

ORGANIZADORA

Elisabete Vitorino Vieira

Saúde Mental no Brasil

TECENDO
CUIDADOS
NO TERRITÓRIO
BRASILEIRO

ORGANIZADORA

Elisabete Vitorino Vieira

Saúde Mental no Brasil

TECENDO
CUIDADOS
NO TERRITÓRIO
BRASILEIRO

| São Paulo | 2020 |



Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2020 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2020 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade dos autores, não representando a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Airton Carlos Batistela <i>Universidade Católica do Paraná, Brasil</i>	Breno de Oliveira Ferreira <i>Universidade Federal do Amazonas, Brasil</i>
Alaim Souza Neto <i>Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil</i>	Carla Wanessa Caffagni <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Alessandra Regina Müller Germani <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Carlos Adriano Martins <i>Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil</i>
Alexandre Antonio Timbane <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>	Caroline Chioquetta Lorenset <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Alexandre Silva Santos Filho <i>Universidade Federal de Goiás, Brasil</i>	Cláudia Samuel Kessler <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil</i>
Aline Daiane Nunes Mascarenhas <i>Universidade Estadual da Bahia, Brasil</i>	Daniel Nascimento e Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Aline Pires de Morais <i>Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil</i>	Daniela Susana Segre Guertzenstein <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Aline Wendpap Nunes de Siqueira <i>Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil</i>	Danielle Aparecida Nascimento dos Santos <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>
Ana Carolina Machado Ferrari <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Delton Aparecido Felipe <i>Universidade Estadual de Maringá, Brasil</i>
Andre Luiz Alvarenga de Souza <i>Emill Brunner World University, Estados Unidos</i>	Dorama de Miranda Carvalho <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>
Andreza Regina Lopes da Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>	Doris Roncarelli <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Antonio Henrique Coutelo de Moraes <i>Universidade Católica de Pernambuco, Brasil</i>	Elena Maria Mallmann <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Arthur Vianna Ferreira <i>Universidade Católica de São Paulo, Brasil</i>	Emanoel Cesar Pires Assis <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Bárbara Amaral da Silva <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Erika Viviane Costa Vieira <i>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil</i>
Beatriz Braga Bezerra <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>	Everly Pegoraro <i>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil</i>
Bernadette Beber <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>	Fábio Santos de Andrade <i>Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil</i>



Fauston Negreiros
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Fernando Barcellos Razuck
Universidade de Brasília, Brasil

Francisca de Assiz Carvalho
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Gabriela da Cunha Barbosa Saldanha
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Gabrielle da Silva Forster
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Guilherme do Val Toledo Prado
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helen de Oliveira Faria
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Heloisa Candello
IBM e University of Brighton, Inglaterra

Heloisa Juncklaus Preis Moraes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Ismael Montero Fernández,
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Jeronimo Becker Flores
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luis de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

José Luís Giovanoni Fornos Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Josué Antunes de Macêdo
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Júlia Carolina da Costa Santos
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Julia Lourenço Costa
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana Tiburcio Silveira-Fossaluzza
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Julierme Sebastião Moraes Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Karlla Christine Araújo Souza
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leandro Fabricio Campelo
Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Jose Leite da Rocha Vaz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzinski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lidia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Luan Gomes dos Santos de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Luciano Carlos Mendes Freitas Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Marceli Cherchiglia Aquino
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Marcia Raika Silva Lima
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Margareth de Souza Freitas Thomopoulos
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Maria Angelica Penatti Pipitone
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria de Fátima Scaffo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Isabel Imbronito
Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luzia da Silva Santana
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Sandra Montenegro Silva Leão
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Miguel Rodrigues Netto
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patrícia Helena dos Santos Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil



Patrícia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Patrícia Mara de Carvalho Costa Leite
Universidade Federal de São João del-Rei, Brasil

Paulo Augusto Tamanini
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Priscilla Stuart da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Radamés Mesquita Rogério
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Ramofly Bicalho Dos Santos
Universidade de Campinas, Brasil

Ramon Taniguchi Piretti Brandao
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Rarielle Rodrigues Lima
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Renatto Cesar Marcondes
Universidade de São Paulo, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rita Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade de Brasília, Brasil

Thyana Farias Galvão
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Valdir Lamim Guedes Junior
Universidade de São Paulo, Brasil

Valeska Maria Fortes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wagner Corsino Enedino
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wanderson Souza Rabello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Washington Sales do Monte
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle - Canoas, Brasil

Adriana Flavia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alessandra Dale Giacomini Terra
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alessandro Pinto Ribeiro
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Marques Marino
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Brasil

Aline Patricia Campos de Tolentino Lima
Centro Universitário Moura Lacerda, Brasil

Ana Emidia Sousa Rocha
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Ana Iara Silva Deus
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ana Julia Bonzanini Bernardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Rosa Gonçalves De Paula Guimarães
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Antonio de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Anne Karynne da Silva Barbosa
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Antônia de Jesus Alves dos Santos
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ariane Maria Peronio Maria Fortes
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Bianca Gabriely Ferreira Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruna Donato Reche
Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Camila Amaral Pereira
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Carolina Fontana da Silva
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carolina Fragozo Gonçalves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Cecilia Machado Henriques
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Cintia Morales Camillo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Claudia Dourado de Salces
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Cleonice de Fátima Martins
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Cristiano das Neves Vilela
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniella de Jesus Lima
Universidade Tiradentes, Brasil

Dayara Rosa Silva Vieira
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Rodrigues dos Santos
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deborah Susane Sampaio Sousa Lima
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Diogo Luiz Lima Augusto
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Ederson Silveira
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Elaine Santana de Souza
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Elias Theodoro Mateus
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil



Elizânia Sousa do Nascimento
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Emanuella Silveira Vasconcelos
Universidade Estadual de Roraima, Brasil

Érika Catarina de Melo Alves
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Everton Boff
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Fabiana Aparecida Vilaça
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Fabiano Antonio Melo
Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Fabírcia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fabrírcio Nascimento da Cruz
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Francisco Isaac Dantas de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Francisco Jeimes de Oliveira Paiva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Gean Breda Queiros
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Glaucio Martins da Silva Bandeira
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Graciele Martins Lourenço
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Heliton Diego Lau
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Jeane Carla Oliveira de Melo
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

João Eudes Portela de Sousa
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

João Henriques de Sousa Junior
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Juliana da Silva Paiva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Lais Braga Costa
Universidade de Cruz Alta, Brasil

Leia Mayer Eyng
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Manoel Augusto Polastrelli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos dos Reis Batista
Universidade Federal do Pará, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Miriam Leite Farias
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Natália de Borba Pugins
Universidade La Salle, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raick de Jesus Souza
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Railson Pereira Souza
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Valdemar Valente Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil



Wallace da Silva Mello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil
Wellton da Silva de Fátima
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
Wilder Kleber Fernandes de Santana
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



Direção editorial Patricia Biegling
Raul Inácio Busarello
Diretor de sistemas Marcelo Eyng
Diretor de criação Raul Inácio Busarello
Assistente de arte Lígia Andrade Machado
Imagens da capa Harryarts - Freepik.com
Editora executiva Patricia Biegling
Assistente editorial Peter Valmorbida
Revisão Os autores
Organizadora Elisabete Vitorino Vieira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro. Elisabete Vitorino Vieira - organizadora. São Paulo: Pimenta Cultural, 2020. 137p..

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5939-040-3 (eBook)

978-65-5939-039-7 (brochura)

1. Saúde. 2. Psiquiatria. 3. Depressão. 4. Saúde mental.
5. Pandemia. I. Vieira, Elisabete Vitorino. II. Título.

CDU: 61

CDD: 610

DOI: 10.31560/pimentacultural/2020.403

PIMENTA CULTURAL

São Paulo - SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 0

SUMÁRIO

Prefácio

Ou a razão do cuidado mental..... 11

Thiago Barbosa Soares

Capítulo 1

Pandemias no Brasil do passado no presente?

Traços de uma memória discursiva..... 18

Maycon Douglas Vieira dos Santos

Thiago Barbosa Soares

Capítulo 2

A Trama da Vida:

o cotidiano e o sofrimento psíquico de mulheres

com depressão na perspectiva da terapia ocupacional 38

Raphaella Schiassi Hernandes

Laís Melo Andrade

Taislayne Fraga Cruz

Ana Maria Menezes Souza

Lais Fernanda Silveira Ramos

Alana Lalucha Andrade Guimarães

Capítulo 3

A importância de uma prática psicoterapêutica

adequada em transgêneros para a manutenção

de um estado mental saudável..... 63

Raphaella Freitas Petkovic de Carvalho Pereira



Capítulo 4

**A integralidade na rede de atenção psicossocial
em João Pessoa/PB 82**

Elisabete Vitorino Vieira

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Rafael Nicolau Carvalho

Capítulo 5

**A atenção primária em saúde como
serviço de cuidado em saúde mental:
um relato de caso da terapia ocupacional 95**

Laís Melo Andrade

Raphaela Schiassi Hernandez

Taislayne Fraga da Cruz

Ana Maria Menezes de Souza

Laís Fernanda Silveira Santos Ramos

Alana Lalucha de Andrade Guimarães

Capítulo 6

**A saúde mental no distrito sanitário especial
índigena médio Rio Purus 113**

Ivan Farias Barreto

Sobre os autores e as autoras 132

Índice remissivo 136



Prefácio

OU A RAZÃO DO CUIDADO MENTAL

Essa situação de risco e de ameaça exige com extrema urgência o cuidado. Só ele nos poderá salvar. Mas o cuidado agora, e não para depois, quando talvez for tarde demais, por não haver mais tempo nem retorno.

(Leonardo Boff, O cuidado necessário)

A presente obra, *Saúde Mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro*, traz ao público uma coletânea significativa de textos consistentes cuja preocupação é refletir sobre o funcionamento da saúde mental, em especial, no âmbito dos serviços ligados à saúde pública no território nacional. Portanto, o eixo temático saúde em suas variadas formas de manifestação de cuidados com os sujeitos, sobretudo com suas subjetividades atravessa os seis capítulos deste livro e integra a discursividade do campo da saúde mental em um dos momentos mais críticos de nossa história recente, porquanto é quando uma grave crise sanitária acomete a massiva maioria dos países do mundo, obrigando a todos a pensar a respeito das práticas existentes na sociedade para tratar, cuidar e acompanhar quem sofre os infortúnios advindos das insidiosas doenças da alma.

Alma em grego é significado por *psykhé*, mas não só o faz para alma, pois esse mesmo elemento linguístico traduz o valor de mente e de espírito. *Psykhé*, que na mitologia grega casou-se com Eros, expressa a profunda necessidade do homem em conhecer seu lado menos exposto e talvez mais sensível, bem como revelar as necessi-

dades das quais invariavelmente todos podem depender. A atenção aos cuidados demandados pela saúde mental é relativamente recente especialmente se a considerarmos derivada do surgimento da Psicologia como uma ciência capaz de produzir métodos e a partir deles resultados comprovados de tratamentos às doenças da alma. Sigmund Freud, fundador da Psicanálise, demonstrou a magnitude dos processos envolvidos na vida psíquica dos sujeitos, constatando a força permanente exercida da mente sobre o corpo.

A revolução promovida pela investigação do inconsciente, como uma instância da qual grande parte do material suprimido ainda produz efeitos, pode ser sentida até os dias de hoje na área da saúde mental quando nos voltamos para a produção dos manuais de psicopatologias, entre outros insumos da formação dos profissionais da saúde mental. Todos têm um inconsciente exercendo uma série de funções, logo uma obrigatória empatia é gerada nos cuidados com quem padece de uma moléstia mental. Observar alguém acometido por uma patologia que lhe retira do melhor estado para participar das atividades sociais é, em alguma medida, temer por estar naquele lugar onde a razão talvez não “reine”. É na mente que acreditamos por muito tempo, e hoje ainda o fazemos, estar a razão, nossa mais preciosa dádiva responsável por tantos bens acumulados ao longo da história.

Michel Foucault, em “A História da Loucura na Idade Clássica”¹, rastreou como a loucura fora trata como um tipo de doença contagiosa que deveria ser isolada. Ele também apresentou como os processos de silenciamento do homem considerado louco eram fundamentais para que a razão não perdesse o seu papel positivado. O empreendimento de Foucault, assim como o de Freud, foi de crucial importância para o desenvolvimento de uma atenção mais humana para com o doente mental e de uma crítica a uma medicina positivista centrada no paradigma da aparente razão como uma essência tanto

1 FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

do homem quanto da natureza. Desse modo, a saúde mental ganhou um objeto a ser tratado, entre outros, a desrazão. Essa parece a face mais trágica depois da morte, já que configura um tipo de falecimento das faculdades mentais do sujeito.

Essa mesma dicotomia, razão versus desrazão (loucura), e suas repercussões no circuito social foram analisadas de maneira crítica na Literatura por Machado de Assis no conto “O Alienista”.

A crítica machadiana à sociedade de meados do século XIX é, em seu cerne, mordaz e satírica. Um exemplar disso é o conto “O Alienista”, que por sinal é um dos maiores contos da Literatura brasileira. Nele vemos a veia social mais nítida de Machado. Aqui a loucura é levada a sério como um problema da sociedade. O regime hospitalocêntrico de cuidados aos doentes mentais tem um nome em “O Alienista”, a Casa Verde. O hospício é coisa fina trazida em primeira mão do além-mar pelo Dr. Bacamarte. E quando o homem quer aprofundar-se nos estudos da loucura humana, a Casa Verde do Dr. Bacamarte é o local ideal. Ou quando os parâmetros de normalidade estão em xeque, a Casa Verde é o lugar a partir do qual repensamos a anormalidade da loucura.

Seria possível resolver, no trancafiamento, efetivamente o problema da loucura? Questão essa não só problematizada em “O Alienista” como também cara à luta antimanicomial, que nos dias de hoje chega a quase se dizer vitoriosa. Além desse ponto em consonância com o mundo contemporâneo, pode-se levantar um outro, qual seja, o significativo aumento de doenças mentais nos manuais psiquiátricos. Dr. Bacamarte é, quase sem ter o que pôr ou o que tirar, o protótipo dos responsáveis pelos CID-10 e DSM IV. A cada novo olhar, um novo transtorno mental. Logo chegará o tempo em que todos serão loucos para que, como nos demonstrou magistralmente Machado, os verdadeiros loucos possam ser tratados (SOARES, 2018, p. 143)².

2 SOARES, T. B. *Percurso linguístico: Conceitos, críticas e apontamentos*. Campinas, SP: Pontes, 2018.

Machado de Assis, como Freud e Foucault, contribuiu para refletirmos com maior acuidade sobre como os males mentais foram/são tratados e, assim, engendrou ironicamente uma bela crítica ao tratamento oferecido à saúde mental de seu tempo. Para fazermos o mesmo, ainda que não em escala idêntica, no momento presente, temos uma gama irrepreensível de textos que circula nos espaços acadêmicos e que integra a discursividade do campo da saúde mental no Brasil. Com vistas a avolumar e a contribuir às pesquisas nessa área, *Saúde Mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro* presenteia o leitor com seis capítulos oriundos de investigações tracejadas com o mais alto rigor e arregimentadas pelo melhor espírito científico de seus pesquisadores.

Para iniciar esta obra, contamos com um estudo sobre o momento pandêmico vivido. *Em Pandemias no Brasil do passado no presente? Traços de uma memória discursiva*, Maycon Dougllas Vieira dos Santos e Thiago Barbosa Soares analisam os discursos provenientes das reportagens publicadas acerca do passado epidêmico de gripe espanhola no Brasil, estampadas nos jornais de grande circulação nacional, e que utilizaram para uma análise, tais como Portal G1, El País, Jornal Cidade, principalmente entre os meses de abril e maio do ano de 2020. Para tanto, fazem uso dos consagrados pressupostos da Análise de Discurso de tradição francesa, mais especificamente, os estudos de Michel Pêcheux, Michel Foucault e Eni Orlandi.

Em seguida, o segundo capítulo intitulado *A trama da vida: o cotidiano e o sofrimento psíquico de mulheres com depressão na perspectiva da terapia ocupacional*, das autoras Raphaela Schiassi Hernandez, Laís Melo Andrade, Taislayne Fraga Cruz, Ana Maria Menezes Souza, Lais Fernanda Silveira Ramos e Alana Lalucha Andrade Guimaraes, tem como objetivo conhecer o perfil ocupacional de mulheres que possuem o diagnóstico de depressão, inseridas em Unidades Básicas de Saúde, no Estado de Sergipe. Trata-se de

um estudo qualitativo e de relato de experiência a partir da análise de conteúdo de entrevistas e pinturas realizadas. Nele foi possível observar um cotidiano marcado por tristeza, falta de motivação para viver e realizar as atividades prazerosas, além de dificuldades nas relações familiares.

O terceiro capítulo é *A importância de uma prática psicoterapêutica adequada em transgêneros para a manutenção de um estado mental saudável*, de Raphaella Freitas Petkovic de Carvalho Pereira, que busca atender-se para a importância do processo terapêutico com pacientes que apresentam disforia de gênero, em uma perspectiva empática e consciente, buscando uma melhor compreensão acerca do universo trans em seus aspectos mais gerais, buscando evitar assim possíveis falhas no processo terapêutico. Os resultados demonstram a importância de uma perfeita compreensão acerca dos sujeitos transgêneros, promovendo assim um estado mental saudável.

A integralidade na rede de atenção psicossocial em João Pessoa/PB, de Elisabete Vitorino Vieira, Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Rafael Nicolau Carvalho, compõe o quarto capítulo cujo objetivo é apresentar parte de uma pesquisa de mestrado desenvolvida no segundo semestre de 2017, nos serviços de saúde mental localizados no município de João Pessoa/PB. O caminho metodológico no decorrer deste estudo corresponde a uma pesquisa do tipo exploratória, com base os fenômenos observados e, segundo as suas fontes de dados se caracteriza também como uma pesquisa de campo. Por fim, o desenrolar da pesquisa aponta para a existência de avanços na atenção psicossocial no município com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira apesar da fragilidade no cumprimento do princípio da integralidade da rede.

O quinto capítulo intitulado *A atenção primária em saúde como serviço de cuidado em saúde mental: um relato de caso da terapia ocupacional*, de autoria de Laís Melo Andrade, Raphaela Schiassi

Hernandes, Taislayne Fraga da Cruz, Ana Maria Menezes de Souza, Lais Fernanda Silveira Santos Ramos e Alana Lalucha de Andrade Guimarães, é um relato de caso da terapia ocupacional que utiliza da aproximação com o cotidiano de uma usuária para melhora das relações em seu contexto familiar e consigo mesma, tendo devolutivas positivas sobre esse tipo de cuidado e melhora da qualidade de vida, considerando as novas formas de se atuar em saúde no território e todas as suas subjetividades e peculiaridades, o cuidado em saúde mental nesse campo como uma demanda que requer fundamentalmente uma atenção especial.

