos de participar ou não da pesquisa, assim como a liberdade de interrompê-la quando fosse da vontade do sujeito pesquisado (BRASIL, 1996).

A realização da pesquisa foi vinculada à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e teve a anuência da Prefeitura Municipal de Florianópolis. A mesma foi certificada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pelo protocolo número 276/2008.

Ao relatar os resultados, o pesquisador deve responsabilizar-se pelos dados, garantindo autenticidade e preocupando-se com o rigor científico (BOGDAN, 1994). Todo o material da pesquisa, como: fitas gravadas, questionários, termos de consentimento e dados processados, está arquivado sob a responsabilidade da pesquisadora, a qual garante seu sigilo. A pesquisadora realizará a apresentação dos resultados da pesquisa a todos os participantes por meio de uma exposição a ser agendada.

A cada participante foi esclarecido o objetivo da pesquisa e foi-lhe apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual foi assinado tanto pelo participante da pesquisa como pela pesquisadora, ficando uma cópia para cada um.

5 - Resultados e Discussões

A apresentação dos resultados e as discussões das dissertações de mestrado são determinadas pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, por meio de um artigo. Por essa razão, os resultados deste estudo serão apresentados no Apêndice C, sob a forma de artigo científico que será submetido ao periódico *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, intitulado: **“O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA MULHER A PARTIR DO OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Souza; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio demográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ARAÚJO, Tânia Maria de. **Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

BANDEIRA, Marina; FREITAS, Lucas Cordeiro; CARVALHO FILHO, João Gualberto Teixeira de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, 2007, v. 56, n. 1, p. 41-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000100010&lng=pt&nrm. Acessado em: 06/05/09.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Posto Editora Ltda, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo pesquisa seres humanos. Brasília (BR): O Conselho, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica.** Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. N 01/03, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualCapsFinal.pdf>. Acessado em: 09/05/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>. Acessado em: 09/05/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. **Mostras Virtuais**. Memórias da loucura. Site do CCS Saúde. s/d. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>. Acessado em: 26/03/09.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Florence - Universitária, 2ª ed, 1982.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. De historiadoras, brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 1881-215, 1998.

DANTAS, Marília Antunes; TOBLER, Vanessa Locke. O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura do consumo. **Psicologia.com.pt** - O Portal dos Psicólogos, 2003. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0175. Acessado em: 18/09/09.

DEJOURS, Christopher. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHALANT, J.F. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996, p.149-174.

DUNKER, Christian Igo Lenz... Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. iv, n. 1, p. 94 – 111, 2004.

ELIAS, Marisa Aparecida. **O impacto do trabalho sobre a saúde das trabalhadoras em área hospitalar: um estudo sobre o trabalho e sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FABBRO, Márcia Regina Cangiani. **Mulher e trabalho: problematizando o trabalho acadêmico e a maternidade.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação. UNICAMP, Campinas, 2006.

FONSECA, A.F. **Psiquiatria e Psicopatologia.** Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

FURTADO, O. Psicologia e relações de trabalho: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: A. M. B. Bock (org). **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 211-239.

GARCIA, Maria Lucia Teixeira.; TASSARA, Eda Terezinha de Oliveira. Problemas no casamento: uma análise qualitativa. **Estudos de Psicologia** (Campinas), Natal: UFRN, v. 8, n. 1, p. 127-133, 2003.

IBGE. Censo Demográfico IBGE 2000 (Estimativa 2008). Disponível: www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/populacao/ulst_2008.php. Acessado em: 13/04/09.

LAURENTI, Ruy. As manifestações de sofrimento mental mais freqüente na comunidade. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogã**, 2007, v. 3, n. 2. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200007&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 25/05/09.

LIMA Suzana Canez da Cruz. **Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres.** Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2003, 200 p.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2007, v. 12, n. 2, p. 399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 06/05/09.

LUDEMIR Ana Bernarda; MELO Filho, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, n. 36, p. 213-21, 2002.

LUDEMIR Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2008.

MACÊDO, Márcia dos Santos. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: BRUSCHINI, Cristina; PINTO, Celi Regina (orgs). **Tempos e Lugares de Gênero**. São Paulo: FCG: Editora 34, 2001, p. 53-83.

MEDEIROS, Emilene Nóbrega; FERREIRA, Maria de Oliveira Filha; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. Estudos Epidemiológicos na Área de Saúde Mental Realizados no Brasil. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2006, v. 5, n. 1. Disponível em: <http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/138/39>. Acessado em: 23/05/09.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7a ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Letras HUCITEC – ABRASCO, 2000.

MARAZINA, Isabel Victoria. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. In: Antonio Lancetti (org). **Saúde Loucura**. São Paulo: UCITEC, 1991, p. 28-35.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2006, v. 22, n. 9, p. 1825-1833. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 23/02/09.

MUNARI Denize Bouttelet; MELO Terezinha Silvério de; PAGOTTO Valéria; ROCHA, Bárbara Souza; SOARES, Carlene Borges; MEDEIROS, Marcelo. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008, v. 10, n. 3, p. 784-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>. Acessado em: 23/02/09.

OLIVEIRA, Maria Coleta; MARCONDES, Gláucia dos Santos. Contabilizando perdas e ganhos: maternidade, trabalho e conjugalidade no pós feminismo. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu- MG – Brasil, 2004.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal – estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (org). **Salud Colectiva**. 1 ed. Buenos Aires: Lugar, 2004. p. 103-120.