O sexto e último capítulo desta coletânea é *A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus*, do autor Ivan Farias Barreto, que tem por objetivo descrever a frequência dos atendimentos em saúde mental no serviço de atenção básica à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus (DSEI MRP), ocorridas no Amazonas, Brasil, em 2015. Nele é realizado um estudo descritivo com dados primários baseados nas fichas de registros e atendimentos realizados pelas equipes multidisciplinares de saúde Indígena. Uma das muitas constatações desta pesquisa pauta-se no necessário aumento do número de profissionais especializados em saúde mental, sobretudo em áreas indígenas, bem como garantir que as equipes estejam engajadas em cursos de qualificação na área a fim de ampliar a qualidade e o alcance do serviço.

Portanto, *Saúde Mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro* na manifestação de seus capítulos arregaça, sem ser de modo perfunctório, as malhas descritivas do funcionamento da saúde mental no país, de maneira a explicitar a coerência existente entre as pesquisas contidas em seu interior. Em todos os textos encontrados nesta obra, o diálogo das práticas com os saberes que lhes subsidiam deriva primordialmente do interesse legítimo de seus pesquisadores em contribuir com os avanços do campo dos cuidados com a saúde

mental. Momento em que a compleição de tal campo passa a ser tão requisitada devido a fatores sociais, culturais, políticos, entre outros, *Saúde Mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro* oferece valiosas reflexões e, por conseguinte, contribuições àqueles que exercem cuidados no âmbito da saúde mental.

Esta obra também serve para lembrarmos que “O cuidado imprimiu sua marca registrada em cada porção, em cada dimensão e em cada dobra escondida do ser humano. Sem o cuidado o humano se faria inumano” (BOFF, 2014, p. 227)³. Lembremos, então, que o cuidado com a saúde mental é um dos muitos tipos de cuidados e que “Sem cuidados, o ser humano, como um tamogochi, definha e morre” (BOFF, 2014, p. 227). Logo, quando optamos pelo florescimento da vida em suas formas de manifestação e, dessa forma, a vida mental, como lugar de residência de nosso intelecto, de nosso espírito, de nossa alma, devemos, como um ato ético, buscar compreender as estruturas que regem os programas de cuidados com a saúde mental, como assim o faz *Saúde Mental no Brasil: tecendo cuidados no território brasileiro* e todos os seus colaboradores.

Thiago Barbosa Soares

Palmas - TO, UFT, dezembro de 2020.

3 BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

1

MAYCON DOUGLAS VIEIRA DOS SANTOS
THIAGO BARBOSA SOARES

Pandemias no Brasil do passado no presente? Traços de uma memória discursiva

Resumo:

Nosso principal objetivo neste texto consiste em analisar os discursos provenientes das reportagens publicadas acerca do passado epidêmico de gripe espanhola no Brasil, estampadas nos jornais de grande circulação nacional, e que utilizaremos para nossa análise, tais como Portal G1, El País, Jornal Cidade, principalmente entre os meses de abril e maio deste ano. Essas reportagens se interrelacionam com os aspectos da situação pandêmica do presente, evocando, na construção da narrativa, uma memória discursiva, que indicaliza determinados aspectos, contrastes e efeitos de sentidos variados. Abordaremos, neste empreendimento investigativo, os consagrados pressupostos da Análise de Discurso de tradição francesa, mais especificamente, os estudos de Michel Pêcheux, Michel Foucault e Eni Orlandi, para desenvolver nossas análises. Daremos destaque ao conceito de memória discursiva, e como ela pode iluminar os debates que a própria imprensa se propõe a realizar quando reconstitui a historicidade da epidemia de gripe espanhola no Brasil.

Palavras-chave: Análise do Discurso. Memória Discursiva. Gripe Espanhola. COVID- 19. Imprensa.

INTRODUÇÃO

*L'histoire, l'histoire se répète
Seuls changent les mots*
(Fidèle à moi-même, Claudio Capéo)

As intenções e os propósitos que nos levaram a escrever o presente texto são diversos, contudo, figura entre esses a necessidade advinda das circunstâncias sociais, políticas e econômicas de 2020 de se projetar luz sobre o modo por meio do qual a imprensa/mídia retrata pandemias de alcance global. Logo, nestas linhas introdutórias tentaremos abarcar todos os nossos intentos, para deixar evidente, de antemão, que não é possível resolver as problemáticas que giram em torno do tema em questão. Visto que, no momento em que este texto está sendo gestado, os processos envolvidos da pandemia de COVID-19 ainda estão em aberto e, provavelmente, ficarão ainda assim por algum tempo.

Ou seja, por estarmos imersos integralmente na própria lógica temporal que pretendemos discutir ao longo deste artigo, torna-se um exercício complexo analisar, no âmbito discursivo, as múltiplas vozes de um passado epidêmico (ou pandêmico), que encontraram no tempo presente formas de se atualizarem. “Disso se deduz que há uma relação entre o já-dito e o que se está dizendo que é a que existe entre o interdiscurso e o intradiscurso ou, em outras palavras, entre a construção do sentido e sua formulação” (ORLANDI, 2003, p. 32).

O que vislumbramos nos últimos meses, de março a setembro, foi um significativo interesse, por parte da imprensa brasileira, pela história da gripe espanhola no Brasil. Quase todos os jornais de grande circulação trouxeram reportagens acerca da temática, quase sempre trazendo apenas as semelhanças entre a epidemia de 1918 e o COVID-19 de 2020. Em uma rápida e provisória leitura, poderíamos dizer que as pretensões por parte do jornalismo brasileiro seriam

apontar quais os caminhos que servissem de lições da história para os tempos pandêmicos que vivemos atualmente. Porém, estaremos mais atentos aos aspectos discursivos destas reportagens que retroalimentaram uma memória discursiva acerca da gripe espanhola, e que a emolduram em formatos jornalísticos e noticiosos, combinadas com o cotidiano da pandemia de COVID-19 retratada diariamente.

Assim, nosso principal objetivo consiste em analisar os discursos existentes nas reportagens publicadas acerca do passado epidêmico de gripe espanhola no Brasil nos seguintes periódicos: Portal G1, El País, Jornal Cidade. Reportagens estas estampadas desde o início da crise sanitário de 2020, mais especificamente entre os meses de abril e maio deste ano, e que se interrelacionam com os aspectos da situação pandêmica do presente, evocando, na construção da narrativa, uma memória discursiva, que, ao que tudo indica, realça determinados aspectos a serem percebidos. Utilizaremos os pressupostos da Análise de Discurso de tradição francesa, mais especificamente, os estudos de Michel Pêcheux, Michel Foucault e Eni Orlandi, para desenvolver nossas análises. Daremos destaque ao conceito de memória discursiva e como esse pode iluminar os debates que a própria imprensa propõe-se a realizar quando reconstitui historicamente a epidemia de gripe espanhola no Brasil.

MEMÓRIA DISCURSIVA OU INTERDISCURSO? UM MAPEAMENTO

Antes de adentrarmos especificamente à análise das reportagens (Portal G1, El País, Jornal Cidade), acreditamos ser necessário apresentar e delimitar o quadro teórico e metodológico no qual iremos nos inscrever. Para tal, perfilaremos sob os domínios da Análise de Discurso (AD) de tradição francesa, destacando a noção de

memória discursiva, sem deixar de cotejar termos conceituais com seu funcionamento, tais como interdiscurso e esquecimento. A memória discursiva sobre a gripe espanhola no Brasil, assim como qualquer outra, não é algo estático, fossilizado no passado ou um repositório homogêneo de informações, onde os indivíduos as acessam no presente sem transformá-las ou deformá-las, ou selecionar este aspecto e não outro de sua constituição. A memória discursiva, ou a memória do dizer, é “necessariamente um espaço móvel de divisões, de disjunções, de deslocamentos e de retomadas, de conflitos de regularização” (PÊCHEUX, 1999, p. 56).

Então, partindo, de Michel Pêcheux quem tece em seu texto o *papel da memória* uma definição precisa de memória discursiva, propusemo-nos pensar como a memória do passado pandêmico insere-se na ordem do acontecimento, no real histórico, que a todo o momento estabelece relações com o presente, até mesmo para ter uma forma de *significar* de um jeito e não de outro. Em outras palavras, talvez se partíssemos da indagação “como os sujeitos lembram-se de tal acontecimento?”, e a partir daí, já perceberíamos que, certamente, as sociedades organizam suas respectivas memórias de acordo com as formações ideológicas que circulam os sujeitos, fundando e (re) significando os sentidos, no caso, de um tempo epidêmico sendo rememorado na imprensa brasileira. “Com efeito, a relação que associa significações de um texto às condições sócio-históricas desse texto não é absolutamente secundária, mas constitutiva das próprias significações” (PÊCHEUX, 2011, p. 68).

Com isso em nosso horizonte, o percurso teórico através do qual caminharemos advém dos estudos “pecheutianos” e “foucaultianos” e suas possíveis ancoragens, que nos faz compreender que o discurso é o que está no entremeio da língua e da fala, que desvela os efeitos de sentidos entre os pontos A e B, ou como diz a Eni Orlandi, “efeitos de sentidos entre interlocutores” (ORLANDI, 2003, p 21). Ou

seja, analisar um discurso não é procurar o sentido por de trás dele, ou o que ele esconde através das palavras, mas revelar como os significados estruturam-se em efeitos que têm suas condições de produção trazidas tanto no ato de dizer quanto na memória do dizível. Traduzindo para os termos de nosso trabalho, o que pretendemos analisar não são os discursos ou o passado histórico da epidemia de gripe espanhola no Brasil em si mesmos, mas, sim, verificar a maneira como o fenômeno está sendo lembrado e (re)memorado atualmente.

Dito isso, para este tópico, iremos apontar algumas bases teóricas e metodológicas para, então, avançar à análise. Eni Orlandi, em seu livro *Análise de Discurso: princípios e procedimentos* mobiliza uma interessante discussão a respeito dos dispositivos teóricos e analíticos reunidos pelo analista do discurso. Para Orlandi “há uma parte que é da responsabilidade do analista e uma parte que deriva da sua sustentação do rigor do método e no alcance teórico da Análise de Discurso. O que é de sua responsabilidade é a formulação da questão que desencadeia a análise” (ORLANDI, 2003, p. 27).

A questão que engendrou nossa análise foi “como a gripe espanhola está sendo lembrada pela imprensa brasileira?”, e partindo do pressuposto metodológico discutido por Eni Orlandi, há uma parte que é de nossa responsabilidade, qual seja, formular a questão e mobilizar os conceitos que, possivelmente, não seriam mobilizados diante de outras questões. Isto quer dizer que, segundo Orlandi, cada análise possui um caráter singular, pois o analista, a depender da filiação teórica na qual se inscreve, irá situar-se em quadros epistemológicos nos quais irá fundir-se com os limites e domínios gerais da Análise de Discurso. Ainda segundo Eni Orlandi, “Daí dizermos que o dispositivo teórico é o mesmo mas o dispositivo analíticos, não. O que define a forma do dispositivo analítico é a questão posta pelo analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise” (ORLANDI, 2003, p. 27).

A finalidade de nossa análise nos levou a certos recortes conceituais nos quais percebemos o conceito que melhor poderia lançar luz ao debate que propomos realizar é o da memória discursiva. Por esse estar intimamente relacionado ao interdiscurso, ao esquecimento e ao acontecimento também os mobilizaremos. Diante de todos os procedimentos teóricos da Análise de Discurso, escolhemos trabalhar com estes conceitos levando em consideração o caráter histórico envolvido. Nosso objeto de estudo é um acontecimento do passado que, no presente, está sendo lembrado pela imprensa no Brasil. Logo, seria quase impossível não levar em conta o real histórico que situa o passado e seu contexto específico e a circulação das ideias desse passado em um outro tempo, que muito se assemelha, por conta da atual pandemia, mas que inevitavelmente não é a mesma situação, visto que o pretérito da gripe espanhola e o presente atual de COVID-19 são efetivamente tempos históricos distintos. Portanto, nossa análise caminhará na esteira da narrativa histórica, bem como da memória histórica, alinhado com os aspectos da memória discursiva.

Por que estamos optando por trazer os aspectos históricos? Tentaremos, brevemente, responder este questionamento metodológico, e relacionar com a indagação que compõe o título desta seção. A memória discursiva, fora inicialmente mobilizada por Jean-Jacques Courtine, que segundo Marie-Anne Peveau refere-se ao funcionamento da linguagem refletida conforme o quadro materialista do discurso.

A memória discursiva é, com efeito, um conceito que propõe, ao mesmo tempo, um desenvolvimento, um aprofundamento e quase uma alternativa àquela de formação discursiva, e que visa a ancorar a análise do discurso na história, integrando os tempos (curtos, médios ou longos) da memória no estudo da materialidade linguageira (PEVEAU, 2007, p. 2).

Courtine elabora este conceito pouco tempo depois de Pêcheux empreender o que ficou conhecido como interdiscurso, o que moldou de maneira significativa o eixo da formulação e eixo do formulável. A

partir de então, passou-se a ser entendido que o intradiscurso é o eixo do que é dito, enquanto no interdiscurso haveria aquilo que constitui o que é dito, o formulável do dizer. Neste último eixo, os sentidos que já significam, o “já-dito” também se inscreve na ordem do enunciado. Logo, tudo aquilo que já fora dito sobre uma determinada palavra ou sobre determinado acontecimento, por exemplo, também significa e (re)ordena os sentidos de um determinado discurso. Orlandi, então, consagra a memória discursiva como interdiscurso. Ou seja, está na base do dizível e, segundo a autora, sustenta cada tomada da palavra.

Ora, se a memória discursiva é “aquilo que fala antes, em outro lugar, independente” (ORLANDI, 2003, p. 31), como ela podia ter um fim no que está dito? Para isso, faremos, de maneira provisória, um mapeamento das diferenças destes dois conceitos. A memória discursiva é o que está no interdiscurso, mas é “algo mais”. Esse algo considera os aspectos sócio-históricos nos quais está situado um determinado domínio do discurso. Isto quer dizer que quando a imprensa aciona a memória discursiva sobre a gripe espanhola no Brasil, aquela determinada matéria possui um interdiscurso no qual apresenta o “já-dito”, mas há algo da memória histórica que também significa naquele discurso. Esta memória é transfigurada ao sabor da formação discursiva que a está evocando, o que talvez explique as razões pelas quais são apresentadas as semelhanças entre a gripe espanhola e o COVID-19, sem devidamente mostrar as diferenças de ambas.

Outra significativa diferença é que, enquanto o interdiscurso é o que está posto e (de forma recuperável pelo) combinado no intradiscurso, a memória discursiva integra os dispositivos analíticos em um devido aparato “individualizado” pelo analista para então ver “do lado de fora” como essa memória está sendo mobilizada. O trajeto da memória discursiva sobre a gripe espanhola será demonstrado a partir da própria análise das referidas matérias escolhidas para este trabalho, destacando as caracterizações feitas pelos jornalistas, tais

como a adoção do isolamento social na época, por exemplo. E por fim, talvez o que mais explicita de fato a diferença conceitual entre a memória discursiva e o interdiscurso é o esquecimento. A memória do dizer é constituída de esquecimento, e só a partir disso é que produz seus respectivos sentidos. Segundo Ludmila Belloti Funo

No entanto, há uma particularidade que define a natureza da memória discursiva: trata-se do fato que quando enunciamos há essa estratificação de formulações já feitas que presidem nossa formulação e formam o eixo de constituição de nosso dizer. Mas, são formulações já feitas e esquecidas. Por isso é que podemos afirmar que a memória discursiva é constituída pelo esquecimento (FUNO, 2012, p. 5).

Ainda segundo autora, o esquecimento pode tanto ameaçar a constituição de um dizer quanto uma importante chave para constituir uma memória social. É dentro deste escopo que gostaríamos de pensar nossa análise: que a memória histórica da gripe espanhola fora tragada pelo tempo pandêmico do presente, e alguns de seus traços esquecidos ou não-relembrados em detrimento de certos destaques, negociando com a memória discursiva aquilo que, convenientemente, fora estampada nos jornais de grande circulação nacional, concordando então com a historiadora Tânia Regina de Luca, que nos diz que “a imprensa periódica seleciona, ordena, estrutura e narra, de uma determinada forma, aquilo que se elegeu como digno de chegar até o público” (LUCA, 2005, p. 139).

A GRIPE ESPANHOLA (RE) LEMBRADA NO PRESENTE

Desde o início da pandemia de COVID-19 no Brasil, quase todos os jornais de grande circulação nacional publicaram matérias e reportagens sobre a história da gripe espanhola. A incidência maior de

publicações fora do período onde quase todos os estados brasileiros passaram a adotar como medida principal o distanciamento e isolamento social, principalmente entre os meses de março e abril deste ano. Inclusive, era esta a ênfase dada às reportagens: a necessidade que havia naquela época de adotar medidas de isolamento para conter o avanço da gripe espanhola. Um dos primeiros jornais a publicarem notícias desta natureza foi o portal do G1:



Imagem 1: Reportagem sobre a gripe espanhola em Curitiba (FONTE: PORTAL G1)

Em todo momento, há uma simbiose realizada entre a notícia do coronavírus com a gripe espanhola. O acontecimento anterior é transformado em presença atualizada no fio discursivo da materialidade do texto da matéria jornalística. Temos o exemplo do trecho inicial que diz que “autoridades também recomendaram que pessoas evitassem aglomerações, assim como acontece hoje em relação ao coronavírus”. Temos aqui o acionamento de uma memória discursiva sobre a gripe espanhola sendo projetada para, em certa medida, obter uma justificativa, através do passado, para a tomada de decisões governamentais chanceladas pelas organizações médicas do presente. A memória do dizer ultrapassa as condições de tempo para ser atualizada como um tipo de reconstituição de um evento agora não mais tão distante.

Não haveria outra razão para tanto apreço a esta temática do que gerar um elo do passado com o presente, e se lá atrás os sujeitos

foram obrigados a cumprir o isolamento, por que seria diferente nos dias de hoje? O fato é que este jogo de memórias que faz circular simultaneamente dois tempos históricos distintos nada mais é do que um expediente segundo o qual se diz da história da gripe espanhola para trazer informações da atual pandemia e, por conseguinte, fazer da gripe espanhola uma aliada que legitima o cotidiano relatado pela imprensa acerca da situação global atravessada nos dias de hoje. Em outros termos, a memória do acontecimento da gripe espanhola parece carregar em seu bojo discursivizado na atualidade a operacionalidade argumentativa suficiente para lançar luzes nos primeiros modos de cuidar do acontecimento da COVID-19.

Outro veículo de grande circulação que também publicou notícias sobre o tema foi o jornal El País:



Imagem 2: Reportagem sobre a gripe espanhola no Brasil (FONTE: EL PAÍS).

Embora esta tenha sido uma reportagem muito bem articulada, trazendo falas de deputados federais da época, tentando a todo o momento apresentar a atmosfera caótica vivida no Brasil, a mesma, ainda assim, relembrou alguns aspectos da gripe espanhola elidindo os calorosos debates que urgiram após o agravamento da pandemia de COVID-19. Debates principalmente relacionado à suspensão das aulas, de automedicação e o Sistema Único de Saúde, que combina com a total e absoluta desorganização do atual Ministério da Saúde.