ONOCKO CAMPOS Rosana Teresa. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 573 – 83, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PITTA Ana Maria Fernandes. **Hospital dor e morte como ofício**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 200 p.

PROPATO L. La Salud de los enfermeros. In: Cirianni M, Percia M (orgs). **Salud y Subjetividad – capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico**. Buenos Aires: Lugar editorial, 1998. p. 71-75.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria Técnica em Saúde Mental. **Fluxo de Atenção em Saúde Mental**. CI n. 00556/08 de 11 de fevereiro de 2008. Florianópolis – SC, 2008.

RENNO, Joel Jr. et al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectiva em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005, v. 27, n. supl II, p. 73-6. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a07v27s2.pdf. Acessado em: 29/02/09.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, Cristiane Teresinha de Deus Virgili; VASCONCELOS, Silvio José Lemos. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). **Cad. Saúde Pública**, 2007, v. 23, n. 5, p. 1041-1049. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 23/02/09.

7. APÊNDICES

7.1 APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____, aceito participar voluntariamente da pesquisa com o título de “O sofrimento psíquico da mulher a partir do olhar dos profissionais de saúde”, que tem como objetivo identificar como os profissionais de saúde percebem a mulher em sofrimento psíquico e como se sentem frente a essa mulher, e tem como justificativa poder contribuir para a compreensão dos significados, com a finalidade de orientações de condutas e elaboração de comunicação para os profissionais de saúde. De acordo com os esclarecimentos prestados pela pesquisadora, o estudo se desenvolverá no próprio local onde trabalho. Nesta ocasião, serei entrevistado pela pesquisadora, quando lhe fornecerei dados, que serão gravados sobre minhas percepções, do sofrimento psíquico da mulher, os quais ficarão sob responsabilidade da pesquisadora.

Estou ciente de que tenho total liberdade de recusar ou retirar o consentimento e interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo à minha atividade profissional, e que minha participação no estudo não envolve nenhum gasto, risco, desconforto ou prejuízo em minha rotina. Além disso, estou ciente de que a pesquisa é anônima, de forma a garantir minha privacidade, e que meu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Estou a par de que a pesquisadora está à disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer maiores informações sobre o estudo, caso seja de meu interesse. Este termo será assinado em duas vias, permanecendo uma via comigo e outra com a pesquisadora.

Neusa da Silva Eckerdt – Pesquisadora Principal
e-mail: eckerdt@yahoo.com.br Tel.: (48) 8802 6539

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

7.2 APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas

O sofrimento psíquico da mulher a partir do olhar dos profissionais de saúde

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Sexo: _____

Distrito Sanitário: _____

Categoria profissional: _____

Sua inserção profissional:

() ESF () Equipe de Referência em Saúde Mental

Tempo de serviço nesta instituição: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS:

1 - Qual a sua percepção frente à mulher que apresenta uma situação de sofrimento psíquico?

2 - O que você sente em relação a essa pessoa?

3 – O que é sofrimento psíquico para você?

8 - Artigo Científico

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA MULHER A PARTIR DO OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neusa da Silva Eckerdt¹
Fátima Buchele²

Correspondência:

Neusa da Silva Eckerdt

Servidão São Francisco de Assis nº 147

Bairro Campeche -- Florianópolis – SC

CEP: 88063-360

E-mail: eckerdt@yahoo.com.br

¹Enfermeira. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Professora doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

Este artigo teve como objetivo a identificação, junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Referência em Saúde Mental, como estes percebem e como se sentem frente à mulher em sofrimento psíquico. Foi realizado uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, onde foram entrevistados 20 profissionais de saúde atuantes nos Centros de Saúde do município de Florianópolis. A análise dos dados resultou em dois eixos centrais: Eixo 1: *O profissional frente ao sofrimento psíquico da mulher* e Eixo 2: *Sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde frente à mulher com sofrimento psíquico*. Este estudo evidenciou que a mulher em sofrimento psíquico é percebida pelos profissionais de saúde quando apresenta comportamento agitado e angustiado. Apontam que a rede de apoio como familiares e amigos são fundamentais para o restabelecimento da mulher. Relatam que ao atenderem a mulher em sofrimento psíquico, em algumas situações sentem-se impotentes e que a discussão do caso bem como o apoio de profissionais de outras categorias diminui a angústia na condução do caso. Descritores: mulheres; sofrimento psíquico, saúde mental.

Abstrac

This article had as objective the identification, next to the professionals of the Teams of Health of the Family and the Teams of Reference in Mental Health, as these perceive and as if they feel front to the woman in psychic suffering. Carried through in one it searches descriptive with qualitative boarding, where 20 operating professionals of health in the Centers of Health of the city of Florianopolis had been interviewed. The analysis of the data resulted in two axles central offices: Axle 1: The professional front to the psychic suffering of the woman and Axle 2: Feelings presented for the professionals of health front to the woman with psychic suffering. This study it evidenced that the woman in psychic suffering is perceived by the professionals of health for the presentation of agitated and overwhelming behavior. They point that the net of support as familiar and friends are basic for the reestablishment of the woman. They tell that when taking care of the woman in psychic suffering, in some situations they are felt impotent and that the quarrel of the case as well as the support of professionals of other categories diminishes the anguish in the conduction of the case.

Describers: women; psychic suffering, mental health.