Aqui, é possível explorar nas zonas do dizer o interdiscurso que relaciona o passado (memória histórica) da gripe espanhola, com aspectos presentes que dizem mais do que se quer falar na própria constituição parafrástica dos elementos constitutivos da notícia. O resgate de algumas condições de emergência de um acontecimento, no caso da gripe espanhola, dificulta a representação das próprias condições de existência de outro fato aludido na reportagem, a pandemia de COVID-19.

Ora, será que, quando a matéria vem no subtítulo que “naquele ano, as escolas brasileiras aprovaram todos os alunos”, a imprensa, talvez, esteja também sugerindo que se faça o mesmo no presente? Conforme Maria Betania Moura, “o acontecimento jornalístico, acontecimento discursivo, não se dá no tempo do enunciador, mas numa temporalidade em que o passado é o memorável tecido pelo próprio acontecimento, que tem também o futuro como uma latência” (MOURA, 2008, p. 1).

A gripe espanhola, transformada em acontecimento jornalístico, revela também, um futuro latente proposto pela própria notícia, o que pode ser exemplificado como a suspensão das atividades escolares e ter no horizonte, segundo os jornalistas, a aprovação automática em todo território nacional, conforme acontecera no passado, sem considerar que neste passado, a taxa de alfabetização escolar no Brasil era ínfima ou aqueles que tinham acesso à instrução básica era muito restrito, o que tornava mais viável realizar algo deste porte. Aqui se percebe o apagamento das condições de produção de emergência do acontecimento da gripe espanhola que chegou até o Brasil, pois a equivalência de *status* do vírus anterior com o atual reconfigura, entre outras coisas, as dimensões de letalidade de um para diminuir a do outro, isto é, a gripe espanhola passa a ser discursivizada como o COVID-19 do passado.

Ao retornar ao histórico da gripe espanhola, a imprensa brasileira publicou apenas os traços que se assemelham com a

pandemia de COVID-19. No próprio subtítulo, diz que “a busca por remédios milagrosos teve um efeito colateral inusitado, a criação da caipirinha”, e o tom irônico advindo pela palavra “inusitado” toca em uma zona do discurso do presente, sobretudo acerca dos usos de medicamentos politicamente defendidos por representantes governamentais, tais como a “cloroquina”. Ora, se no passado a busca era por remédios “milagrosos”, o caráter divino permaneceu na defesa de um medicamento que, aos olhos do atual presidente da República, poderia curar o indivíduo acometido pelo vírus da COVID-19. Sem dizer explicitamente, o discurso midiático joga com as palavras para defender seu próprio posicionamento político, utilizando, desse modo, a gripe espanhola como “bode expiatório”. Nessa mesma toada discursiva, O Jornal Cidade também publicou no mesmo período uma reportagem sobre a temática:



Imagem 3: Reportagem sobre a gripe espanhola no Brasil (FONTE: JORNAL CIDADE)

Enquanto as matérias anteriores não explicitavam uma orientação discursiva, esta já apresenta no título de forma evidente que não deixa sombra de dúvidas que os dois tempos pandêmicos são significativamente parecidos, mesmo sendo possível matizar estas semelhanças/diferenças. O que mais chama atenção é a pergunta que é feita no título “a história se repete?”, tornando passível de compreender que, na verdade, não se trata de uma indagação, mas de uma posição adotada pela própria notícia acerca da tamanha proximidade que há entre a gripe espanhola e o COVID-19.

Basicamente, a reportagem apresenta todas as possíveis semelhanças entre os dois períodos, trazendo alguns trechos de relatórios médicos que indicavam que aquele era o “maior surto epidêmico vivido na história” e uma fala de uma historiadora que diz que a “ideia de que a história se repete pode ser questionável”. Esta historiadora, inclusive, deixa claro que a história de fato nunca se repete. Mas se este fosse o posicionamento do jornal, por que não foram tratadas as disparidades que tornam a assertiva falsa? Se a história não se repete, por que esse dizer no título é construído em forma de indagação?

Existe uma contradição lógica, mas não evidente, pois o caráter de noticiabilidade no qual o discurso jornalístico-midiático ocupa na sociedade autoriza que se possa dizer de um modo, mesmo que haja contradições, arbitrariedades e traços de subjetividade. Ainda segundo Maria Betania Moura, o conjunto de enunciados que formam as estruturas narrativas de uma notícia jornalística, delimita seu discurso, “de modo a não perder suas especificidades, garantidas pela adoção dos critérios de noticiabilidade: atualidade, novidade(singularidade), interesse, proximidade” (MOURA, 2008, p. 6). Logo, o espaço discursivo no qual o jornalismo ocupa permite que reportagens como essa sejam autorizadas a circular, mesmo tendo a ciência de que de fato a história nunca se repete, ao mesmo tempo, através do regime de verdade vinculado ao sujeito-jornal, a *Cidade* pode afirmar a negativa, questionar o presente e o passado, uni-los através de uma memória discursiva, e selecionar os aspectos semelhantes/deferentes, sem destacar as devidas diferenças.

GRIFE ESPANHOLA E COVID-19: DISTÂNCIAS QUE SE CRUZAM

O enfoque deste tópico está relacionado aos parâmetros e as fronteiras de nossa análise. Neste momento colocamos nosso objeto de estudo em uma casa de espelhos, e os diferentes feixes, com diferentes perspectivas sendo apresentado aos nossos olhos, sem, contudo, termos a possibilidade de enxergar a totalidade dos fatos e acontecimentos. No entanto, talvez, nossa proposta aqui seja não se alinhar aos discursos defendidos nas páginas publicadas em veículos de informação sobre a temática, mas, antes, de demonstrar o funcionamento dos sentidos que lhes engendram elementos de fatos lembrados e esquecidos, para tentar observar, não completamente, a problemática de se recorrer a uma memória histórica sem, contudo, evidenciar como este passado histórico está, também, distante do presente. Ora, isto não quer dizer que por estar distante que não haja de fato semelhanças entre 1918 e 2020. Porém, a maneira simplista adotada pelo discurso midiático-jornalístico para diminuir esta distância é, no mínimo, arbitrária. Então, este tópico trilhará o espinhoso caminho de apreender como as distâncias entre a gripe espanhola e o COVID-19 se “cruzam”, revelando o que também não foi dito, nos próprios termos das notícias, construindo uma história, para se utilizar um termo de Walter Benjamin, “a contrapelo”¹.

Provisoriamente, poderíamos dizer que a epidemia de gripe espanhola e a pandemia de COVID-19 seguiram, de maneira próxima, quase o mesmo percurso “natural”, sendo que ambas vieram através de sujeitos contaminados no exterior, e que ao desembarcarem no

1 Walter Benjamin (2012, p. 15) nos diz que “Não há documento de cultura que não seja também documento de barbárie. E, do mesmo modo que ele não pode libertar-se da barbárie, assim também não o pode o processo histórico em que ele transitou de um para outro. Por isso o materialista histórico se afasta quanto pode desse processo de transmissão da tradição, atribuindo-se a missão de escovar a história a contrapelo.

país, foram confirmados que estavam acometidos pelo vírus. No entanto, a dinâmica de contágio possui traços sociais, ou a maneira como os indivíduos se comportam socialmente. Sendo assim, as epidemias que ocorreram em toda a história humana, sobretudo as que estão sendo relatadas neste texto, foram também afetadas pelo próprio contexto histórico-social onde determinada doença ou vírus surgiu. De acordo com Adriana Costa Goulart,

Historicamente, epidemias e ideologias se difundem da mesma forma, proporcionando o aparecimento de conflitos sociais e de resistência ao intervencionismo e às tentativas de medicalização da sociedade. A classificação de um estado como doença não é um processo socialmente neutro, e, na administração de saúde, torna-se uma linha tênue entre legitimação e estigma (GOULART, 2005, p. 104-105).

Portanto, uma das questões que podem aproximar os dois momentos pandêmicos de nossa história é o fato de engendrarem reações sociais quanto ao modo como os governantes e autoridades médicas agiram em relação à doença, bem como as atitudes dos sujeitos leitores reagindo ao que se lia sobre a situação vivida no país, por exemplo. Mas, estas reações são específicas de sua própria lógica temporal, que muito pouco tem de semelhante. Ainda segundo Goulart (2005), o nome “espanhola” vinha do fato de que na Espanha não se fazia segredo a despeito dos impactos da doença, ao contrário de muitos outros países que adotaram, inclusive o Brasil, um tom mais suavizado sobre a gripe espanhola.

E mesmo durante a passagem desta em solo brasileiro, ainda que se fizessem reportagens cotidianas do “terror” provocado pela epidemia, a imprensa da época não abandonou os pedidos de tranquilidade. A exemplo, temos um texto publicado no Jornal *A Capital* que dizia que “não há razão para pânico e, ainda que houvesse, tudo aconselharia a resistir-lhe. O terror nada adianta e nada modifica, senão para pior”. Porém, o discurso tranquilizador precisa ser historicizado

e compreendido no seu próprio tempo histórico. A imprensa adotara esta atitude proveniente de uma outra memória discursiva, aquela vinda dos tempos medievais de que a saúde do corpo e da mente são indissociáveis, e que uma mente “saudável” e livre do medo e do pânico que possa ser gerado por um surto pandêmico, estaria menos predisposto a obter a doença. Esta memória, segundo Liane Maria Bertucci, fora reatualizada durante o período da gripe espanhola. Segundo a autora,

Quando a epidemia de gripe espanhola tornou-se uma triste realidade para os brasileiros, apelos para que a população mantivesse a calma, afastasse o pânico ou o medo exagerado, atualizaram no início do século XX preceitos médicos de séculos anteriores, preceitos que podiam até ser condenados pela moderna medicina do noventa, mas que estavam vivos na mentalidade dos homens da década de 1910 (BERTUCCI, 2009, p. 462).

Vemos aqui um possível distanciamento entre os dois períodos pandêmicos, visto que a imprensa brasileira em quase nenhum momento adotou o discurso da tranquilidade, na medida em que os principais jornais de grande circulação possuem todas as informações de novos casos e mortes diárias provocadas pela COVID-19, em tempo real. Assim, é fato que houve uma mudança significativa, e por que não dizer um completo abandono desta memória de tranquilização? Salvo a ala negacionista e o próprio presidente brasileiro, que desde o início menosprezou a pandemia, os dizeres sobre a COVID-19 constituíram-se de uma informação alarmista.

Outro ponto que intersecciona a gripe espanhola e o COVID-19 é o papel atuante da imprensa, principalmente no que tange em informar à população sobre a circulação da doença no país, denunciar o descaso dos governos municipais, estaduais e federal quanto ao combate da pandemia, dentre outros. Durante a gripe espanhola, os jornais atuaram para além de simples editoriais informativos. Ainda segundo Bertucci,

A proposta de isolar a cidade não foi efetivamente discutida em outubro de 1918, mas os jornais também apresentaram outras sugestões, menos radicais, que podem ter concorrido para ações de combate à epidemia e seus efeitos [...] O Estado de S. Paulo insinuou que o governo poderia ajudar financeiramente a subsistência de gripados pobres e operários e as fábricas estavam paralisando suas atividades devido à epidemia e solicitou que os paulistanos fizessem donativos para as vítimas necessitadas da gripe espanhola (BERTUCCI, 2018, p. 54).

Houve efeitos práticos diante das solicitações feitas pela imprensa da época, e as diversas organizações civis realizaram envios de donativos, medicamentos, para os “espanholados”. Alguns jornais também disponibilizaram seus espaços para composição de leitos, e ainda segundo Bertucci, ao passo em que se acrescia o medo e o pavor causados pela epidemia, aumentava também o espectro de solidariedade, advinda principalmente pelas pessoas comuns, muito mais por elas do que pelas autoridades médicas e políticas.

Se este é um ponto que “cruza” com o atual momento que vivemos, a mesma se distancia quando se percebe que há poucos indícios noticiosos por parte da imprensa quanto ao incentivo de solidariedade social. Traduzindo para os termos de nossa análise, enquanto a imprensa brasileira seleciona certas especificidades da memória discursiva da gripe espanhola, é mobilizado o esquecimento de aspectos de generosidade que fora provocada na época, mas que talvez não seja interessante para o atual momento tal aspecto, realçando, enfim, muito mais o terror e o medo que viera juntamente com a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Michel Foucault (2005) em sua emblemática obra *A ordem do discurso* nos lembra que não há uma “fonte originária” de um discurso, e que a partir desta dispersão os sentidos viriam deste lugar de origem “estranho”. Ou seja, a própria constituição da memória da gripe espanhola é atravessada por uma outra memória, mais antiga, a respeito de como se encarava uma doença. Assim como a imprensa na época da gripe espanhola filiou-se a estes sentidos outros, o jornalismo brasileiro atual optou também por selecionar um passado histórico que combinasse com as características da pandemia de COVID-19.

Foucault também nos lembra, na *A Arqueologia do saber* (2013), de que as formações discursivas são carregadas de sentidos anteriores a ela, que fala antes, de um outro lugar, e que continuamente são atualizados e rememorados, o que não foi diferente no caso que analisamos no presente artigo. A memória discursiva sobre a gripe espanhola viera também com a própria atualização feita na época de sua aparição no Brasil, o que ficara registrado nos jornais de seu tempo, e retroalimentado no presente a partir de um movimento de apagamento (ou esquecimento) para então significar dentro do espaço discursivo da pandemia de COVID-19. Esquecimento este importante para que o discurso midiático-jornalístico ocupasse um lugar de opinião e posicionamento político bastante articulado e unívoco.

Enquanto na gripe espanhola, a imprensa parecia dividida quanto à forma que as autoridades médicas e políticas tratavam da situação, ou se a melhor opção seria a adoção ou não do isolamento social, nos tempos atuais, ao que tudo indica, a imprensa brasileira utiliza de seu caráter noticioso para, a todo o momento, defender esta prática, a única que talvez possa minimizar o contágio. Assim, através do claro posicionamento que a imprensa brasileira possui atualmente sobre a pandemia de COVID-19, buscou-se na memória discursiva

da gripe espanhola atualizada hoje um passado que legitimasse suas respectivas opiniões cujas conotações refletem um posicionamento profundamente político.

REFERÊNCIAS

BERTUCCI, Liane Maria. A onipresença do medo na influenza de 1918. *Varia História*, Belo Horizonte v. 25, p. 457-475, 2009.

BERTUCCI, Liane Maria. Epidemia em papel e tinta. *Khronos*, v. 6, p. 48-58, 2018.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2005.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do saber*. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FUNO, Ludmila Belotti. Memória discursiva e esquecimento: revisitando o chapéu de Clémentis. *Palimpsesto*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-11, 2012.

GOULART, Adriana da Costa. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, vol.12, n.1, p.101-142, 2005.

LUCA, Tânia Regina de. História dos, nos e por meio dos periódicos. in: PINSKY, Carla. *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005.

MOURA, Maria Betania. Memória discursiva em Foucault e acontecimento jornalístico. *BOCC - Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*, v. 1, p. 1-12, 2008.

ORLANDI, Eni. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 2003.

PAVEAU, M-A. Reencontrar a memória – percurso epistemológico e histórico. In: (Org.) FERREIRA, M.C., INDURSKY, F. *Análise do discurso no Brasil: mapeando conceitos, contrapondo limites*. São Carlos: Clara Luz, 2007.

PÊCHEUX, M. Papel da Memória. In: ACHARD, Pierre [et al.]. *Papel da Memória*. Campinas, São Paulo: Pontes, 1999, p. 49-57.

PÊCHEUX, M. Língua, linguagens, discurso. In: PIOVEZANI, C.; SARGENTINI, V. (Org.). *Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise do discurso*. Trad. Carlos Piovezani e Vanice Sargentini. São Paulo: Contexto, 2011, p. 63-75.



2

RAPHAELA SCHIASSI HERNANDES

LAÍS MELO ANDRADE

TAISLAYNE FRAGA CRUZ

ANA MARIA MENEZES SOUZA

LAIS FERNANDA SILVEIRA RAMOS

ALANA LALUCHA ANDRADE GUIMARÃES

A Trama da Vida:
o cotidiano e o sofrimento psíquico de mulheres com
depressão na perspectiva da terapia ocupacional

Resumo:

A depressão pode ser considerada um transtorno de elevada prevalência e com significativo sofrimento para os pacientes. O objetivo do estudo foi conhecer o perfil ocupacional de mulheres que possuem o diagnóstico de depressão, inseridas em Unidades Básicas de Saúde, no Estado de Sergipe. Trata-se de um estudo qualitativo e relato de experiência a partir da análise de conteúdo de entrevistas e pinturas realizadas. Foi possível observar um cotidiano marcado por tristeza, falta de motivação para viver e realizar as atividades prazerosas, além de dificuldades nas relações familiares. No âmbito do serviço de saúde foi observado o modelo biomédico e o uso das redes de suporte de maneira não efetiva. Diante disto, a terapia ocupacional por meio da atenção psicossocial, buscou ressignificar o cotidiano e o engajamento em atividades significativas, oportunizando trocas de saberes com a equipe e a família.

Palavras-chave: Depressão; Atenção Primária à Saúde; Terapia Ocupacional.

INTRODUÇÃO

Os transtornos do humor são transtornos mentais geralmente de evolução crônica, e são bastante comuns, porém de rara identificação e dentre eles destaca-se o transtorno depressivo que vai muito além de uma tristeza, ela implica em sofrimento pessoal, com prejuízo global do funcionamento do organismo e com a manifestação de sintomas físicos inexplicáveis que traz graves prejuízos para o funcionamento social, familiar e no seu contexto laboral. Possuem grande prevalência na população, entre 12 a 20% ao longo da vida, com significativo aumento entre pessoas que procuram o serviço de saúde e com prevalência ainda maior aos que já possuem doenças crônicas, mas são habitualmente desconsiderados, por desconhecimento ou desconsideração do sofrimento do outro (BRUNONI, 2008).

Deste modo, esse estudo teve como objetivo geral conhecer o perfil ocupacional de mulheres que possuem o diagnóstico de depressão. Como objetivos específicos: descrever o cotidiano de mulheres com diagnóstico de depressão, com suas maiores dificuldades enfrentadas em cada período do seu dia; investigar o nível de aceitação e compreensão dessas mulheres e seus familiares, com relação ao quadro de depressão que vivenciam e compreender a assistência prestada a essas mulheres pela equipe de saúde das duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) escolhidas para a pesquisa.

Trata-se de um estudo qualitativo construído a partir da análise de conteúdo de entrevistas e atividades de pinturas realizadas com as usuárias, autorizada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Os principais teóricos utilizados foram: Saraceno, Liberman, Brunoni, Coimbra e entre outros.