O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA MULHER A PARTIR DO OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

THE PSYCHIC SUFFERING OF THE WOMAN FROM THE LOOK OF THE HEALTH PROFESSIONALS

A saúde mental é um universo que abrange, entre outros, os estudos de sofrimento psíquico que acomete homens e mulheres e que varia dentro dos contextos da sociedade, como a cultura e as concepções de determinadas épocas. Tanto a doença como a saúde, são partes integrantes da vida dos seres humanos, sendo a saúde mental entendida como qualidade de vida, estilo de vida saudável, relações harmônicas entre famílias, amigos, povos e não simplesmente o oposto à doença (PITTA, 2001).

A partir dessas constatações, buscamos em Fonseca (FONSECA, 1985) o conceito para saúde mental, que é designada como o envolvimento do ser humano em seu contexto biopsicossocial, podendo ser considerado um equilíbrio dinâmico, resultante da interação do indivíduo com o meio social em que se encontra, bem como seus antecedentes pessoais e familiares.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2002), o sofrimento psíquico pode ser diagnosticado frente a um conjunto de sintomas que venha a provocar consequências negativas, causando sofrimento, dor, morte, incapacidade ou perda de liberdade. Dados do Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), apontam que 25% da população mundial são atingidos pelos transtornos mentais, independente de idade, sexo ou grupo social.

Buscando na literatura instrumentos que pudessem nos subsidiar com relação à saúde mental da mulher, encontramos relatos que apontam como possíveis fatores desencadeantes dos sofrimentos psíquicos, problemas de situações de vida, sendo percebidos de diversas formas, como por meio das expressões e atitudes dos indivíduos. Podem ser representados, pelas condições sócio-demográficas, baixo nível de renda, aspectos relacionados a dupla jornada de trabalho e sobrecarga de trabalho doméstico (ARAÚJO, 2005; MARAGNO, 2006).

A saúde mental da mulher desperta interesse há muito tempo, principalmente em função dos diferenciais psicobiológicos. Cordas (2004) aborda uma possível psicologia específica da mulher relacionada

com o mundo, como também faz uma explanação sobre a sexualidade da mesma, sem que perca sua integralidade e trabalha principalmente, seus sofrimentos psíquicos nas diferentes etapas de vida. Desde muito tempo, observam-se tentativas de identificar o estado de sofrimento resultante de dor física ou psíquica, ou mesmo sem causa definida. Nesse sentido, encontramos relatos referentes a prováveis causas, como as disfunções ou intercorrências relacionadas ao ciclo menstrual e reprodutivo, à gestação, ao parto e ao puerpério (VASCONCELOS, 2007).

O Ministério da Saúde (MS, 2004) preconiza que o atendimento em saúde mental seja efetivado por profissionais capacitados, atendidos em rede na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo matriciamento. Essa estratégia identifica essas redes como essenciais para atender essa demanda. O apoio matricial é uma organização que oferece suporte técnico às Equipes de Saúde da Família (ESF) pelo compartilhamento dos casos de saúde mental com psicólogos e psiquiatras, em determinado território. A co-responsabilização dos casos ocorre através das discussões e intervenções no matriciamento, resultando diminuição nos encaminhamentos. Os casos mais graves e que necessitam de tratamento especializado, são encaminhados aos CAPS (Centros de Apoio Psicossocial). O CAPS é um serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por ser aberto e comunitário, tem como missão proporcionar atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, tem o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo a inclusão social do usuário e de sua família (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Diante desse contexto o objetivo deste artigo é identificar como os profissionais de saúde de atenção básica percebem a mulher em sofrimento psíquico e como se sentem diante desse atendimento. Com isso esperamos contribuir com a compreensão desse fenômeno, com a finalidade de implementar condutas junto aos profissionais de saúde em atenção básica.

Metodologia

Realizamos um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, com os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Referência em Saúde Mental nos Centros de Saúde (CS),

do município de Florianópolis - SC. Esse município apresenta sua organização distribuída em cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, cada qual responsável pelos Centros de Saúde - CS de sua área de abrangência. Cada Centro de Saúde conta com profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Referência em Saúde Mental (psiquiatras e psicólogos), que atuam em conjunto, através de agendamento semanal. Seguindo a atual política do Ministério da Saúde, o município está em fase de ampliação da rede de serviços locais, descentralizados e extra-hospitalares de atenção a saúde mental.

Nesse contexto municipal, sorteamos um profissional médico e um enfermeiro das Equipes de Saúde da Família, um psiquiatra e um psicólogo das Equipes de Referência em Saúde Mental. Entrevistamos, a partir desse sorteio, um profissional de cada uma dessas categorias de cada um desses 05 Distritos, totalizando 20 profissionais. A entrevista foi semi-estruturada, direcionada por duas perguntas abertas: “Qual a sua percepção frente à mulher que apresenta uma situação de sofrimento psíquico?” e “O que você sente em relação a essa pessoa?”. As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise desses dados seguiu a orientação metodológica de Minayo (2000), ou seja, agrupamos os dados obtidos e procedemos à releitura do material. Mediante leitura exaustiva, organizamos, classificamos e categorizamos os relatos a partir das falas mais relevantes classificadas entre os sentimentos e as percepções dos profissionais, abrangendo elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam. O conteúdo das entrevistas foi transcrito objetivando identificar os temas de conteúdo comum, contradições e convergências nas atitudes e falas. Esse critério possibilitou um aprofundamento na análise de questões importantes devido à repetição da escuta das falas durante a transcrição. Para análise final, utilizamos os pressupostos teóricos, contextualizando-os com os objetivos da pesquisa a literatura pertinente e os temas mais relevantes que emergiram das entrevistas.

Algumas falas significativas foram acrescentadas na análise para oferecer uma visão representativa aos eixos estudados. Os profissionais entrevistados e suas falas foram aqui identificados pelos seguintes códigos: P1, P2, P3, P6, P7, P9, P12, P14, P15, P19.

A realização da pesquisa foi vinculada e certificada pelo protocolo número 276/2008 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, assim como teve a anuência da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde na Prefeitura de Florianópolis. Foram consideradas as normas

da Comissão de Ética com seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados aqui apresentados e interpretados emergiram das falas analisadas, e pretendemos chegar o mais próximo da compreensão do fenômeno estudado, bem como ampliar nosso olhar para a questão do sofrimento psíquico da mulher.

A partir dessa análise, identificamos dois eixos centrais

Eixo 1: *O profissional frente ao sofrimento psíquico da mulher.*

Eixo 2: *Sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde frente à mulher com sofrimento psíquico.*

Eixo 1: O profissional frente ao sofrimento psíquico da mulher

Nesse eixo apresentaremos a percepção dos profissionais frente ao sofrimento psíquico da mulher, os quais identificam uma mulher angustiada ou ansiosa, quando expressam suas opiniões sobre a mesma. Essa situação é percebida e identificada durante as consultas, pela maneira como essa mulher direciona o olhar, os gestos, a postura, a maneira como demonstra sua agitação corporal:

*“(...) até da própria postura, na questão da agitação, não para sentada ou parece bastante ansiosa e quer ser atendida, tem certa urgência.”
(P9)*

“(...) normalmente pela expressão corporal, a atitude, cabeça baixa, jeito desconfiado (P19)”

Brant (2004) afirma que o sofrimento se evidencia por meio da linguagem corporal, que nem sempre é possível de ser expressa por palavras, mas sim, na experimentação da angústia, dor, prazer ou satisfação. O psíquico, o mental ou a alma estão associados ao sofrimento, enquanto o corpo sofre com a dor. A mulher fala por meio de sua expressão corporal.

Dejours (1993) fala que a angústia pode ser resultante de um conflito intrapsíquico, uma produção individual. A mulher em virtude de não conseguir expressar verbalmente seu sofrimento, apresenta por meio de atitudes não específicas, o que torna fundamental a percepção subjetiva do comportamento, que aqui é apresentada pela ansiedade.

O não sentir-se bem é relacionado com a situação da mulher e considerado quando esta muda seu comportamento, percepções de algo que não está como era antes, ou a realização de atividades sem o mesmo prazer, o que pode ser caracterizado pela angústia. Os profissionais relatam que é comum aparecerem mulheres que não conseguem identificar o problema desencadeante do seu sofrer, e suas pistas aparecem nas queixas de dor física. Indicam que o sofrimento está relacionado aos períodos de vida da mulher, a situações de desajustes vinculados aos vários sintomas apresentados por ela. Os profissionais desse estudo falam que têm se esforçado em realizar o atendimento voltado à escuta e à investigação das queixas apresentadas pelas mulheres:

“(...) principalmente queixas somáticas, dor pélvica, dor mamária, preocupação exagerada com o câncer, ou queixas vagas nos vários sistemas do corpo ao mesmo tempo, e eu rasteio ativamente algumas em algumas etapas da vida, principalmente puerpério, gravidez (...)” (P19)

Esses pontos ressaltados levam-nos a refletir sobre o modelo de atenção à saúde mental que vem sendo viabilizado através da atenção básica de saúde. Segundo dados da OMS (2001) poucos são os profissionais que relacionam problemas de ordem física com sintomas psicológicos. As queixas de sintomas físicos frequentes na população, de certo modo, são subestimadas ou não correlacionadas ao sofrimento psíquico. Esse mesmo órgão recomenda ações educativas com os profissionais de saúde, visando aumentar a identificação e abordagem aos sintomas psicológicos.

Estudos (ARAÚJO, 2005; MARAGNO, 2006) demonstram que o sofrimento psíquico pode ser apresentado por meio de queixas somáticas entre os diagnósticos de transtornos mentais comuns. Para Brant (2004), situações perigosas, inusitadas ou mesmo desconhecidas são capazes de desencadear o sofrimento. O concreto ou mesmo o imaginário de uma doença eminente, uma situação ou experiência de

adoecimento podem ser uma ameaça e desestabilizar o equilíbrio mental.

Alguns estudos (LACERDA, 2004; SILVA, 2003) apresentam que os profissionais nem sempre estão preparados para prestar assistência à mulher em sofrimento. Citam os serviços de saúde como ainda identificando essas mulheres com mania de doença, que buscam o médico, com uma lista de queixas, quase que diariamente, sem uma identificação das causas orgânicas, evidenciando um preconceito relacionado a essa mulher que repetidas vezes procura assistência.