Sendo assim, os locais escolhidos para a realização da pesquisa foram duas UBS do interior do Estado de Sergipe. Participaram

da pesquisa 6 mulheres com diagnóstico de depressão, sendo três mulheres de cada território das unidades de saúde. Essas mulheres foram selecionadas independentemente da faixa etária, da condição de saúde ou da presença de outras comorbidade, ou seja, ficou a cargo dos agentes comunitários de saúde (ACS) a escolha delas, pois eles estão diretamente na comunidade. Assim, depois da escolha das usuárias foi realizada uma busca nas Pastas Famílias para confirmação do diagnóstico e, com o endereço encontrado, as pesquisadoras entraram em contato com as usuárias e marcaram as visitas acompanhadas dos agentes comunitários. Os profissionais de saúde e familiares foram escolhidos pela proximidade do cuidado com cada usuária e entrevistados em momentos diferentes de acordo com a conveniência de cada participante.

As entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos participantes e sua participação foi voluntária. Totalizou-se em 4 encontros com cada usuária em um período de três (3) meses. No primeiro encontro, foi realizado uma entrevista aberta com elas e durante os outros três encontros foram realizadas as atividades de pintura. Todos os encontros foram gravados em áudio, para ajudar na transcrição das falas e as pinturas foram registradas por meio de fotos e devolvidas ao final dos encontros para as usuárias. Destaca-se que cada uma das três pinturas tinha como proposta uma temática para expressar a rotina delas, na qual foi dividido por turnos e perguntas diferentes. Além disso, as entrevistas com o familiar mais próximo da usuária e com os profissionais da equipe de referência, foram realizadas e gravadas em local reservado no dia e horário escolhido conforme a conveniência por cada entrevistado.

Portanto, constatou-se: um cotidiano marcado por: tristeza, desesperança, solidão, falta de motivação para viver e realizar as atividades prazerosas, além das dificuldades nas relações familiares, o não apoio profissional e o desgaste como cuidador. No âmbito profissional

foi observado o modelo biomédico, a falta de cuidado ampliado e o não uso das redes de suporte de maneira efetiva. Diante disto, a terapia ocupacional por meio da atenção psicossocial, buscou ressignificar o cotidiano e o engajamento em atividades significativas das usuárias, oportunizando trocas de saberes com a equipe e a família.

DISCUSSÃO TEÓRICA

O transtorno depressivo causa ruptura nas ocupações diárias e pode afetar o senso de identidade do indivíduo. Essas descontinuidades nas ocupações nas quais as pessoas se engajavam, podem acarretar uma série de consequências negativas; uma delas é o isolamento, que desencadeia a redução da rede social e também, o desinteresse pela vida, levando a ideias suicidas (SALLES; MATSUKURA, 2013).

No modelo da Saúde Mental atual, o cuidado é prestado no espaço que se vive, no território que é dinâmico, no qual a vida cria e se recria e as relações sociais e interpessoais são construídas cotidianamente (OLSCHOWSKY et al., 2014). O processo de reabilitação psicossocial é um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental, isto é, o deslocamento da assistência dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, impondo transformações fundamentais para essa nova perspectiva de cuidado (BALLARIN; CARVALHO, 2011).

A reabilitação psicossocial que provoca o olhar orientado para o cotidiano e as questões de cidadania e os aspectos que envolve o ser humano, atenta para as diversas formas de produção cultural e expressões artísticas, além dos muros das instituições, permitindo sensibilidade no cuidado com o outro (SARACENO, 1999). Liberman (2002) expõe que no momento da atividade o foco está no prazer e no gosto pela experimentação, uma relação de troca. Essa essência que a Terapia Ocupacional está diretamente ligada à atividade humana com

o objetivo de dar ao indivíduo uma estruturação/reestruturação do seu cotidiano e sua autonomia, gerando assim, qualidade de vida, perspectivas que estão diretamente ligadas às ações e objetivos da saúde.

Portanto, a Terapia Ocupacional que é fundamentada no envolvimento das ocupações que estruturam a vida do sujeito, podem contribuir com o bem-estar, por meio de ocupações que dão sentido à vida e a complexidade de fatores que tornam possível o envolvimento e participação que promovem saúde (AOTA, 2010). Assim, o profissional terapeuta ocupacional, baseado na reabilitação psicossocial busca compor a construção de um cotidiano significativo para as pessoas dentro do território, no qual elas estão inseridas. Tendo como objetivo a sua inserção social, conquista de autonomia e a afirmação da singularidade dessa pessoa, trabalhando na perspectiva de como o adoecimento muda a vida cotidiana dela e de todos aqueles que estão a sua volta (SALLES, MATSUKURA, 2015).

ANÁLISE DOS DADOS

1. Primeiro Encontro: O contrato terapêutico

Neste primeiro contato com as participantes foram relatados os objetivos da pesquisa, o estabelecimento do contrato terapêutico e o agendamento dos respectivos dias dos outros três encontros.

1.1 Segundo Encontro: O DESPERTAR – “Preciso levantar dessa cama”

Pelos relatos das usuárias da pesquisa e os desenhos realizados constatou-se: que o período da manhã é mais difícil para elas,

sendo neste período que elas têm uma maior dificuldade em iniciar qualquer atividade, não conseguindo muitas vezes nem sair da própria cama, ficando muito tempo dentro de seus quartos. “[...] fico só deitada, a vontade é de morrer, é uma depressão brava. Minha maior dificuldade é levantar, se pudesse nem levantava, o período da manhã acaba sendo o mais difícil, o iniciar do dia. [...] a cama é um carma, é o local onde passo os dias [...]” (SM, 3).



Figura 1: Desenho do dia (SM, 3)

As pessoas com depressão têm dificuldades em iniciar atividades. A relação entre a realização de atividades e a construção do cotidiano é um processo de construção de sentido onde as atividades são criações significantes de acordo com o contexto em que vivem. A atividade é um elemento que promove o encontro e o diálogo entre o sujeito, seu grupo social, seu tempo histórico, sua tradição cultural (LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013).

1.2 Terceiro Encontro: O ENTARDECER – “A cama ainda é o melhor lugar”

Foi possível observar nos relatos que no período da tarde existe um pouco mais de dinâmica nas atividades realizadas pelas usuárias como: assistir televisão, ficar no celular, ir ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e fazer as atividades da casa. No entanto, ainda na maioria dos relatos ficar no quarto, ou melhor, na cama, permanece sendo a atividade mais realizada no dia a dia dessas mulheres. Como identificado no desenho e relato abaixo: “[...] aqui sou eu dormindo, essa é a minha tarde [...] depois que almoço eu vou dormir, minha tarde é dormir, se eu pudesse só ficaria deitada e esqueceria do mundo. Não tenho vontade de nada [...]” (SM, 1).

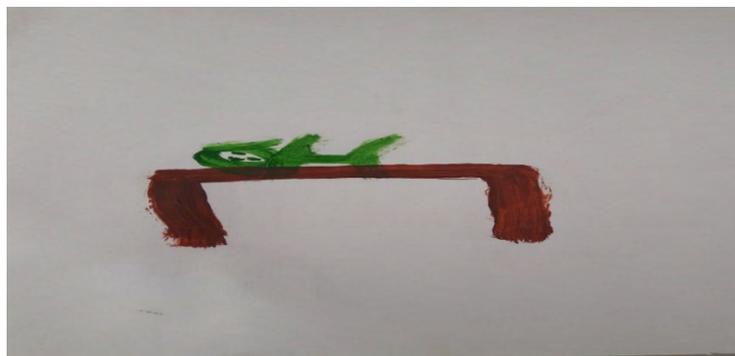


Figura 3: Desenho da tarde (SM, 1)

1.3 Quarto Encontro: O ANOITECER – “O ficar na cama sem culpa”

Nas falas das usuárias percebe-se que à noite é um turno um pouco melhor, pois elas podem deitar e ficar sem fazer nada e não

serem cobradas nem por ela mesmas e nem por seus familiares. “[...] eu gosto mais da noite, pois deito e não me levanto para fazer nada. Depois que janto me deito de novo, não gosto de fazer nada, e o melhor de tudo é que nem eu e nem outros cobram para eu ficar fazendo as coisas, pois é a noite né? Diferente do início do dia, onde tudo precisa acontecer. A noite posso ficar deitada e mais nada [...]” (SM, 3).



Figura 4: Desenho da noite (SM, 3)

2. ENTREVISTA COM AS USUÁRIAS

2.1 O tanto faz na vida: quando as usuárias relatam sobre sua condição de saúde, elas não demonstram mais nenhum interesse em mudança, em desejos e sonhos, uma verdadeira vida que se segue sem nenhum significado e sentido. Pode-se observar essa falta de sentido nos discursos: “[...] porque você não tem mais prazer na vida, você não tem gosto de viver, tanto faz estar viva como não estar [...] não tem mais objetivos, não liga para mais nada [...]” (SM, 2).

Segundo Lukas (1990 apud AQUINO; DARÁ; SIMEÃO, 2016, p. 27) quando o quadro depressivo está avançado, o sujeito não consegue perceber um sentido para o seu futuro, além disso, deixa de

responder ao presente de forma significativa, o que agrava e reforça a sensação de falta de sentido.

2.2 O que tem dentro de mim, só eu sei: Foi possível perceber a dificuldade dessas mulheres em realizar as atividades de vida diárias. Assim, constata-se nas entrevistas as inúmeras implicações para a vida cotidiana delas, o desprazer nas atividades antes preferidas e consideradas originalmente prazerosas. Muitas vezes emergem pensamentos e desejo de morte, ao que parece como uma situação que não apresenta sentido, saída ou alternativa.

*“[...] uma tristeza, não tenho vontade para nada, só de chorar e agora **estou tendo vontade de novo de me matar** também [...] tem dois meses que não me depilo, nem o cabelo que eu gostava de arrumar, passo mais de 15 dias sem lavar o cabelo porque não tenho vontade, ai quando vejo que está demais que não aguento a coceira, peço a menina para lavar, porque nem eu mesma consigo, **uma tristeza sem fim, não tem fim não essa tristeza [...]** mas o **pior é que ninguém entende [...]**” (SD, 2).*

Segundo Vieira e Coutinho (2008) a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa, e afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções, por esses e outros motivos a maioria das usuárias relata não conseguir realizar quase nenhuma atividade e não querer mais viver e sente muita vontade de tirar a própria vida.

Ressalta-se que pelas usuárias não conseguirem realizar atividades antes necessárias e que faziam com prazer e sem nenhuma dificuldade é algo entristecedor e incomoda a elas e as pessoas que estão próximas, fazendo com que as usuárias vivem uma mistura de cobrança interna e do preconceito da sociedade diante daquilo que não é palpável, aquilo que não é possível enxergar. Segundo elas as

pessoas acreditam que o que elas sentem é frescura, fraqueza e não saem dessa condição porque não querem.

2.3 Felicidade não existe: De acordo com Porto (1999) um dos sintomas psíquicos mais comum na depressão é o humor depressivo que causa a sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Tudo lhes parece vazio, mostra-se apático com falta de sentimento. Pode-se observar essa insatisfação a partir do discurso: “[...] *não sou feliz, tem 12 anos que eu deixei de ser feliz, depois dessa doença, nunca mais fui feliz. Não tenho vontade de nada na vida [...]*” (SD,2).

2.4 A solidão presente sempre: segundo as usuárias do estudo a maior tristeza que sentem é a falta de atenção e compreensão de pessoas que são tão importantes para elas, mas que acabaram cansando e se afastando: “...*quase todos me abandonaram, cansaram, uma solidão sempre...*” (SM, 1)

2.5 Vida sem sonhos: os sonhos, desejos e anseios perderam o significado para as usuárias, elas não almejam mais objetivos futuros: “[...] *quando você não é feliz, você não sente falta de nada. [...] tanto faz uma coisa ou outra, não me importo, não tenho mais sonhos...*” (SM, 1). “[...] *falta de que? Se nem vida eu tenho. Sonhar? Não, isso não acontece mais [...]*” (SD, 2).

Beck et al. (1983) apontam como característica comum dos deprimidos a imagem negativa e pessimista de si mesmos, do mundo e principalmente do futuro, não acreditando em nenhuma melhoria e não almejando mais nada.

2.6 A Rotina que se faz entre a cama e o quarto: Todas as usuárias afirmam que a rotina é ficar a maior parte do tempo no quarto e de preferência deitadas. “[...] **a minha rotina não existe**, eu não

tenho ânimo para nada, vontade nenhuma de fazer nada, entendeu? Absolutamente nada. Se eu pudesse eu só ficaria deitada e esquecia do mundo, ou mesmo morria [...]” (SM, 1.) “[..] **.cama, cama e cama, essa é minha rotina** [...]” (SM, 3).

Segundo Bahls (2002) a desmotivação e desesperança apresentada pela pessoa depressiva, de relacionar-se com outras pessoas, de fazer atividades ou mesmo de acreditar em uma possível melhora, podem ser vistos de forma equivocada pela sociedade. Sendo estas pessoas rotuladas muitas vezes como desinteressadas e/ou preguiçosas, valorações essas que intensificam ainda mais os sentimentos de desvalia que essas possuem sobre si mesmas e que estão relacionadas aos números de suicídio.

2.7 Dormir momento difícil: apesar de todos as usuárias concordarem ser o período da manhã o mais difícil e o da noite o menos doloroso, pela própria justificativa de não precisarem fazer nada, ficando em suas camas. No entanto, todas relatam apresentar dificuldades para dormir e só conseguir após o uso de medicação: “[...] **tenho dificuldade para dormir, se não tomar a medicação não durmo não** [...]” (SM, 2).

Essa dificuldade em dormir é confirmada de acordo com Lucchesi, L.M. et al. (2005), onde colocam que uma parcela expressiva dos pacientes depressivos queixa de deterioração tanto da quantidade como da qualidade do sono, sendo a insônia o transtorno do sono mais comumente encontrado na depressão. A insônia é definida como a dificuldade de iniciar e manter o sono, de continuação do sono e do despertar precoce nas primeiras horas da manhã (ICSD, 2005).

2.8 O apoio que nunca vem: Nas falas da maioria das usuárias notou-se a falta de apoio e compreensão dos seus familiares: elas sentem a falta de serem cuidadas e compreendidas: “[...] *só queria o apoio, pelo menos das pessoas da família, um apoio que nunca*

vem, só peço isso [...]” (SM, 1). “[...] mais alegria, família se unisse mais, o desprezo da família é muito triste, **não tem mais jeito não, não vai mudar nunca, nada vai melhorar [...]**” (SD, 1) “[...] não sei, acho que **uma pessoa certa para cuidar de mim, tomar o remédio certo, um tratamento certo [...]**” (SD, 2). O suporte social, de acordo com Antunes e Fontaine (2005) refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro, assim, é muito importante que haja o apoio da família e/ou das pessoas mais próximas. Essa assistência afetiva, combinada com procedimentos terapêuticos, colaboram para a melhora do quadro da depressão.

2.9 O medo de mim: a vontade de tirar a própria vida aparece em todas as respostas das usuárias, com muita frequência, elas relatam que sentiram essa vontade ou até tentaram mais de uma vez, de diferentes maneiras.

“[...] já, várias vezes, não sei nem contar mais. Sem esperar chega, eu já cheguei a sentir medo de mim, entendeu? Eu perco o controle, eu fico com medo de mim, [...] você acha que como tudo não tem sentido e vai acabar mesmo, a melhor solução é essa, parece que tem uma voz que manda fazer isso, ela manda é bem real, eu fico com medo e não sei explicar, é uma força que puxa [...]” (SM, 1).

A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a Depressão Maior se destaca (MCGIRR et al., 2007).

2.10 A pessoa sem mente – a tristeza que nunca sai: todas as usuárias gostariam de saber mais sobre a depressão, entender a tristeza sentida e o porquê não conseguem realizar mais nada que antes era tão fácil:

“[...] gostaria de saber porque a cabeça fica desse jeito, a pessoa fica sem mente, não sabe fazer nada mais, esquece de tudo. O

que eu sabia fazer, esqueci. Por que sinto essa vontade ruim de me matar? Porque essa tristeza não sai nunca do peito, nunca acaba, não tenho alegria para nada, vontade para nada, queria saber porque posso passar um dia bom, mas a tristeza não sai [...]” (SD, 2)

3. ENTREVISTA COM OS FAMILIARES

3.1 Sofrimento que não acaba: os familiares trazem em suas falas ideias do que imaginam ser a depressão, a paciência que precisam ter com a pessoa deprimida e a dificuldade em lidar com os acontecimentos diários: *“[...] é uma coisa bastante complicada, tem dias que ela tá bem, tem dias que chora com tudo, não tem paciência com nada. É difícil de entender, só quem convive mesmo que já acostuma, mas tem que ter muita paciência [...]” (MARIDO, SD1).*

A compreensão da doença e seu reconhecimento em todas as suas fases permite a família auxiliar melhor o paciente durante os momentos de crise. Entretanto, a maior parte dos familiares e pessoas mais próximas não tem conhecimento suficiente para fornecer assistência necessária ao usuário, causando sofrimento em ambas as partes (ROSA, 2010).

3.2 Nada muda: todos familiares relatam incentivar a busca de um tratamento adequado, independente do tipo de ajuda, no entanto, deixam claro que não veem muito sucesso, demonstrando um certo desânimo e descrença. *“[...] sempre estou perguntando, se não tá no tempo de ir para o médico e se está lembrando de tomar os remédios certinho, mas cansa né? Parece que não muda nunca, nada melhora, sempre do mesmo jeito [...]” (MARIDO, SD1).*

Essas dificuldades e a falta de esperança de uma melhora, encontradas pela família, demonstra mais uma vez o quanto é necessário

os esclarecimentos acerca da depressão e orientações sobre como se relacionar melhor com o usuário, demonstrar apoio e compreensão, pois na maioria dos casos o paciente não aceita nenhum tratamento e nem o apoio dos familiares, permanecendo na solidão, pois acreditam que as pessoas o veem como louco, fraco ou doente mental, o que acaba dificultando o tratamento (SARACENO, 2004).

3.3 Impotência de não poder fazer nada: a angústia da família fica bastante evidente quando os familiares abordam sua incapacidade diante das dificuldades da pessoa deprimida. Afirmam se sentirem impotentes sem saber ou poder fazer absolutamente nada: “[...] não conseguir ou não poder fazer mais para ajudar [...] se pudesse ajudaria mais, mas não sei como, por isso me sinto impotente muitas vezes [...]” (MARIDO, SM3).

Segundo Mayor e Piccinii (2005), o sistema familiar pode sofrer prejuízos, uma vez, que um dos membros acometidos pela depressão, influenciará o padrão da relação, podendo gerar transtornos de toda a ordem e em todos os membros, por vários motivos, desde desconhecimento da doença, como não aceitação e mesmo o não saber como reagir.

3.4 O desejo de ser formada em depressão: entre os entrevistados, apenas um familiar afirmou não querer saber mais sobre a depressão, justificando que não tem mais idade para isso. Entretanto, os outros relatam sobre a falta que sentem de serem mais orientados e principalmente seu familiar depressivo ser acompanhado em conjunto com ele, pois em muitos casos se sentem desamparados e sozinhos para lidar com algo que para eles ainda é muito desconhecido. “[...] meu Deus do céu, **eu queria até ser formada em depressão**, para saber mais, mas me sinto sozinha, muitas vezes desamparada [...]” (MÃE, SM1).

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios

profissionais de saúde, acarreta grande divergências entre as necessidades e a tomada de atitude das pessoas do seu convívio para que possam evitar o ato suicida. Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida são comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda (BARBOSA; MARCEDO; SILVEIRA, 2011).

3.5 A sombra do suicídio: destaca-se que mesmo aqueles familiares que disseram que nunca a usuária tentou suicídio, sentem medo que isso venha a acontecer, relatando a dificuldade em lidar com a insegurança de que o suicídio possa acontecer: “[...] meu maior medo é suicídio, até sonho com isso [...]” (MÃE, SM1). “[...] tenho muito medo dela morrer, se matar, você entende né? Ou nunca ficar boa [...]” (IRMÃ, SM2). “[...] meu maior medo é o suicídio, muito medo, dela tirar a vida [...]” (MARIDO, SD3).

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande divergências entre as necessidades e a tomada de atitude das pessoas do seu convívio para que possam evitar o ato suicida. Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida são comportamentos de risco que podem sinalizar um pedido de ajuda (BARBOSA; MARCEDO; SILVEIRA, 2011).

4. ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

4.1 Mundo fechado: O conceito de depressão foi bastante difícil de ser expressado pela maioria dos profissionais, muitas vezes ficando visível nos trechos, apenas os sintomas da doença. Destacam-se, a seguir, alguns trechos da transcrição e seleção dos áudios: “[...]”

depressão é uma fuga da realidade, do problema existencial que a pessoa não sabe lidar, eu acredito que seja mais ou menos por aí [...]" (P, SD1). "*[...] um tipo de uma fraqueza eu acho, que por algum motivo, acho que uma sequência de alguns motivos que podem causar [...]*" (P, SD3).

Perante o exposto, existe a necessidade de refletir sobre as questões de saúde mental na dinâmica das equipes de saúde e necessidade de uma capacitação continuada, pois elas são de suma importância para as práticas de saúde, especialmente quando se leva em conta que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde é bastante frequente (COIMBRA et al., 2007).

4.2 Mente adoecida: Foi possível observar durante as entrevistas que a demanda em saúde mental existe no território, mas são casos muitas vezes não acompanhados pela equipe, expressando dúvidas e ansiedade. Muitas vezes a usuária é classificada como aquela que toma controlado, ou aquela que frequenta o CAPS. Os trechos ilustram a visão dos profissionais em relação as usuárias: "*[...] **muitos usuários com sofrimento psíquico aparecem aqui, principalmente no exame de lâmina que é onde eu mais percebo [...]***" (P, SM1). "*[...] aparecem estes usuários o tempo todo, uma das coisas que me assusta muito é que nós **temos uma população muito grande com a mente adoecida, é impressionante como a gente vê isso o tempo todo nas casas, como as pessoas estão adoecidas em sua mente e infelizmente a gente se depara o tempo todo com esse problema [...]** mas **muitas vezes não sabemos como agir [...]** muito sofrimento [...]*" (P, SD1).

Molina et al. (2012) trazem que a demanda por atendimentos à depressão corresponde a 23,9% dos usuários na rede básica de atenção à saúde, caracterizando-se como predominante no atendimento em saúde mental na rede pública. A preocupação maior é que muitos casos não são diagnosticados corretamente, ou

quando são, é muito tardiamente, o que favorece a cronificação desta enfermidade, agravando o sofrimento psíquico do paciente.

4.3 De quem é a dificuldade: Nos relatos, três profissionais sinalizam não ter monitoramento nenhum nas suas equipes. Em alguns casos o monitoramento relatado é baseado no modelo biomédico e não ampliado para questões biopsicossociais, nas relações familiares e nem na formação de vínculo com a equipe: *“Não, não tem monitoramento [...] está faltando isso realmente, eu sei que existe aqui e ali mas a gente não faz um mapeamento realmente [...] estamos pretendendo ver como podemos fazer isso, nós sabemos os casos mas não o monitoramento [...]”* (P, SD1).

Já, em algumas falas, é possível observar um cuidado mais ampliado e maior participação dos Agentes Comunitários de Saúde nesse processo, umas das suas principais atribuições é ser o elo de ligação entre a equipe de saúde e a comunidade, coletando informações referentes às necessidades de saúde da população, identificação dos usuários e encaminhamento as unidades de saúde. *“[...] fazemos todo o acompanhamento com a equipe e o agente de saúde que está diretamente na casa da paciente, ai tem sempre essa comunicação, quando o agente observa faz a busca ativa ou então com a equipe multidisciplinar, o médico, a psicóloga e ai a gente vai vendo como vai a evolução, o dia a dia dele, tudo acompanhado [...]”* (P, SD 3).

Como ressalta Waidman, Costa e Paiano, (2012) o ACS por ser um integrante da comunidade torna-se um mediador e facilitador entre o serviço de saúde e o usuário, com uma comunicação interpessoal efetiva, pois o usuário identifica-se por compartilharem da mesma realidade local e com essa comunicação estabelecida vem ao encontro do que se propõe a reforma psiquiátrica, com os serviços extramuros detendo grande papel na identificação e acompanhamento dos casos.

4.4 Necessidade de outros setores como suporte nesse cuidado: Os profissionais declaram, a necessidade de profissionais especializados, pois eles não sentem-se preparados para as situações relacionadas a saúde mental. Além disso, a maioria traz dificuldades em relação a rede, os dispositivos e a diferença entre elas e, quando utilizá-las.

“[...] em alguns casos, quando a gente percebe que está uma situação mais grave, aí a gente tenta ir em outros setores [...]” (P, SM1).

“[...] acho que não tem um setor que possa ajudar, só a clínica mesmo, mas mesmo assim, nem sempre [...]” (P, SD3).

Nota-se ainda um desafio para os profissionais essa articulação entre saúde mental e Atenção Básica, pois apesar de todas as mudanças estarem acontecendo na Saúde, ainda são muitos os desafios para solidificar as políticas de saúde mental. Pois, para que isso aconteça é necessário consolidar e ampliar a rede de atenção básica, com preceitos de base comunitária e territorial, e ainda, é necessário que o entendimento dos profissionais que atuam na atenção básica esteja voltado para a ideia de saúde (LOPES; MOLINER, 2013).

Segundo Delfini e Reis (2012) o atendimento de saúde mental no nível primário de atenção possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços quando necessário, pois através da proximidade da comunidade com os profissionais da saúde, estes se deparam frequentemente com as problemáticas dos sujeitos e da comunidade.

4.5 A barreira da resistência: Os profissionais relatam as dificuldades das próprias usuárias na aceitação do tratamento, a falta de profissionais e necessidade de capacitação deles. *“[...] a disponibilidade do paciente de querer se cuidar [...]”* (P, SM2, SM3). *“[...] sinto necessidade de capacitação, a abordagem é difícil, pode complicar até mais, se não souber o que falar [...]”* (P, SM2, SM3).

O apoio matricial tem papel fundamental para auxiliar essas demandas trazidas pelos profissionais, pois ele é estratégico, organizador das ações de saúde mental na atenção básica e ferramenta indispensável na humanização da atenção e gestão. Atenção primária é uma grande potencializadora para ações em saúde mental visto que tem potencialidades de atuar no espaço social onde a comunidade vive, estabelecer vínculos e corresponsabilidade, trabalhando em uma perspectiva ampliada de saúde, no entanto, precisa de um olhar para a capacitação dos profissionais que ali se encontram (PENIDO, 2013).

4.6 Atividades que não existem: Fica muito claro durante toda a entrevista com os profissionais das Unidades Básicas, a falta de informação e também de investimentos no cuidado da saúde mental nestes locais, demonstrando assim a falta de assistência especializada para essa população, não tendo absolutamente nada específico para essas usuárias: “[...] não tem nada específico, não que eu lembre, assim, nunca vi não, triste, né? [...]” (P, SM1). “[...] no momento, o que a gente faz é a escuta, orientação e encaminhamento, mas não tem muita coisa não, precisa melhorar, mas não sei se vai ser possível melhorar, então ficamos preocupados com isso [...] poucos profissionais para muita demanda, por isso fazemos o que é possível e mais necessário [...]” (P, SD2)

Segundo Razzouk (2016) em resumo os custos com o tratamento da depressão são inferiores aos custos sociais e econômicos por ela gerados, pois o Brasil já sofre o impacto da perda de produtividade e do aumento dos afastamentos dos trabalhos pela depressão. Assim, além da disponibilidade de antidepressivos no SUS, faz-se necessário um mister de treinamento intensivo no reconhecimento precoce e adequado da depressão, com a implementação de protocolos clínicos e monitorização dos desfechos e padrões de qualidade da assistência a ser prestada aos pacientes, com atividades especializadas e frequentes oferecidas a essa população, principalmente na Atenção Primária, que seria a porta de entrada.

4.7 Necessidade de Capacitação e Contratação. Necessidade de contratação de mais profissionais e capacitação para toda equipe foi apontado como possíveis soluções para melhorar o cuidado das necessidades de saúde mental do território: “[...] além de contratação de mais profissionais, pois pela pequena quantidade, não conseguimos dar a atenção necessária a essas usuárias e outros pacientes com transtornos mentais [...]” (P, SM1). “[...] precisa de capacitação mesmo para os profissionais, a dificuldade de alguns atendimentos, tem gente que é mais grave, ai nem psicólogo, só com medicação do psiquiatra [...]” (P, SM3).

Dessa forma, a educação permanente passa a ser uma ferramenta estratégica e importante para os profissionais da saúde, visto que a aprendizagem é uma atividade contínua. Oliveira (2007) define a educação permanente como atividades que tem por objetivo provocar mudanças de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos, atitudes e o desenvolvimento de uma postura crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre os discursos e seus diversos aspectos que envolve o quadro de depressão foi possível observar um cotidiano marcado por tristeza, desesperança, falta de motivação para viver e realizar as atividades que antes eram significativas e prazerosas. Uma vida sem sentido e sem sonhos, permeada de sentimentos de solidão, tristeza, falta de ânimo e sem perspectiva de futuro. Nos desenhos realizados, foi possível observar a mudança no cotidiano dessas usuárias nos três períodos do dia, trazendo o quarto, especialmente a cama, como sendo o ambiente que mais permanece e permeia o seu dia, tarde e noite. No entanto, o período da manhã foi trazido como o mais difícil, pela necessidade de iniciar o dia e realizar atividades.

Na questão familiar observou-se dificuldades nas relações, ocasionadas principalmente pela não compreensão da condição de saúde do familiar, o não apoio profissional e o desgaste como cuidador. Já os profissionais apontaram que, nas ações de saúde mental na atenção primária, ainda predomina o modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a dificuldade da equipe em ofertar um cuidado ampliado, devido a falta de profissionais e ausência de capacitações e também, o não uso das redes de suporte de maneira efetiva.

Diante do que foi observado, o terapeuta ocupacional pode contribuir nesse cenário, ressignificando o cotidiano dessas usuárias, o engajamento em atividades significativas, oportunizando troca de saberes com a equipe e a família, com o exercício da autonomia e as funções na comunidade baseadas na reabilitação psicossocial.

O caminho é longo, repleto de desafios, preconceitos, mas é um caminho a ser percorrido. Isso requer transformações que vão além da implantação e ampliação das redes de serviço, a flexibilização nas ações e nos papéis dos diversos profissionais e a mobilização de todos os envolvidos no processo da reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AOTA. Estrutura da prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo – 2ª Edição. Tradução de Daniel Gustavo de Sousa Carleto, *Revista Triang*: Ens. Pesq. Ext. Uberaba-MG, v.3. n.2, p. 57-147, 2010.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala social. *Paideia*, p. 355-366. 2005.
- BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro*, vol.78, n. 5, Porto Alegre Sept./Oct. 2002.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o Suicídio. *Rev. SBPH* vol.14 no.1, Rio de Janeiro - Jan/Jun. – 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. *Revista Médica*. Out.\ Dez., 87 (4): 251-63, 2008.

BECK, A. et al. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893-897, 1983.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C.(Org). *Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 167-169. 2011.

COIMBRA, V. C. et al. A Atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, Goiânia, p. 111-113, 2007.

ICSD - *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and coding manual revised*. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 2005.

KRAUSE, N.; LIANG, J.; YATOMI, N. Satisfaction with Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis. *Psychology and Aging*, 4 (1): 88-97, 1989.

LIBERMAN, F. Trabalho corporal, música, teatro e dança em terapia ocupacional: clínica e formação. *Cadernos - Terapia Ocupacional: produção de conhecimento e responsabilidade social*. Centro Universitário São Camilo, v. 8, n. 3, p. 39-43, 2002

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. D. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. *Caderno de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

LOPES, S. M. B.; MOLINER, J. Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

LUCCHESI, L.M. et al. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 27, n.1: p. 27-32, 2005.

LUKAS, E. Mentalização e saúde: A arte de viver e Logoterapia (C. A. Pereira, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. 1990 apud: VIEIRA, Danielly. Costa. Roque.; AQUINO, Thiago. ANTÔNIO. Avellar de. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas psicol.* vol.24 no.2 Ribeirão Preto jun. 2016.

MAYOR, I. M. B. S.; PICCININI. C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 2, pp. 135-148, maio/ago. 2005.

MCGIRR, A. et al. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 203-209. 2007.

MOLINA, M.R.A.L et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6):194-7. 2012.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 584. 2007.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Texto Contexto da Enfermagem*, Florianópolis, p. 592. 2014

OMS. World Health Organization. The world health report 2001. *Mental health: new understanding, new hope*. Genebra: WHO, 2001.

PENIDO, C. M. F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org). *Saúde mental na atenção básica*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PORTO, J. A. D. Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, s. 1, São Paulo, 1999.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016.

ROSA, M. *A importância da Família para pacientes com Depressão*. 2010. Disponível em: <http://www.neuroestimulacao.com.br/blog.php.ver=25> Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, Do individual ao coletivo: perfil ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, jan./abr.; 26 (1): 58-65, 2015.

SARACENO, B. *Libertado identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te corá, 1999.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Representações Sociais da Depressão e do Suicídio. Elaboradas por Estudantes de Psicologia Social. *Psicologia ciência e profissão*. Universidade Federal da Paraíba, p. 714-727, 2008.

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem*. USP; p.1170-1177. 2012.

3

RAPHAELLA FREITAS PETKOVIC DE CARVALHO PEREIRA

A importância de uma prática
psicoterapêutica adequada em
transgêneros para a manutenção
de um estado mental saudável

Resumo:

As pessoas transgêneras têm a sensação de pertencimento a um gênero não condizente com o que lhe foi atribuído no momento de seu nascimento, pela genitália. Com isso, são estigmatizados pela sociedade, muitas vezes heteronormativa, o que por consequência acaba interferindo em sua identidade. Buscando aceitação na sociedade, muitos modificam o corpo de acordo com sua percepção de gênero ou enfrentam problemas psicológicos, o que os faz buscar atendimento terapêutico especializado. O artigo busca atentar para a importância do processo terapêutico com pacientes que apresentam disforia de gênero, em uma perspectiva empática e consciente, buscando uma melhor compreensão acerca do universo trans em seus aspectos mais gerais, buscando evitar assim possíveis falhas no processo terapêutico. Os resultados deste artigo demonstram a importância de uma perfeita compreensão acerca dos sujeitos transgêneros, promovendo assim um estado mental saudável.

Palavras-chave: Transgêneros. Psicoterapia. Processo Terapêutico. Estigma Social.

INTRODUÇÃO

Entre os diversos avanços que o mundo tem experimentado nos últimos anos, o universo trans, multifacetado, tem ocupado lugar de destaque. Ao contrário do que acontecia há até pouco tempo, falar em identidade de gênero hoje é algo totalmente necessário. Não obstante, assim como tudo que envolve mudança cultural, o caminho a ser trilhado é longo e cheio de desafios. Ser uma pessoa transgênero não é algo novo nas sociedades, mas toda vez que o assunto entra em pauta, as discussões se tornam longas e acaloradas.

A célebre frase “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, de Simone de Beauvoir, em seu livro *O Segundo Sexo*, publicado em 1949, inaugura uma fase do feminismo na qual o viés social das desigualdades entre homens e mulheres na sociedade estava em discussão. Ela introduz o “tornar-se” como parte de um processo cultural, mas também social, que faz romper a dicotomia de gênero masculino/feminino, como no caso dos transgêneros.

As pessoas trans constroem suas vivências em um mundo onde sua aparência física deixa os outros desconfortáveis, ansiosos, confusos ou incertos sobre quem realmente são. A presença dessas pessoas pode ser considerada uma ameaça ao senso de individualidade ou orientação sexual de um outro indivíduo. Onde quer que estejam, atraem olhares discretos e descarados, o que os impossibilita de caminharem naturalmente pela vida.

As reações das pessoas, muito embora sejam resultado da ignorância acerca do assunto e, por vezes, mera “curiosidade”, fazem mal, uma vez que as pessoas trans são tidas como “diferentes”. Às vezes, reações hostis são o resultado de medos conscientes e inconscientes sobre o desviar-se das “regras” de gênero, gerando até mesmo agressões verbais ou físicas, simplesmente pelo fato de “ser” alguém que se almeja ser.

Embora recentemente ocorra uma crescente acerca das questões de gênero e do universo trans em geral, bem como sobre o público LGBTQI+, a verdade é que a intolerância que cerca essas pessoas é algo abominável. Afinal, o Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo, segundo pesquisa da organização não governamental *Transgender Europe* (TGEU), rede europeia de organizações que apoiam os direitos da população transgênero.

Para as pessoas trans, a própria natureza de seu senso de “indivíduo” se encontra em conflito com a identidade de gênero “ideal” esperada pela sociedade. O que vem em seguida – atitudes transfóbicas - quer explícita ou dissimuladamente, muitas vezes se manifesta em formas de negação, silenciamento, invisibilidade, assédio, intimidação ou, em casos mais extremos, agressões e assassinato.

Formas mais sutis de discriminação existem, muitas ocorrendo dentro dos setores da sociedade que “supostamente” deveriam apoiar ou proteger essas pessoas, incluindo desde a saúde, serviços de apoio sem fins lucrativos, instituições jurídicas e governamentais, segurança pública e educação. Práticas discriminatórias são realizadas por profissionais que, intolerantes para com essas pessoas, acabam por deturpar o real sentido de seus serviços, sem esquecer de proporcionar um tratamento imparcial e igual às pessoas, independentemente de questões de gênero.

A seguir, buscaremos fornecer subsídios necessários para os futuros profissionais em psicoterapia que desejam trabalhar de uma maneira culturalmente competente com pessoas trans, a partir de uma visão plural e sem preconceitos.