No entanto, percebemos que nas falas dos profissionais deste estudo, ocorre uma valorização do atendimento com escuta no serviço de saúde para com as mulheres que retornam muitas vezes e com queixas constantes. Tais mulheres são vistas como pessoas em sofrimento que não conseguem perceber o mesmo, disfarçando-o com vários sintomas físicos durante os atendimentos:

“(...) é só você ouvir paciente muito poliqueixosa, dor nas costas, dor no estômago, dor no peito que sufoca, algum problema emocional, anda muito estressada, aí já vem um turbilhão de coisas pra ouvir, e isso é clássico.” (P15)

Quando a mulher relata ao profissional que não está se sentindo bem ou está desanimada, é considerado como parâmetro de conceituação para descrever a percepção dela em sofrimento psíquico:

“(...) eu consigo, digamos, averiguar esse sofrimento principalmente em pacientes que se queixam de dor, dor a longa data, poliqueixosa, falta de ânimo, tristeza, mal estar (...) (...) mas geralmente tu tens que ir atrás, a pessoa não chega na tua frente, principalmente alguém que não te conhece, não chega falando; tem que ir atrás.” (P14)

A mulher que se encontra em sofrimento psíquico é hoje resultante de vários fatores e acontecimentos que a envolveram durante diversos períodos da sua vida. Para Dejours (1993), o sofrimento pode ser considerado como uma existência pessoal, intermediária entre o transtorno mental e o bem estar psíquico. O fato de encontrar-se em um estado de não se sentir bem ou apresentar características que fogem ao seu comportamento habitual, pode ser considerado como resultante de

um desajuste em sua saúde mental. Associações entre o desenvolvimento do sofrimento psíquico e condições de vida, aspectos relacionados ao trabalho profissional e características sócio-demográficas também são apontados como fatores a serem considerados no atendimento à mulher (ARAUJO, 2005; LUDEMIR, 2008)

Com relação à complexidade do fenômeno saúde mental, acreditamos que seja necessário considerar os diversos fatores envolvidos no desencadeamento do sofrimento psíquico. Presenciamos uma sociedade com muitas dificuldades e desajustes, gerando sofrimento psíquico a muitos indivíduos, os quais acabam expressando por meio de frustrações, tristezas, ansiedade e sensação de mal estar.

Os profissionais de saúde sugerem que as queixas vinculadas ao sofrimento psíquico estão relacionadas a: problemas familiares, questões de gêneros, violências, traumas, sobrecarga e principalmente a problemas financeiros. Nesse tipo de atendimento é imprescindível que se fuja do olhar linear, mas que exista uma conduta na compreensão de suas necessidades, considerando sua trajetória histórica na totalidade, seu ambiente social e sua qualidade de vida.

Para os profissionais entrevistados essa mulher é vista como submissa ao marido, como mulher objeto, que não reage e não tenta mudar essa situação em que vive. Para outros profissionais, esse comportamento evidencia problemas conjugais, que configura aspectos de dominação, sofrimento mostrando uma dinâmica de poder, nesse caso exercido pelo marido:

“(...) problemas conjugais, marido que trata as mulheres como se fosse objetos, uma continuação da casa, uma continuação do seu instrumento de trabalho (...)” (P7)

Alguns aspectos analisados sob a ótica do contexto histórico da mulher identificam que, durante muito tempo, ela foi educada para desempenhar papéis de submissão à cultura machista (KRONBAUER, 2005). É válido lembrar que atualmente a mulher tem enfrentado mudanças em seu papel social, ao se submeter à sobrecarga de atividades quando exerce as funções em seu trabalho fora de casa e ainda as inerentes a sua trajetória cultural de dona de casa. Aliado a isso, os problemas intra-familiares (violências doméstica e sexual) resultam em uma maior facilidade em apresentar sofrimento de ordem psíquica.

Ao considerarmos o contexto social, é importante ressaltar que a história da loucura da mulher é marcada pela crença de inferioridade

biológica, imposta pela sociedade. O discurso e a prática psiquiátrica feminina direcionam para certos papéis e estereótipos sociais garantidores da dominação de gênero associada à dominação de classe (PITIÁ, 2009).

A representação da mulher atual como sustentáculo da família, vista como a única responsável e provedora dos recursos financeiros, para algumas acarreta uma sobrecarga que pode resultar em desajuste ou sofrimento psíquico. A contradição entre trabalhar fora e cuidar do lar gera uma sobrecarga; pois, ao mesmo tempo em que se vê obrigada a sustentar financeiramente a casa, não pode abandonar os afazeres domésticos, conseqüentemente surgem conflitos de posições e funções, resultando em angústias (SANTOS, sd).

A mulher, como figura central da família, é responsabilizada pelo bem estar de todos os familiares, como os cuidados relacionados à saúde e educação, às questões financeiras e atividades domésticas. Segundo Araújo (2005) mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentam prevalência de transtornos mentais comuns de 48,1%, em contrapartida mulheres com baixa sobrecarga doméstica ficam em torno de 22,5%.

Os profissionais em suas falas mostram a relevância ao relacionarem o estresse do cotidiano, disputas de poder e espaço no âmbito do trabalho como fatores desencadeantes do adoecimento da mulher.

“(...) com situações realmente orgânicas e outras pelo estresse crônico provocado pelo mundo moderno da ala progressista da humanidade, digamos assim, que correndo atrás do sucesso adoece (...)” (P7)

Além de situações orgânicas, elementos externos à vontade da mulher, como o trabalho excessivo e a vida moderna, são considerados causadores de sofrimento. Na percepção de Dejours (1993), ao analisar o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, as cobranças da vida e do trabalho constituem uma ameaça ao próprio trabalhador. Segundo o mesmo autor, o sofrimento no trabalho pode ser visto como espaço de luta entre o bem estar e a doença mental. O bem estar é relacionado ao ambiente de trabalho agradável, já a ideia de sofrimento está relacionada à insatisfação com o mesmo. O sofrimento terá uma dimensão de acordo com o significado produzido na pessoa que ele atinge.