TRANSGÊNEROS E ESTIGMA SOCIAL

As pessoas transgêneras fogem do estereótipo heteronormativo da sociedade, tendo por base a sensação de pertencimento a um gênero que não condiz com o atribuído pela sua genitália no momento do nascimento. Pereira (2018) corrobora essa afirmação ao mencionar que as pessoas trans possuem identidades de gênero diferentes das designadas no nascimento e além do desconforto em relação ao sexo anatômico, manifestam o desejo de viverem e serem aceitos como sendo do sexo oposto. Isso acaba engajando as pessoas trans em uma incansável busca por expressões que remetem as manifestações do gênero/sexo oposto. Podemos dizer, portanto, que:

As pessoas trans, ao transgredirem a matriz heterossexual compulsória, pautada pela coerência entre sexo, gênero e desejo, são consideradas 'seres abjetos' e, conseqüentemente, estigmatizadas em sociedades heteronormativas – aquelas que normatizam a heterossexualidade como um dispositivo natural e compulsório. (DOURADO, MAGNO E SILVA, 2019)

Goffman (1988) ilustra o conceito de identidade do eu como sendo a percepção do indivíduo sobre ele mesmo a partir de como o outro, seu semelhante, a enxerga, percebe e espera de sua conduta. O autor aborda isso quando traz a concepção do conceito de estigma – “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1988, p. 04). Assim, podemos compreender que existe um movimento social de exclusão de uma pessoa por uma comunidade em virtude de ela não possuir características padronizadas como normas.

No caso das pessoas transgêneras, por exemplo, isso se deve ao fato de elas não se adequarem às normatividades estabelecidas pela sociedade, onde gênero é definido pelo sexo biológico atribuído no nascimento. Com isso, sofrem estigmatização no meio onde estão

inseridas e, por consequência, promovem modificações em seu corpo afim de conciliá-lo à percepção que têm de si em relação a seu gênero e conseqüentemente, incluírem-se socialmente.

Dourado, Magno e Silva (2019) apontam que a tentativa de controle normativo das identidades trans se dá por processos de estigmatização que vão desde o nível estrutural até as interações sociais cotidianas. Citam como exemplo a medicina, que patologizou a transexualidade até 2018, quando na nova edição da CID 10 a mesma deixou de figurar sob o rótulo “transtorno” ou “disforia de gênero”; e as relações sociais, nas quais a discriminação, violência e exclusão são relatadas por vários estudos e colocando o Brasil em primeiro lugar no ranking de morte de pessoas transgêneras.

Nesse contexto, para os mesmos autores, a discussão em torno do conceito de estigma se torna importante, uma vez que o processo de estigmatização destaca um traço específico do indivíduo. No caso das pessoas trans esse traço é a identidade de gênero, o que impossibilita que outros atributos tenham atenção, imputando-lhes descrédito e discriminação, que, por sua vez, produz desfechos negativos de saúde. Ainda:

O estigma e a discriminação, por exemplo, estão geralmente associados com a exclusão social, a baixa escolaridade e com as barreiras no acesso ao mercado de trabalho, podendo influenciar a entrada dessas pessoas no mercado sexual [...] com desfechos psiquiátricos (como ansiedade e depressão) e uso de substâncias psicoativas. (DOURADO, MAGNO E SILVA, 2019)

Nesse sentido, apesar de muitos estudos destacarem o estigma e seus efeitos na população de pessoas trans, pouco se tem analisado acerca de sua saúde mental, principalmente se considerarmos que a associação entre doença mental e estigma sempre esteve presente nas sociedades, podendo ser identificada antes mesmo da existência da psiquiatria (Fabrega, 1991; Shorter, 1998).

Segundo Pereira (2018), o movimento trans tem se organizado de forma a reivindicar sua identidade de gênero. Isso surge como uma forma de desvincular-se dos homossexuais, uma vez que a sigla LGBTIQ os integra e a sociedade em geral, durante muitos anos, acabou confundindo os conceitos de orientação sexual (gênero pelo qual a pessoa sente atração) e identidade de gênero (gênero com o qual a pessoa se identifica). Isso serve, conforme mencionado por Butler (2015) para demonstrar que:

o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes 'contextos históricos', estabelecendo interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas (p. 20)

Quando falamos de transgêneros, falamos em tornar visível aquilo que é invisível. É incrível a invisibilidade a que estão sujeitos os que se identificam como trans e os raros estudos na academia brasileira sobre o tema da transgeneridade. Essas vozes foram silenciadas em diversos momentos de nossa história e muitas vezes associadas à marginalidade e deslegitimadas. Kulick (2008) menciona, inclusive, que no que concerne às travestis na mídia, as ideias passadas são de que se deve ter medo ou pena delas:

Essas reportagens pintam sempre uma mesma imagem das travestis como pessoas pervertidas, armadas, viciadas em drogas, marginais que transmitem Aids e atraem homens inocentes, colocando-os em situações perigosas para então assaltá-los, enfim, como pessoas que perturbam a ordem pública, espalhando o caos. (2008, p. 51).

NOVAS ABORDAGENS ACERCA DO GÊNERO

Conforme mencionado anteriormente, as pessoas transgêneras são vítimas e protagonistas de estigmas e violências provenientes da

cultura patriarcal e heteronormativa que fica cada dia mais evidente em nosso país. Somando-se a isso, essas pessoas são excluídas do convívio social, dos locais de ensino, do mercado de trabalho e dos serviços de saúde, tendo seus direitos enquanto cidadãos negados por completo. (BRASIL, 2009)

Por anos, as pessoas trans foram consideradas “doentes” pela medicina, quadro que mudou apenas recentemente, no ano de 2018, com a despatologização da transexualidade ao ser retirada como transtorno mental na nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Todos temos uma identidade de gênero e diversas maneiras de nos expressarmos a partir dela. A partir disso, identificamos diferenças gritantes nas vivências de uma pessoa cisgênero (cujo gênero corresponde ao seu sexo biológico) e de uma pessoa transgênero (cuja expressão ou identidade de gênero é diferente da atribuída em seu nascimento). Surge, daí, o chamado “privilégio cis”: as pessoas cisgêneras acabam sendo privilegiadas por se identificarem da mesma forma como a sociedade as identifica, enquanto as pessoas transgêneras são vistas como identidades “desviantes”, vistas com estranheza pela sociedade. É preciso lutar para desconstruir as normas cissexistas, pois conforme Castro (2016), o corpo não deve ser lugar de opressão e domínio apenas, precisa ser um espaço para construir multiplicidades e resistência. É preciso pensar que o biológico, há algum tempo, não é imperativo para designar o gênero: há as mulheres de peito e pau, e os homens de vagina.

É extremamente importante pensar sobre como “assumimos” um gênero, ou como nos comportamos de acordo com o que se espera para determinado gênero. Basicamente, a linguagem assume um papel essencial: temos o costume de reconhecer e referirmos uns aos outros por meio de pronomes, evidenciando o gênero por meio da linguagem. Por exemplo, quando nos referimos a alguém como

“ele” ou “ela”, “menino” ou “menina”, já estamos atribuindo um gênero a alguém. Mas e a pessoa a que nos referimos? A ela foi oferecida a oportunidade de se manifestar acerca de como prefere ser tratada? Lhe foi perguntado que pronome de gênero gostaria que fosse utilizado?

É muito importante não fazer quaisquer suposições sobre as preferências de identificação das pessoas. Muitos dos pacientes transgêneros preferem ser referidos por pronomes convencionais como “ele” ou “ela” porque parece congruente com a sua identidade interna, quando na verdade esses comportamentos são impostos por uma sociedade baseada no binarismo de gênero. Sobre isso, Pereira (2018) menciona:

Certo é que, assim que nascemos, nos é atribuído um sexo biológico específico (masculino ou feminino), de acordo com nossa genitália que, por sua vez, determinará nosso registro de nascimento, indicando, além de dados essenciais como filiação e data de nascimento, nosso gênero. Entre vários motivos médicos e pessoais, um ultrassom realizado pela mulher grávida sacia a curiosidade da família em relação ao sexo do feto. Pois bem, com base nisso, já se cria toda uma expectativa social que, caso seja um menino, deverá gostar de esportes (essencialmente de futebol, pois moramos no Brasil, onde a sua prática e cultura se mantêm estáveis), o enxoval deverá ser azul (porque é cor de menino) e deverá ter uma namoradinha; caso seja uma menina, deverá gostar de brincar de bonecas e casinha, seu enxoval deverá conter peças cor de rosa (porque é cor de menina) e trazer para casa um namoradinho. (2018, pp. 19-20)

O efeito de sentido produzido por esta manifestação discursiva acerca de “menino” e “menina” é a que de que há uma demarcação de binarismo para os gêneros. Segundo Preciado (2011, p. 25):

O sexo, como órgão e prática, não é nem um lugar biológico preciso nem uma pulsão natural. O sexo é uma tecnologia de dominação heterossocial que reduz o corpo a zonas erógenas em função de uma distribuição assimétrica de poder entre os

gêneros (feminino/masculino), fazendo coincidir certos afetos com determinados órgãos, certas sensações com determinadas reações anatômicas. (p. 25)

Portanto, o discurso normalizador das identidades de gênero acaba por iniciar o processo de produção dos sujeitos desde a primeira infância. Como abordado por Butler (2008), trata-se de “fazer” um corpo feminino ou masculino baseado em significados culturais atribuídos a cada gênero.

A pergunta “Essa pessoa é homem ou mulher?”, comum na sociedade contemporânea, graças à diversidade das sexualidades e suas representações, reflete a dificuldade de às vezes se identificar o gênero de um sujeito. Freud já afirmava no início do século passado: “(...) a primeira distinção que fazemos é se [uma pessoa] é homem ou mulher. E estamos acostumados a fazer tal distinção com certeza absoluta” (apud LANZ, 2014, p. 19). Assim, entendemos que, naquela época, perceber a diferença entre homens e mulheres era imediato e pouco sujeito a dúvidas.

Tais percepções, modificadas ao longo de décadas, precisam ser problematizadas, uma vez que o preconceito de gênero tem se manifestado com intensidade cada vez maior e que nos dias de hoje, temos identidades que não se identificam com nenhum dos gêneros conhecidos ou acabam optando por um gênero denominado como “neutro”. Afinal, enquanto indivíduos, acabamos por internalizar os papéis sociais, comportamentos e crenças atribuídas a nós pela cultura ao nosso redor (incluindo a da nossa família) e podemos não entender que qualquer outra forma de ser é possível. Estar consciente sobre a pluralidade de gênero é algo necessário em todos os setores da sociedade.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA COM PESSOAS TRANSGÊNERAS

A presença trans na sociedade requereu de médicos e demais profissionais de saúde um pensamento mais consciente e cuidadoso acerca das questões de gênero, muito embora grande parte desses profissionais não receba nenhum tipo de treinamento para identificar questões importantes para os indivíduos transgêneros e, conseqüentemente, não compreendam a sua saúde mental e as suas necessidades globais de tratamento.

Isso é fruto de uma formação acadêmica estritamente tradicional, que não consegue abordar questões de gênero e sexualidade para pessoas transgêneras a partir de uma perspectiva não patológica. Além disso, a contratransferência negativa pelos profissionais e instituições acaba levando a práticas discriminatórias ou, pior ainda, uma análise impensada e incorreta das necessidades dos pacientes, que podem levar a intervenções médicas irreversíveis.

Não podemos nutrir sentimentos que possam comprometer seriamente a relação terapêutica, a capacidade de auxílio, o desenvolvimento da identidade e o processo de “transição” de um indivíduo transgênero. A jornada desses indivíduos é trabalhosa e muitas vezes solitária, pois o desejo de tornar-se mais congruente com o seu “eu verdadeiro” em corpo e mente acaba exigindo, muitas vezes, uma mudança na identidade física.

Ao passo em que pessoas em não-conformidade com o gênero tornam-se psicologicamente debilitadas, Barrow (2008) ressalta que elas acabam sentindo necessidade em ter uma experiência mais congruente com seus eus internos e externos, podendo necessitar de uma transição social, que deverá ocorrer a partir da escolha de

um nome, vestimentas estereotipadas e comportamentos que apoiem sua identificação de gênero. Fornecer permissão e apoio para esses indivíduos se faz importante, tendo em vista que como resultado, essas pessoas tendem a se tornar menos ansiosas e deprimidas, aceitando melhor a dicotomia de gênero. No entanto, para algumas pessoas transgêneras isso não será suficiente, pois elas sentirão necessidade de modificar os atributos físicos de seu corpo para sentirem-se melhor e mais “aceitas” pela sociedade heteronormativa.

É importante promover a reflexão acerca desse processo: o indivíduo pretende mudar seu corpo porque deseja isso de fato ou apenas para ser aceito em sociedade? Este processo é complexo e de difícil entendimento, em especial porque a expressão e os comportamentos de gênero serão os marcadores de identificação inicial para a organização das experiências relacionais das pessoas transgêneras para com a sociedade. Ou seja, as pessoas transgêneras requerem uma maior atenção dentro do processo terapêutico, além de apoio quando se relatar a necessidade de intervenções físicas e médicas, bem como a reflexão dessas necessidades, além de necessitarem de um excelente tratamento e sensibilidade do profissional em relação a todas essas questões.

ABORDAGENS ACERCA DA DISFORIA DE GÊNERO E A DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE

Quanto às pessoas transgêneras, há o desejo permanente de pertencer ao sexo oposto. Quando isso requer mudanças corporais, cirurgias, dentre outros, podemos classificá-las em *MtF* (*Male to Female*) e *FtM* (*Female to Male*)¹. Em 1980, ocorreu a inclusão da

1 *MtF* (*Male to Female*) é a pessoa que passa do gênero masculino ao feminino, enquanto *FtM* (*Female to Male*) é a pessoa que passa do gênero feminino ao masculino

transexualidade na Classificação Internacional de Doenças (CID) como um transtorno sexual, tal qual a pedofilia, a necrofilia, entre outros. A patologização desta condição fez com que essas pessoas passassem a ser consideradas “doentes”, acarretando-lhes diversos problemas de ordem social e psicológica.

Tal fato foi, por muito tempo, alvo de debate no mundo todo, através de manifestações das mais diversas organizações que solicitavam aos editores do Manual do CID a revisão desse item e a conseqüente despatologização da transexualidade. No Fórum “Transexualidade e o diálogo com os saberes: do experiencial ao direto, passando pelo serviço social, psicologia e medicina”, promovido pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo e sua respectiva escola, a presidente da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), Fernanda de Moraes, comentou a respeito:

Reivindicamos os termos transexualidade e travestilidade como uma condição fisiológica inata, é preciso adotar uma postura de legalização, reconhecimento e respeito dessa população. (Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-07/forum-debate-associacao-da-transexualidade-doencas-de-transtornos-sexuais>>. Acesso em: 10 abr. 2020)

A inclusão da transexualidade no CID também fez com que fossem estabelecidos critérios diagnósticos para o tratamento desta patologia. Segundo Saadeh (2004, p. 207), baseado em diversos autores, um dos critérios para o diagnóstico do transexualismo seria a anamnese:

[...] história desde a infância de inadequação de gênero; quadro não relacionado à situação de estresse; ausência de sinais de fetichismo; experiências homossexuais raras e geralmente na fase de definição pessoal, quando descobre que não é adequado à categoria homossexual; vivência no gênero desejado sem conflitos; crença de que é heterossexual e de que é membro do gênero oposto ao seu sexo anatômico; busca da transformação hormonal e cirúrgica; repugnância pelos genitais e vontade de transformá-los.

No dia 18 de junho de 2018, ocorre uma mudança histórica de cenário para as pessoas transgêneras: a Organização Mundial da Saúde (OMS) deixou de considerar a transexualidade como transtorno mental na nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID0-11)². Ela ainda figura na CID, mas em uma nova categoria, a de saúde sexual, com a justificativa de que é uma maneira para o incentivo de políticas públicas de saúde à população transgênero. Em vídeo disponível no canal oficial da OMS no YouTube, a coordenadora da Equipe de Adolescentes e Populações em Risco da agência, Dr^a Lale Say, explicou as mudanças:

O raciocínio é que as evidências agora são claras de que a incongruência de gênero não é um transtorno mental, e classificá-la desta maneira causa enorme estigma para as pessoas transgênero. Ainda há necessidades significativas de cuidados de saúde que podem ser melhor atendidas se a condição for codificada sob o CID (Disponível em: < <https://revistaforum.com.br/lgbt/oms-retira-transexualidade-da-sua-lista-de-doencas/>>. Acesso em: 25 jun. 2020.)

Basicamente, com essa mudança, ocorre a reclassificação da transexualidade como Disforia de Gênero, definida como uma condição em que o paciente sente que sua identidade de gênero é incompatível com seu sexo biológico atribuído ao nascimento.

Barrow (2008) menciona que grande parte das pessoas com disforia de gênero vivenciam um longo sofrimento psíquico, lidando com conflitos internos e externos, podendo tornar-se depressivas ou portadoras de outras condições. Isso se deve ao fato de, muitas vezes, essas pessoas internalizarem o “olhar” do mundo em torno delas, sentindo-se desconfortáveis psicologicamente ao serem percebidos pelo mundo de forma diferente daquela como se percebem.

2 Disponível em: < https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/18/internacional/1529346704_000097.html>. Acesso em: 25 jun. 2020.

No entanto, muitas pessoas transgêneras não experimentam disforia de gênero, uma vez que já se aceitaram ou realizaram procedimentos visando a adaptação corpo/gênero. Essas pessoas vivem tranquilamente sem precisar de apoio psicológico muitas das vezes.

Se considerarmos as pessoas transgêneras que buscam a psicoterapia como coadjuvante no processo de autocompreensão, estas chegam com questionamentos diversos, principalmente no que concerne à aparência, como a terapia hormonal, a cirurgia de redesignação sexual – processo este que é irreversível -, opções sobre fertilidade e constituição de família, aceitação social, entre outros. Por isso, se faz relevante considerar o quanto estamos atentos e preparados para estas questões, pois podemos acabar causando, ainda que involuntariamente, danos aos pacientes.

Ainda, há uma parcela das pessoas que experimentam disforia de gênero que chegam aos consultórios já muito debilitadas por condições como abuso de substâncias, automutilação, idealização suicida, prostituição, entre outros. Sabemos que comportamentos como estes provêm de situações em que as famílias não são capazes de fornecer o apoio emocional necessário. Isso evidencia uma outra problemática: as famílias também precisam ser conscientizadas, pois muitas vezes estão despreparadas para lidar com uma questão tão delicada e complexa como a disforia de gênero.

CONCLUSÃO

Este artigo teve por objetivo apresentar a psique de indivíduos transgêneros e os problemas que enfrentam, por vezes complicados, envolvendo questões psicológicas, médicas, legais e sociais. Devido à complexidade e a gravidade do sofrimento experimentados por estes

indivíduos, atentamos ao fato de que não é papel do paciente educar quem o atende. Afinal, vulneráveis como são, essas pessoas precisam da empatia do profissional para determinar se receberão a atenção de que necessitam.

Um profissional ignorante, com desconhecimento acerca da temática ou das práticas utilizadas para com este público, irá responder negativamente aos pacientes, ainda que a nível inconsciente, podendo causar danos irreparáveis e tornando difícil o acesso a ajuda para essas pessoas. Precisamos assumir a responsabilidade de nos educarmos e buscar orientação de especialistas que possam auxiliar com novas abordagens psicanalíticas e psicodinâmicas que não foquem apenas no tradicional.

Compreender as questões que os pacientes transgêneros enfrentam, segundo Barrow (2008), cria a possibilidade de um tratamento autêntico e empaticamente sintonizado que pode ser uma verdadeira experiência emocional corretiva, fazendo uma avaliação livre de preconceitos e permitindo uma transição social ampla. Pensar no paciente como um todo é fundamental para o seu bem-estar geral.

É imprescindível, durante o trabalho, estarmos também conscientes de nossas próprias contratransferências, e procurarmos ao máximo não enviesar o trabalho a partir de valores e crenças que estão em nós, mas que não fazem sentido sob uma perspectiva de saúde. E para conseguirmos isso, além de conhecermos a realidade de nossos pacientes, precisamos conhecer a nós mesmos.

Devemos nos tornar conscientes do que perguntar e não perguntar em nossas consultas. Afinal, disforia de gênero não é necessariamente patológica, e nem todo paciente transgênero que busca suporte psicoterapêutico necessariamente o faz por conta de sua identidade de gênero. Complementa Barrow (2008) ao dizer que quando nos tornarmos culturalmente competentes, ficamos mais

preparados para oferecer uma abordagem empática e eficaz, criando uma relação terapêutica transformadora.

Após o discutido e evidenciado neste artigo, promovemos algumas reflexões com base principalmente na prática terapêutica proposta por Barrow (2008):

- Perguntar aos pacientes sobre sua identidade de gênero e como preferem ser tratados, bem como o uso de pronomes.
- Explorar as experiências internas dos pacientes e como elas os afetam de maneira interpessoal.
- Promover um desenvolvimento de identidade múltiplo e integrado: racial, étnico, de gênero, classe social, sexualidade, etc.
- Educar as pessoas sobre a importância de não patologizar a expressão de gênero.
- Intervir terapêuticamente de forma a promover, no paciente, um espaço onde possam explorar sua expressão de gênero, bem como oferecer apoio à família uma vez que lidarão com um “luto” pela perda de suas fantasias sobre o gênero atribuído ao indivíduo no nascimento.

Não há de se negar nem silenciar as identidades transgêneras, porém, é preciso repensar a forma com a elas são tratadas, buscando legitimar suas demandas, bem como promover uma mudança na sociedade a fim de proporcionar uma maior visibilidade à transgeneridade que não favoreça os enquadramentos binários e, por conseguinte, a heteronormatividade. A não conformidade de gênero é uma expressão natural da experiência humana, e não uma doença que precisa ser “curada” por intermédio do processo terapêutico para a manutenção de um estado mental saudável.

REFERÊNCIAS

BARROW, K. L. Achieving optimal gender identity integration for transgender female-to-male adult patients: an unconventional psychoanalytic guide for treatment. Doctorate Program. *Wright Institute Graduate School of Psychology*. 296 p. 2008.

BRASIL, República Federativa do. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2009.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

_____. *Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CASTRO, A. F. *TRAVESTI É RESISTIR: lutas, microlutas e resistência nas tirinhas de Muriel*. 2017. 179 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Programa de Pós Graduação em Comunicação, Universidade Paulista, São Paulo. 2017.

DOURADO, I; SILVA, L. A. V.; MAGNO, L. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00112718.

FABREGA, H. The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: A review of recent literature. *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), 97–119. 1991.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LANZ, L. *O corpo da roupa: A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero*. 2014. 342 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/36800/R%20-%20D%20-%20LETICIA%20LANZ.pdf?sequence=1> Acesso em: 08/06/2020.

KULICK, Don. (2008). *Travesti: Prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

PEREIRA, Raphaella Freitas Petkovic de Carvalho. *O universo trans e os jogos olímpicos: visibilidades e invisibilidades nas Olimpíadas Rio-2016*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Comunicação. Universidade Paulista. 2018. 88 f.

PRECIADO, B. *Manifesto contrasexual*. Barcelona: Editora Anagrama, 2011.

SAADEH, A. *Transtorno de Identidade Sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. 2004, 279 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SHORTER, E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. USA: John Wiley & Sons. 1998.

4

ELISABETE VITORINO VIEIRA
ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA
RAFAEL NICOLAU CARVALHO

A integralidade na rede de atenção psicossocial em João Pessoa/PB

Resumo:

O presente trabalho tem por objetivo apresentar parte da pesquisa de mestrado desenvolvida no segundo semestre de 2017, nos serviços de saúde mental localizados no município de João Pessoa/PB. A segunda parte da pesquisa de mestrado que tinha objetivo analisar a rede de atenção psicossocial e a organização dos serviços de saúde mental do município de João Pessoa. O caminho metodológico corresponde a uma pesquisa do tipo exploratória, com base os fenômenos observados e, segundo as suas fontes de dados se caracteriza também como uma pesquisa de campo. Os dados primários foram organizados em duas dimensões: dados qualitativos analisados com base na análise de conteúdo por categorização; e, os dados quantitativos foram organizados a partir de gráficos e tabela. Os assistentes sociais entrevistados trabalham em serviços de saúde mental do município de João Pessoa. Esses profissionais opinaram sobre rede de atenção psicossocial e a organização dos serviços de saúde mental, no que concerne a integralidade da rede de atenção psicossocial e na opinião dos profissionais entrevistados uma das dificuldades encontradas é a não valorização do princípio da integralidade, sendo esse um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A pesquisa aponta para a existência de avanços na atenção psicossocial no município com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira apesar da fragilidade no cumprimento do princípio da integralidade da rede.

Palavras-chave: Saúde mental. Integralidade. Atenção psicossocial. Serviço Social. Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Este capítulo é resultado de uma pesquisa exploratória desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A dissertação de mestrado, intitulada “*Serviço Social e atuais tendências do exercício profissional na saúde mental*”, teve por objetivo analisar o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental do município de João Pessoa/PB.

Destacam-se como objetivos específicos do estudo: caracterizar o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental; analisar a organização da rede de serviços de saúde mental situados no município de João Pessoa e seu reatamento na organização do exercício profissional; identificar as influências teórico-metodológicas que inflexionam o exercício profissional dos assistentes sociais nesse campo de atuação; e discriminar os princípios éticos, as competências e atribuições profissionais mais requisitados nos serviços de saúde mental.

Vale destacar que para este capítulo apresentam-se apenas a análise e discussão sobre a organização da rede de serviços de saúde mental situados no município de João Pessoa e seu reatamento na organização do exercício profissional dos assistentes sociais. Visto que a discussão sobre a integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para compreender a funcionalidade dos serviços de saúde.

A escolha desse objeto de estudo se deu a partir das inúmeras indagações sobre o exercício profissional dos assistentes sociais na política da saúde mental, tema inquietante para a categoria profissional, tendo em vista as transformações ocorridas nas últimas décadas, que proporcionaram a inserção dos assistentes sociais nos novos serviços da rede de saúde.

O artigo está organizado em itens, na seguinte ordem: resumo; introdução; fundamentação do problema; metodologia; resultados; discussão: conclusões e referências. O próximo item consiste na fundamentação do problema através de uma explanação das bases da problemática apresentada.

FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

O processo de redemocratização do país trouxe transformações no campo das políticas públicas de saúde começaram a ganhar força com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), lei nº 8080/1990, que toma como base os princípios, diretrizes e valores, como: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde.

Esses princípios nortearam também os pilares da lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, a lei 10.216/2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo a proteção efetiva do Estado brasileiro as pessoas com transtornos mentais, sejam eles: leves, moderados e/ou graves.

A partir da promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, o Estado brasileiro iniciou o processo gradativo de redução dos leitos psiquiátricos, sendo estes substituídos por serviços de base territorial denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que primam pelo fortalecimento da cidadania e autonomia dos sujeitos alicerçados nos princípios do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP).

No âmbito dessas mudanças, mais recentemente, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088,

de 23 de dezembro de 2011. A RAPS se estabelece como um sistema ordenado por pontos de atenção na oferta do cuidado em saúde mental, integrando diversos serviços e componentes das redes de saúde que fazem parte do SUS.

A atual política de saúde mental tem provocado mudanças significativas na forma de se ofertar o cuidado em saúde mental, ampliando o conceito de cidadania e abrindo a possibilidade de um trabalho de base interdisciplinar e intersetorial, em substituição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços substitutivos de saúde mental, como integrantes das equipes multiprofissionais, possibilitou a caracterização do exercício profissional que os profissionais do Serviço Social passam a desempenhar nesses serviços. A partir disso, o Serviço Social desenvolve o papel de preservação da autonomia das pessoas direito à informação, divulgando as informações e visando maior participação da comunidade, para a melhoria dos serviços de saúde mental.

METODOLOGIA

A pesquisa teve caráter quali-quantitativo e utilizou a técnica de análise de conteúdo por categorização, tomando como referência os achados da pesquisa documental e do levantamento bibliográfico. A partir da análise documental, a qual considerou o conjunto de documentos que norteiam o exercício profissional, bem como da análise do material bibliográfico sobre a atuação dos assistentes sociais na saúde mental, foi possível construir uma matriz de análise, permitindo examinar criticamente os dados empíricos.

A integralidade da Rede de Atenção Psicossocial e a relação com o exercício profissional dos assistentes sociais na saúde mental se apresenta como um movimento de compreensão dos aspectos históricos, teórico-metodológicos e ético-políticos, da constituição da profissão no país, bem como sua aproximação com o campo de saúde mental e sua inserção nele.

A configuração do campo da saúde mental, a partir da promulgação da Lei 10.216/2001 e da edição da Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS constituiu também o elemento da matriz dessa análise. Isso porque com esses marcos legais, temos a reorganização da rede de saúde mental que vai requisitar cada vez mais a inserção dos assistentes sociais nos novos serviços.

O método empregado foi o crítico-dialético, pois permite ao pesquisador considerar as contradições existentes, a partir do movimento histórico da sociedade, e perceber as dimensões filosóficas e políticas nas quais seu objeto está imerso (Lima & Mioto, 2007).

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo [...]. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas ou teóricas construídas sobre o objeto em questão. (Lima & Mioto, 2007, p. 40).

Os sujeitos desta pesquisa foram 16 assistentes sociais dos serviços de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB que atuam nos seguintes serviços: Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil Cirandar, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas David Capistrano, Centro de Atenção Psicossocial III Gutemberg Botelho, Centro de Atenção Psicossocial Caminhar.

Esses sujeitos participaram de forma voluntária, tendo em vista que é proibida qualquer forma de remuneração, conforme esclarecido pela pesquisadora sobre o motivo e o interesse da realização da pesquisa, bem como sobre a garantia do sigilo e a livre escolha de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. (Brasil, 2013).

A pesquisa empregou as orientações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016), que versa sobre as especificidades éticas na pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, e No 466/12 sobre Ética na Pesquisa com seres humanos (Brasil, 2013).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB e recebeu parecer favorável sob o número 2.314.186 em 05 de outubro de 2017. Os dados foram coletados durante o período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018.

RESULTADOS

A forma como a rede de serviços de saúde mental tem rebatimentos no exercício profissional das assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental? Partindo dessa indagação buscamos apreender como os assistentes sociais compreendem o princípio da integralidade em saúde e perguntamos como se processa a integralidade na rede de assistência em saúde mental local.

A integralidade do cuidado encontra-se fragilizado, pela ausência de recursos humanos e materiais necessários nos serviços, todavia, consegue-se articulação com os componentes da rede e a inserção do usuário nesta, embora algumas vezes, haja demora na efetivação do cuidado. (Entrevistada 01).

A integralidade existe, entretanto, enfrenta algumas dificuldades por esbarrar na burocracia em detrimento das necessidades do usuário. (Entrevistada 14).

As falas apresentam o sentido que os profissionais do Serviço Social inseridos nos serviços de saúde mental atribuem à integralidade da rede de atenção psicossocial no município de João Pessoa/PB, considerando que a integralidade da assistência é

[...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...]. (Brasil, 1990).

É com base nesse princípio que se constitui a rede de atenção psicossocial em todo o país e no caso do município de João Pessoa/PB, a RAPS se apresenta, na perspectiva dos assistentes sociais com fragilidades, falta de articulação entre os serviços, falta de referência e contra referência, uma centralidade nos CAPS e ao mesmo tempo uma fragmentação dos sujeitos, indo de encontro com o próprio princípio de integralidade.

Perguntamos ainda como a organização da rede de assistência em saúde mental impacta no trabalho do assistente social. E, observamos que os rebatimentos no cotidiano do exercício profissional dos assistentes sociais.

A saúde mental é um espaço consolidado para o Serviço Social, mas que deve ser defendido e reconquistado cotidianamente, nesse sentido a rede que não é organizada como deveria e poderia, influência de modo que podemos considerar “negativo” no trabalho do Assistente Social. Na medida em que o acesso aos serviços é “restrito” e dificultoso deixando o profissional com a sensação de impotência. (Entrevistada 07).

Conforme se identifica na fala da entrevistada 07 (sete), a política de saúde mental é um espaço sócio-ocupacional para a intervenção dos assistentes sociais, mas que no município de João Pessoa/PB,

a RAPS não está organizada como deveria, o que impacta de forma negativa no cotidiano dos assistentes sociais e que a dificuldade de acesso aos serviços da rede pelos usuários é o principal desafio posto para a profissão nesse campo da saúde pública.

A percepção dos assistentes sociais entrevistados com relação à organização da RAPS impõe dificuldades para a efetivação do princípio da integralidade do SUS e, também impacta a intervenção profissional colocando desafios para a materialização tanto dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto dos princípios do atual projeto ético-político profissional.

DISCUSSÃO

Identificamos que para os profissionais o Serviço Social a integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite que os usuários sejam atendidos nos serviços de saúde mental de João Pessoa – PB, respeitando à diversidade que os compreende.

Dessa forma, afinal o que é integralidade?

[...] diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objeto”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (Matos, 2017, p. 45).

Matos (2017) resgata o processo histórico-político de constituição do Sistema Único de Saúde e aborda o conceito de integralidade como o fiel da balança para a constituição de um sistema único de

saúde, remontando ao período de redemocratização do país e constituição do SUS. É nesse Sistema Único de Saúde que está localizado, o princípio da integralidade que prevê o atendimento integral à saúde da população.

O viés político do qual este princípio do SUS está imbuído é resultado de uma gama de fatores que precedem a formulação do próprio sistema e a constituição de um processo de Reforma Psiquiátrica. O que nos remete ao fato que a RAPS deve e muito a esse princípio o formato previsto na Portaria 3088/2011, que caracteriza os serviços de saúde mental como serviços de portas abertas.

O que significa que nesses serviços devem estar em consonância com o princípio da integralidade que é:

uma das diretrizes mestras da reforma do sistema de saúde brasileiro, o próprio caminho que transforma as pessoas e constrói algo melhor. Entre os diversos sentidos da integralidade está o direito universal do usuário de ser atendido em suas necessidades de saúde. Outro sentido seria vislumbrado nas práticas do cuidado, do acolhimento e da humanização como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral – alicerce da integralidade em saúde. (Silva & Ramos, 2010, 596).

Com base na afirmativa de Silva & Ramos, a integralidade corresponde às práticas de cuidado em saúde reconhecendo direitos humanos básicos dos sujeitos, com respeito à sua autonomia e desenvolvendo ações que promovam à atenção integral em saúde para os usuários dos serviços da saúde mental.

Quando Serviço Social passa a compor as equipes multidisciplinares em saúde mental, principalmente nos CAPS – serviço especializado no atendimento das demandas de saúde mental (Ribeiro & Fernandes, 2016; Rosa, 2016). Isso, devido à abertura e o reconhecimento da importância do assistente social para atuação na política de

saúde mental, diante da sua forte formação política e social, o Serviço Social passa a incorporar às suas práticas o princípio da integralidade.

Acerca da desvalorização da profissão destaca-se a fala da entrevistada 14:

O impacto causado são as condições desfavoráveis de opiniões da equipe multiprofissional que não valoriza o parecer do assistente social. (Entrevistada 14).

Essa desvalorização da profissão se deve, principalmente, a predominância dos saberes psi no campo da saúde mental e pela ausência de consonância dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira que prevê que atenção em saúde mental, prima pela ampliação da cidadania e pelo processo de conquista de direitos de seus usuários, familiares e trabalhadores da política de saúde mental, conforme explicita Silva (2013):

O assistente social, junto com os demais profissionais, deve intervir mediando à relação entre o usuário e as instituições. Todos os profissionais, com suas especificidades, podem ser mediadores, mas o serviço social tem em sua bagagem a luta pelos direitos dos usuários no centro do debate dessa profissão, nas diferentes dimensões da questão social. (Silva, 2013, p. 74).

A afirmação de Silva (2013) apresenta a dificuldade dos usuários em acessar aos serviços da rede, o que corresponde à sensação de impotência dos profissionais do Serviço Social e, aponta à existência de tentativas de subordinação do saber e do fazer do Serviço Social pelas demais profissões da equipe multidisciplinar.

Apesar da dificuldade de acesso ser um dos principais desafios postos para o Serviço Social, evidencia-se a presença de outros desafios, tais como: fragmentação das ações, precarização dos atendimentos, desconhecimentos da rede e a desvalorização do Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES

Concluimos que os impactos de como a rede está organizada contribui para assumir algumas tendências no exercício profissional diante da fragilidade da rede, das dificuldades de acesso aos serviços por parte dos usuários, os assistentes sociais assumem diferentes posturas, desde a desenvolver tarefas meramente burocráticas, ou clínicas e até mesmo uma postura de mobilizar os usuários na busca pela efetivação dos direitos.

Além disso, outros desafios são postos aos profissionais do Serviço Social no cotidiano do exercício profissional na saúde mental, como articular, não somente com a categoria profissional, mas com a equipe multiprofissional, ampliando uma visão crítica acerca do processo de trabalho em saúde mental, da realidade social com a existência de transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas.

A partir da sistematização e análise das experiências dos assistentes sociais nos serviços substitutivos em interação com esse debate, identificamos que a forma como a Rede de Atenção Psicossocial está organizada na cidade de João Pessoa, não favorece a materialização do princípio da integralidade e impacta no exercício de forma negativa no exercício profissional dos assistentes sociais.

Por fim, este estudo se apresenta como uma ferramenta de fomento para estudos futuros que visem aprofundar a organização da RAPS, os impactos dessa organização na materialização do princípio da integralidade e também exercício profissional de assistentes sociais, a partir da análise desse exercício profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. (2001). *Lei Nº 10.216/2001* de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial Eletrônico de 09/04/2001.