Os profissionais de saúde, em suas falas, relacionam que problemas como infortúnios familiares podem afetar a mulher, a qual

possa vir a apresentar uma desestrutura mental. Sugerem uma mulher considerada como uma figura frágil, de natureza afetiva e passiva e, por conta disso, identificam como causa desencadeante do sofrimento. É a figura da mulher frágil que não tem condições de suportar as dificuldades e divergências do âmbito familiar (VASCONCELOS, 2008). Ao pautar o sofrimento psíquico da mulher com problemas particulares, internos, familiares, os profissionais relacionam os mesmos com problemas universais, projetados nas questões sócio-econômicas. Situações de comprometimento e desajustes sociais aparecem nas falas, vinculadas à sobrecarga do trabalho administrada pela mulher:

“(...) são várias causas, são dificuldades familiares, filhos envolvidos com péssimos costumes, marido alcoolista, muitas vezes marido desempregado e a própria dificuldade financeira (...)” (P6)

Segundo OMS (2001) a saúde mental, física e a condição social estão estreitamente entrelaçados e profundamente independentes, como condutores da vida do indivíduo. Uma avaliação considerando a saúde mental, física e a condição social como questões interligadas e indispensáveis, deve ser levada em consideração para o bem estar geral dos indivíduos.

Introduzindo as novas formas de acolhimento e procedimentos, que consideram a pessoa em sofrimento e a família como integrante na condução do tratamento, visualiza-se a desconstrução da estrutura teórica da psiquiatria clássica (KRONBAUER, 2005). Com a adoção de novas formas de lidar com o indivíduo junto ao meio social e a sua rede de relações, e indo ao encontro da família com todas as suas dificuldades, entendemos que o resultado na identificação e tratamento do sofrimento psíquico tenha uma maior resolutividade.

Os profissionais aqui entrevistados destacaram em suas falas a abordagem da mulher, incluindo questionamentos referentes à participação da família, análise de sua rede social e sua trajetória de vida. Portanto, uma maior atenção no atendimento, traduzida em respeito à mulher, surge como uma consequência da nova organização do serviço, com a rede de apoio nos profissionais da equipe da ESF e dos profissionais do matriciamento em saúde mental.

A mulher, ao buscar uma melhoria na qualidade de vida ou a garantir o sustento da família se depara com uma ambivalência e contradição entre o público e o privado, entre a conquista do mercado de

trabalho ou a submissão dos afazeres domésticos e vontades do cônjuge. A dupla jornada de trabalho e cobranças na vida da mulher têm resultado em uma sobrecarga emocional, que passa a ser fonte de sofrimento (OLIVEIRA, 2004; FABBRO, 2006; SOARES, 2003). Podemos dizer que na tentativa de busca pelo perfeccionismo nas diversas esferas da vida, buscado pela mulher, quando não alcançado, gera frustrações, o que suscita em uma abertura para o adoecimento.

Eixo 2: Sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde frente à mulher com sofrimento psíquico.

Nesse eixo apresentaremos quais os sentimentos expressados pelos profissionais, com suas respectivas falas, frente à mulher em sofrimento psíquico.

As duas dimensões mais presentes nos sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde frente à mulher com sofrimento psíquico foram a impotência e a angústia. Durante os atendimentos, o contato com pessoas em sofrimento resulta em fenômenos emocionais que interferem e sobrecarregam os profissionais de saúde. Muitas vezes por ser visto e considerado como o sabedor e salvador das angústias e sofrimentos, os profissionais aqui entrevistados relataram, em sua maioria, que já se sentiram angustiados e impotentes, uma vez que a causa do sofrimento não é de fácil identificação e também não há uma resolutividade imediata:

“(...) todos os sentimentos acontecem, às vezes sinto angústia com alguns pacientes, tristeza (...) fico muito chateado, às vezes até revoltado, bravo com raiva. Enfim, falando do caso específico da mulher, quando a gente atende alguém que, por exemplo, está sendo muito mal tratada pelo marido ou perseguida (...)” (P3)

Para Onocko Campos (2005) o profissional de saúde pode apresentar um sofrimento, o qual pode estar relacionado a não ter uma formação técnica razoável, comparado aos profissionais que possuem uma formação mais especializada na área de saúde mental. A angústia ou impotência pode ser gerada pelo fato de não saber o que fazer. Conforme descrito por Mori (2006) e Rennó (2005) a atenção em saúde

mental da mulher ainda é precária, pois são poucas as unidades de saúde que possuem o atendimento na área da saúde mental e oferecem adequadas capacitações aos profissionais da saúde.

Percebeu-se que para alguns profissionais a dificuldade no atendimento deve-se a própria formação acadêmica, como no caso dos enfermeiros e médicos de família. Por outro lado os profissionais formados em psiquiatria e psicologia sentem-se mais capacitados para conduzir os atendimentos. Vale destacar que são estes profissionais que realizam o matriciamento e que servem de apoio para a equipe dos profissionais da saúde da família na atenção básica.

Sentimentos de impotência sugerem incapacidade, devido a não resolução do problema. Esse sentimento gerado reflete um sofrimento no próprio profissional, levando-o a sentir tristeza, angústia e desconforto. A não resolutividade de alguns casos e a dificuldade de encaminhamentos para atendimentos especializados gera uma incerteza e angústia por alguns profissionais. O fluxo de atendimento no município de Florianópolis até 2006 apresentava-se separado entre a rede básica o CAPS e os ambulatórios de saúde mental. Com a reestruturação do fluxo permitiu-se que os CAPS fossem apresentados como serviço de referência com suporte técnico para os casos graves, assim como as comunidades terapêuticas, hospitais e emergências, tendo ainda o apoio para internação o Instituto Psiquiátrico no município vizinho de São José.

O atendimento em saúde mental dentro do SUS é preconizado, seja através da Atenção Básica e da Equipe de Saúde da Família por meio da Estratégia de Saúde da Família, como também é porta de entrada, em articulação com os CAPS, obedecendo ao modelo de redes de cuidado e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2004a; PMF, 2008).

Propato (1998) coloca que, ao atender uma pessoa com sofrimento, faz com que o profissional se depare com seu próprio medo da loucura. Lembra ainda que é de suma importância o profissional se conhecer, identificar seus medos, limitações e inseguranças, pois isso tem impacto em suas vidas pessoais.

Nesse sentido encontramos nas falas dos profissionais referências aos sentimentos apresentados pelos mesmos ao tentar ajudar a mulher em seu sofrimento, mas com dificuldade de enfrentar o diagnóstico e realizar o tratamento.

“(...) tem vezes que a gente se sente impotente porque tem coisas que consegue perceber e a pessoa não, e sabe que poderia ajudar, mas tem de ser no tempo do paciente, tu não podes atropelar as coisas pra diminuir a tua angústia de ver o sofrimento das pessoas e tem que saber lidar com isso (...).” (P12)

Os profissionais, ao expressarem sentimentos de angústia, encontram na literatura aquilo a que Onocko Campos (2005) e Pitta (1999) fazem referência, ou seja, os trabalhadores estão expostos em tempo permanente à dor, ao sofrimento e à morte de pessoas doentes, que o trabalho na saúde é fonte de sofrimento.

O aumento do número de profissionais de saúde mental nas equipes de apoio, cursos de aperfeiçoamento em saúde mental na atenção básica, atualização e educação permanente são apontadas como pontos importantes para o apoio na condução dos atendimentos. A articulação entre as equipes de saúde mental na atenção básica e o CAPS por meio do trabalho interdisciplinar, intersetorial e institucional tem estimulado o trabalho em equipe e demonstrado uma maior efetividade na resolução dos casos.

A elaboração e discussão das dificuldades surgidas nos atendimentos às mulheres são entendidas como fator importante nas discussões de equipe, em que participam o psiquiatra, o psicólogo, os profissionais da ESF e os Agentes Comunitários de Saúde, constituindo uma rede de apoio:

“(...) acho que quando a gente não tem tanta experiência, acaba ficando desconfortável por não saber muito como agir quando acontece, por exemplo, quando choravam durante a consulta (...) os problemas que não têm jeito, que eu não vou conseguir resolver (...) surge a sensação de impotência (...) o fato de ter uma equipe pra dividir, isso ajuda bastante (...) discutir os casos com os outros profissionais (...).” (P2)

Esses depoimentos evidenciam a importância do apoio da equipe, um acalento à angústia e à sensação de impotência para o encaminhamento dos casos. O compartilhamento das circunstâncias dos atendimentos é um dos fatores de apoio que pode ser comparado aos descritos por Propato (1998) e Onocko Campos (2005). Estes autores colocam que dividir é uma maneira de sanar as angústias, assim como as

capacitações e treinamentos são espaços que proporcionam momentos de trabalhar e superar as dificuldades encontradas.

Uma das principais características das equipes é de servir de suporte entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados, compartilhando assim os casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades ou em atendimento em equipes.

A promoção de saúde mental e o cuidado aos pacientes com transtornos mentais bem como suas famílias, devem ser considerados como um dos fatores mais complexos nos Centros de Saúde. Esse fato necessita de uma atenção especial e, principalmente, para que esses profissionais sintam-se capazes de atender e tenham um suporte para os encaminhamentos (MUNARI, 2008; LEITE, 2008). Proporcionar capacitações aos profissionais para fortalecer os entendimentos e atendimentos, estabelecer programas e fluxos de referências e contra-referências, entende-se como de suma importância (PITTA, 2001).

Considerações finais

A atenção dada aos sentidos atribuídos pela mulher em sofrimento psíquico pode ser um dos caminhos para trabalhar a complexidade da doença mental dentro da atenção básica. Portanto, a identificação e a aplicação de um atendimento com uma observação da multicausalidade dos agravos à saúde pelas equipes multiprofissionais relacionados à questão mental, física e social se caracteriza como imprescindível no atendimento.

Este estudo descreveu na fala dos profissionais entrevistados como eles percebem a mulher em sofrimento psíquico e como eles se sentem frente a esse atendimento. Nesse sentido o estudo identificou uma mulher angustiada, ansiosa com comportamento agitado de postura inquieta. Uma mulher provedora com a responsabilidade de sustentar, manter a casa arcando com todas as situações que essas responsabilidades exigem nos dias atuais. Nossas discussões apontam na direção onde os profissionais entendem que o apoio da rede social, identificado pelos familiares, amigos e colegas de trabalho, é fundamental para desenvolvimento de suas condutas e intervenções. Percebem que, para as mulheres, isso pode ser compreendido como um

problema, um sofrimento quando são consideradas e vistas como aquelas que cuidam de familiares e amigos e responsabilizam-se por eles.

Diante desse contexto o sofrimento psíquico pode ser visto como ultrapassando a esfera pessoal, abrangendo o familiar, o social, chegando a afetar a integridade física e psíquica dessas mulheres. Situações decorrentes de suas atividades diárias, insatisfação nas relações conjugais e familiares podem evoluir para momentos de extrema fragilidade. Conhecer a rede social e de apoio à mulher, configura um avanço na estratégia de ajudá-la em seus momentos de sofrimento, possibilitando, assim, adotar medidas que visem à redução dos sintomas.

Este estudo mostrou também, sentimentos como impotência e angústia frente à mulher em sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde. O trabalho em equipe é representado como âncora e tem importância no fator de ajuda no atendimento à mulher. O estudo indica que o atendimento integrado entre a Equipe de Saúde da Família e os profissionais do matriciamento em saúde mental tem resultado em uma maior resolutividade, quando os problemas são discutidos como um todo.

A discussão e a divisão dos atendimentos têm resultado em uma dinâmica, pela qual a mulher em atendimento é privilegiada. Podemos destacar que a implantação da rede de apoio, que atende em conjunto entre as diversas categorias de profissionais na atenção básica, tem resultado em uma maior objetivação do acolhimento e condução do tratamento da mulher em sofrimento psíquico.

Cada dia fica mais evidente a necessidade da normatização e da responsabilização dos gestores, nos diversos setores da saúde, em assumir as ações em saúde mental. Além disso, é fundamental concretizar os atendimentos em rede entre os profissionais das diversas categorias que integram a assistência na atenção básica para a consolidação de um novo modelo, visando fugir dos estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental, realizando, assim, uma reelaboração de conceitos e práticas.

A sensibilização da percepção da mulher em sofrimento psíquico deve ser valorizada, para que o atendimento atinja o objetivo do acolhimento humanizado, isto é, a valorização da escuta na assistência, os encaminhamentos e a referência às redes de apoio.

Dessa forma esse estudo mostrou a partir das discussões aqui apresentadas como os profissionais de saúde de atenção básica percebem a mulher em sofrimento psíquico e como se sentem diante

desse atendimento. Essa contribuição científica espera que a compreensão desse fenômeno ajude a implementar ações e condutas profissionais e que isso possa promover novas discussões que venham ajudar as mulheres em sofrimento psíquico atendidas na atenção básica.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, T.M; PINHO, P.S; ALMEIDA, M.MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. N 01/03, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRANT L.C, GOMEZ C.M.G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

CORDÁS T.A, SALZANO F.T. *Saúde Mental da Mulher*. São Paulo: Atheneu, 2004, 281p.

DEJOURS, Christopher. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHALANT, J.F. (Org). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996, p.149-174.

DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. (rev). Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.

FABBRO, Márcia Regina Cangiani. Mulher e trabalho: problematizando o trabalho acadêmico e a maternidade. (Tese de Doutorado). Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 2006.

FONSECA AF. *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

KRONBAUER J.F.D, MENEGHEI S.N. Profile of gender violence by intimate partners. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LACERDA A, VALLA V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO R; MATTOS R.A (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 91-102.

LEITE R.F.B; VELOSO T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.

LUDEMIR Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2008.

MARAGNO L, GOLDBAUM M, GIANINI R.J, NOVAES H.M.D, CESAR C.L. Prevalência de Transtorno Mental Comum em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de

São Paulo. Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-48, 2006.

MINAYO M.C. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. São Paulo: HUCITEC, 2000, 269p.

MORI M.E, COELHO V.L.D, ESTRELLA R.C.N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, 2006.

MUNARI D.B, MELO T.S, PAGOTTO V, ROCHA B.S, SOARES C.B, MEDEIROS M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-95, 2008.

OLIVEIRA, Maria Coleta; MARCONDES, Glauca dos Santos. Contabilizando perdas e ganhos: maternidade, trabalho e conjugalidade no pós feminismo. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu- MG – Brasil, 2004.

ONOCKO-CAMPOS R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573 – 83, 2005.

Organização Mundial de Saúde: Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PITIÁ A.C.A, FUREGATO A.R.F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface*, São Paulo, v. 13, n. 30, p 67-77, 2009.

PITTA Ana Maria Fernandes. *A reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001. 159p.

PITTA Ana Maria Fernandes. *Hospital dor e morte como ofício*. 4ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1999. 198 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria Técnica em Saúde Mental. **Fluxo de Atenção em Saúde Mental**. CI n. 00556/08 de 11 de fevereiro de 2008. Florianópolis – SC, 2008.

PROPATO L. La Salud de los enfermeros. In: CIRIANNI M, PERCIA M (org.). *Salud y Subjetividad – capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1998. p. 71-75.

RENNÓ J.Jr, FERNANDES C.E, MANTESE J.C, VALADARES G.C, FONSECA A.M, DIEGOLI M, BRASILIANO S, HOCHGRAF P. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectiva em pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. Supl II, p. 73-6, 2005.

SILVA Junior A, MERHY E.E, CARVALHO L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS R.A (org.). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p.113-28.

SANTOS A.V. *Sexualidade feminina, essa quase desconhecida*. (Monografia de Graduação). Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Psicologia, Niterói, s.d.

SOARES J.S, CARVALHO A.M. Mulher e mãe, "novos papéis", velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 8, n. spe, p. 39-44, 2003.

VASCONCELLOS CT..D.V, VASCONCELLOS S.J.L. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 1041-1049, 2007.