_____. (2002). *Portaria Nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo. Brasília: fevereiro.

_____. (2011). *Portaria Nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília: dezembro.

_____. (2013). *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília.

_____. (2016). *Resolução nº 516*, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília.

Fernandes, J. C. & Ribeiro, C. S. (2016). Saúde mental e Serviço Social: entre o campo e o núcleo. In: *Atenção Psicossocial e Serviço Social*. Campinas, Papel Social.

Lima, T. C. S. & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*. Florianópolis, v. 10, n. Especial.

Matos, M. C. (2017). *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. 2. ed. São Paulo, Cortez.

Silva, M. A. B. (2013). Qual o lugar do Serviço Social em uma instituição especializada em álcool e drogas, dentro de uma perspectiva de saúde pública? In: *A prática do assistente social na saúde mental*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ.

Silva, R. V. G. O. & Ramos, F. R. S. (2010). *Integralidade em saúde: revisão de literatura Cienc Cuid Saúde* 2010 Jul/Set. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8726.



5

LAÍS MELO ANDRADE
RAPHAELA SCHIASSI HERNANDES
TAISLAYNE FRAGA DA CRUZ
ANA MARIA MENEZES DE SOUZA
LAIS FERNANDA SILVEIRA SANTOS RAMOS
ALANA LALUGHA DE ANDRADE GUIMARÃES

A atenção primária
em saúde como serviço
de cuidado em saúde mental:
um relato de caso da terapia ocupacional

Resumo:

O cuidado em saúde mental está cada vez mais voltado a um trabalho a base comunitária, sendo assim, a rede de atenção básica de saúde torna-se um serviço com grande potencialidade de alcançar um cuidado dentro do próprio cotidiano do usuário, sem que este seja retirado do seu território. Com isso, uma das profissões que está neste serviço é a terapia ocupacional a qualtem como o cotidiano instrumento de cuidado. Este trabalho é um relato de caso da terapia ocupacional que utiliza dessa aproximação com o cotidiano de uma usuária para melhora das relações em seu contexto familiar e consigo mesma, tendo devolutivas positivas sobre esse tipo de cuidado e melhora da qualidade de vida

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Terapia Ocupacional, Depressão.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), como vem sendo preferencialmente denominada, é reconhecida enquanto componente-chave dos sistemas de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) e pensada, “tanto como a porta de entrada, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade” (CECILIO et al., 2012, p. 2894). Nesse sentido, é onde o uso dos recursos tanto básicos quanto especializados são organizados e racionalizados, afim de promover a saúde, sua manutenção e melhora (STARFIELD, 2002).

A normatização do Programa Saúde da Família, e mais tarde, Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo de assistência à saúde, possibilitou a reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde com ações ambientais e intersetoriais, visando uma concepção de saúde ampliada e que tenha como um de seus horizontes o alcance do princípio da integralidade (RIBEIRO, 2016).

Considerando as novas formas de se atuar em saúde no território e todas as suas subjetividades e peculiaridades, o cuidado em Saúde Mental (SM) nesse campo é uma demanda que requer atenção especial. Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, tornou-se essencial para a atenção e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011) em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental.

O redirecionamento da assistência em saúde mental se consolidou com a aprovação da Lei Federal 10.216 de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas em sofrimento

psíquico, “privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dá novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil” (AOSANI;NUNES, 2013, p. 73).

As maiores dificuldades no cuidado em saúde mental dentro da Atenção Básica se dão tanto nos processos de troca entre as redes de Atenção Básica-Saúde Mental, quanto na abordagem que o profissional da Atenção Básica utiliza quando se depara com situações que envolvem o sofrimento psíquico (MOLINER; LOPES, 2013). Aosani e Nunes (2013) afirmam que atualmente, a articulação entre a Política de Saúde Mental e Atenção Básica é desafiadora, pois, a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços, depende do sucesso dessa articulação.

A profissional da Terapia Ocupacional busca se articular dentro do território baseado na reabilitação psicossocial, para compor a construção de um cotidiano significativo para os sujeitos dentro da comunidade que ele está inserido, tendo como objetivo a sua inclusão social, conquista de autonomia e afirmação da singularidade desse sujeito.

Compreendendo a colocação de Salles e Matsukura (2015) em que declaram quando existe um sofrimento psíquico há uma ruptura do cotidiano, acarretando comprometimentos leves a graves nas relações sociais, nas Atividades de Vida Diária e Atividades Básicas de Vida Diária.

A terapeuta ocupacional dentro dos contextos da Atenção Básica e Saúde Mental, consegue através do seu objeto de trabalho - a atividade - promover a construção de espaços e possibilidades para os indivíduos em sofrimento psíquico, trazendo independência e autonomia, e principalmente, contribuir para que o indivíduo se insira nos contextos em que vive, enquanto ser ativo e social.

Tem-se como objetivo relatar o acompanhamento terapêutico ocupacional de uma usuária do serviço de saúde com hipótese diagnóstica de depressão. Trata-se de um relato de caso, de caráter clínico-qualitativo, no qual foi realizado acompanhamento da Terapia Ocupacional junto a uma usuária com hipótese diagnóstica de depressão, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, localizada em um bairro periférico no município de Lagarto/Sergipe. Deste modo, a usuária do serviço foi acompanhada pela terapeuta ocupacional residente em Saúde da Família da UBS do seu território, apresentando um quadro depressivo e demandas de autoestima, sociais e familiares.

Os dados foram coletados a partir das evoluções dos atendimentos da terapia ocupacional que constam no prontuário da usuária, bem como as percepções da terapeuta e relatos da usuária. O acompanhamento foi realizado durante seis meses com dois atendimentos semanais, com duração média de 40 a 60 minutos cada, totalizando 36 atendimentos, destes 10 no domicílio e 26 na Unidade Básica de Saúde.

Primeiro foi realizado o acolhimento e avaliação inicial, que no qual foram coletados os dados do histórico de vida e ocupacional; em um segundo momento, realizou-se a primeira visita domiciliar juntamente com o agente comunitário de saúde; e na sequência deu-se início aos atendimentos. Foram realizadas atividades expressivas, de autocuidado, autoestima, higiene pessoal, estabelecimento e gerenciamento do lar. Todas essas atividades eram planejadas de acordo com as demandas trazidas pela usuária, bem como encaminhamentos aos serviços de enfermagem e nutrição ofertados pela UBS. A título de confidencialidade, neste estudo, a usuária será nomeada de Maria e o agente comunitário de saúde, de Tiago. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO TEÓRICA

A partir da análise dos dados, foi possível categorizar o acompanhamento terapêutico ocupacional do caso em quatro momentos, que serão descritos a seguir.

1. Uma breve contextualização: “A descoberta”

De acordo com a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é definido como “ato ou efeito de acolher. Expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 6).

Compreendendo a importância dessa diretriz para que sejam construídos vínculos efetivos e que favoreçam as práticas de cuidado, Maria foi acolhida no serviço, e assim foi possível reconhecer algumas características desta usuária: 47 anos, casada, tem 3 filhos, sendo uma menina de 20 anos, um menino de 17 e outro de 15 anos. Católica, trabalha como empacotadora em uma grande fábrica do município, reside em um bairro periférico na cidade de Lagarto/SE, uma área sem saneamento básico, sem calçamento e com índices elevados de criminalidade, principalmente em decorrência do tráfico de drogas.

A usuária compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) procurando o serviço de Terapia Ocupacional, orientada pelo serviço de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, onde recebia acompanhamento devido um encurtamento no membro inferior direito, decorrente de um acidente automobilístico. Já havia sido acompanhada por estagiários de Terapia Ocupacional por cerca de um mês, e compreendia as razões pelas quais estava ali, suas maiores queixas eram a

dificuldade em desapegar-se de objetos que eram acumulados em sua casa, dificuldades para organizar sua rotina em casa e o sentimento de tristeza e desânimo que a acompanhava diariamente.

2. Minha história: “O lugar que pertencço”

A casa é o lugar de onde o sujeito pode partir numa caminhada em busca de sua sobrevivência e dos encontros com os outros sujeitos. Ela também é o lugar do regresso, quando o sujeito volta em segurança para avaliar essa caminhada. Isso permite ao sujeito fazer do espaço de habitação o “lugar a que pertencço” (FRANCO; STRALEN, 2012, p 406).

A residência da paciente localiza-se em uma área de grande vulnerabilidade social, não possui rede de esgoto, nem calçamento. Possui uma garagem, dois quartos, uma sala, um banheiro, uma cozinha e uma área externa, possui piso (exceto banheiro, garagem e quintal) e é forrada, no entanto com condições bastante precárias de higienização.

Quando a avaliação inicial de Maria foi concluída, a demanda mais urgente trazida por ela estava relacionada à sua casa, a mesma relatava que sentia vontade de organizá-la e não conseguia.

“Não consigo deixar a minha casa arrumada [...] é uma casa boa [...] mas é tanta coisa [...] que nem sei o que tem [...] não consigo deixar ela arrumada [...]” (Maria).

Assim, foi realizada a primeira visita domiciliar para a realização do diagnóstico situacional, que seria segundo Benetton e Marcolino (2013) um levantamento de como está a situação do sujeito do qual está sendo observado, levando em consideração como ele está se vendo, como vê o outro, quais atividades que realiza e como está executando-as, estas são ações necessárias para a compreensão do perfil do usuário e suas demandas.

O agente comunitário de saúde se fez presente em todos os momentos de visita domiciliar, participando ativamente, visto que esse profissional desempenha um papel de mediação entre as equipes de saúde e a comunidade (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

A fim de compreender de forma mais aprofundada os desejos e sentimentos de Maria, foi solicitado à ela que escrevesse uma carta na qual ela colocasse o que sente quando pensa em sua casa e sua família, para ser lida posteriormente. Na observação do ambiente doméstico foi visualizado grande acúmulo de objetos em todos os espaços da casa, inclusive de lixo.

“Às vezes eu quero jogar alguma coisa fora, mas eu não consigo, eu fico pensando [...] se eu precisar disso? Eu posso precisar um dia [...] aí eu acho melhor guardar, então, vou guardando e guardando...” (Maria).

Ao mesmo tempo em que relatava não conseguir se desfazer dos objetos que acumulava, Maria expressava o desejo de “livrar-se” deles, principalmente porque segundo ela, a desorganização e o acúmulo de lixo em casa influenciavam diretamente no comportamento de seus filhos.

Na segunda visita domiciliar, Maria fez a leitura da carta que foi solicitada na primeira visita, onde foi proposto que expressasse ali seus sentimentos com relação à sua casa e sua família.

“[...] fico triste quando penso na minha casa, muito bagunçada [...] meus filhos também não me ajudam [...] chegam da escola e já vão jogando tudo na sala [...] eu fico preocupada com a casa, não tenho tempo para me arrumar [...] nem a casa eu consigo [...]às vezes me dá vontade de me arrumar, mas nem as coisas eu consigo achar[...].” (Maria).

A partir dos relatos obtidos durante os atendimentos com Maria, observa-se o quanto sua relação com a casa influenciava diretamente nos aspectos familiares, sociais e pessoais de sua vida.

Bollnow (2008), Franco e Stralen, (2012) discutem a importância da casa enquanto um espaço de autoconhecimento, que possibilita aos sujeitos a experimentação e representação do seu cotidiano.

Neste sentido, Benetton (2010) ao tratar da prática do terapeuta ocupacional, coloca a necessidade do profissional conhecer o sujeito em seu cotidiano, o que envolve suas atividades e relacionamentos, para assim, promover atividades que sejam significativas para ele. Tendo em vista a complexidade do ambiente doméstico, do cotidiano e seus significados, e especialmente o desejo e vontade de Maria, a partir do quarto atendimento, iniciou-se a atividade de organização desta casa, os quais inicialmente participaram junto à Maria, a terapeuta ocupacional e o agente comunitário de saúde. Dentro deste processo, Maria foi posta em posição de protagonismo, sendo a responsável pela sequência e planejamento de todas as ações.

Desta forma, como definido junto à usuária, o primeiro espaço da casa o qual passou pelo processo de organização foi a sala de estar, esta passou por uma limpeza, e vários objetos foram selecionados pela paciente como úteis ou não, compreendendo que as relações que os seres humanos estabelecem com as coisas são baseadas nos sentidos que estas têm para ele, inclusive aí os bens materiais (ALVES; LOPES; JORGE, 2008)”.

Portanto, os significados de cada objeto encontrado, acumulado no ambiente, estavam sempre sendo considerados. A cada objeto era possível observar a dificuldade de Maria para se desfazer. Em vários momentos dos encontros Maria chorava:

“Agora estou chorando porque estou muito feliz e satisfeita, nem dava para ver minhas plantas penduradas [...] agora dá” (Maria).

A limpeza e organização da sala serviram como “gatilho” para um processo de mudança liderado por Maria em toda a casa, a partir deste momento, ela envolveu os filhos e companheiro no seu

objetivo de organizar o lar. Como acordado, o cômodo seguinte seria a cozinha, no entanto, quando a terapeuta ocupacional e agente comunitário de saúde chegaram para o atendimento, Maria já havia dado início ao trabalho.

Como apontam Almeida e Trevisan (2011) as novas práticas em Terapia Ocupacional destinam-se à promoção do desenvolvimento de projetos nos locais onde os sujeitos vivem suas vidas e em atividades que sejam significativas dentro do cotidiano, certificando-se de que aqueles tenham uma participação ativa em todo o processo. Assim, Maria estava começando a se tornar de fato a protagonista do seu próprio processo terapêutico, sendo possível observar no seguinte relato:

“Já consegui arrumar algumas coisas, tinha até comida que precisava ir pro “mato” [...] Mas eu preciso que vocês me ajudem [...] Tiago, você que sabe, preciso de ajuda pra dividir onde guardar as coisas do armário [...] falei com o marido, ele pintou a mesa e vai ajeitar o armário [...]”

Desta forma, Maria conseguiu limpar e organizar toda sua casa com a participação ativa de seus filhos e marido. Mombelli et al (2011), colocam importância do suporte familiar como forma de diminuir os fatores estressores na vida, sendo conhecido como possível fator de proteção durante os momentos adversos do cotidiano, se tornando um fator fundamental para o bom prognóstico durante o processo terapêutico, o que pode felizmente ser observado de forma positiva no caso de Maria.

Durante todo o acompanhamento trabalhou-se com estratégias para que Maria pudesse gerenciar sua casa quando a terapeuta e o agente comunitário de saúde não estivessem presentes, dentre estas estratégias, a utilização do quadro de rotinas, que possibilita a organização de cada tarefa do dia em seus respectivos horários.

Apesar de ter sido a primeira demanda levantada pela paciente, o processo de organização da casa se deu durante todo o período

de atendimento, em concomitância com as atividades voltadas para a família e o autocuidado, e foi essencial para que a atenção às demais demandas fosse bem sucedida.

3. Minha família: “Família que cuida”.

Outro aspecto que foi trazido por Maria, referia-se à sua dinâmica familiar, principalmente pelo fato de que as relações que se estabeleciam em casa com seus filhos e marido interferiam de forma intensa em todo o processo de cuidado em saúde. Segundo Zibetti e Pereira (2010) o trabalho doméstico realizado em prol do bem estar da família é compreendido como uma forma de respeitar, mutualidade, porém, pouco valorizado.

Assim, na construção patriarcal da sociedade, o trabalho doméstico, entendido como atividade subalterna ficou designado à figura feminina, condição que culturalmente ainda persiste no âmbito de muitas famílias. A falta de contribuição dada pelos filhos e marido de Maria na manutenção da organização da casa, a sobrecarregava, segundo seus próprios relatos:

“Sou eu que faço tudo [...] limpo a casa, lavo prato [...] aí nem sempre dá tempo de fazer tudo antes de ir trabalhar[...].” (Maria).

Além disso, Sousa e Guedes (2016) ratificam a situação vivenciada por Maria, trazendo que quando iniciado o trabalho da mulher no mercado econômico as atividades não foram equilibradas com o sexo oposto, havendo uma sobrecarga das mulheres, o que causa desvantagens no seu cotidiano, uma vez que estas ainda assumem praticamente sozinhas as atividades do espaço privado, o que perpetua uma desigual e desfavorável divisão sexual do trabalho para elas.

Maria também trazia para os atendimentos os conflitos com o marido, que reclamava muito da limpeza e da organização da casa, o que acabava gerando algumas discussões. Em diversos momentos, quando se referia ao seu cônjuge, Maria chorava.

“Ele reclama que vai deitar na cama e tá cheia de coisa [...] as vezes ele quer falar com ignorância, sabe? Vem falando alto [...] (choro)” (Maria).

É possível observar que os conflitos vivenciados pela usuária e sua família giram prioritariamente em torno dos problemas e gerenciamento do lar. Assim, durante todo o processo de intervenção relacionado à casa, os familiares foram inseridos nas atividades através da própria Maria, que foi adquirindo autonomia e empoderando-se do seu papel de mãe e esposa.

“A primeira vez que você chegou aqui era uma zona, aí agora eu faço como você diz né? Fulano, faça isso [...] Aí eles fazem, com preguiça, mas faz” (Maria).

O empoderamento de Maria ao longo dos atendimentos foi construído a partir de atividades que instigavam a usuária a desconstruir-se da ideia de que as atividades domésticas eram inerentes apenas à mulher, e visualizar seus feitos e sua importância na funcionalidade daquela família, visto que o terapeuta ocupacional é responsável como motivador para o desenvolvimento das potencialidades na autonomia e independência no cotidiano em que vivem (SQUARISI; FERREIRA; MARTINS-MONTEVERDE, 2018).

Durante o curso do acompanhamento, a filha de Maria, que é casada e reside em outra casa, sofreu um acidente vascular encefálico, episódio que desestruturou a rotina que já havia sido consolidada com a usuária, pois a mesma agora, além de todas as tarefas que já lhes eram atribuídas, também prestava assistência à filha, e cuidava do neto. Este momento acabou desestabilizando Maria e, conseqüentemente, a evolução linear que vinha ocorrendo. Tendo em vista que “o desenlace

de uma crise pode ameaçar a saúde mental ou ser um marco para mudanças que permitam um funcionamento melhor do que o anterior ao desencadeamento do evento” (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008, p. 3). Foram construídas junto à paciente, estratégias de superação das dificuldades, corroborando para transformar o momento de crise em uma oportunidade de aprendizado.

Assim, mesmo vivenciando o contexto difícil que estava passando, Maria conseguiu manter os ganhos que já haviam sido conquistados, e para além disso, assumir uma postura de liderança frente à toda família, gerenciando o lar, participando do processo de recuperação da filha, mantendo sua frequência no emprego, comparecendo aos atendimentos da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia e tudo isso, com a colaboração dos filhos e esposo, que foram impulsionados pela mesma.

É importante destacar que o contato da terapeuta ocupacional com a família de Maria, foi praticamente nenhum, e toda mudança no relacionamentointrafamiliar foi consequência direta da mudança de atitudes por parte da usuária, o que é o principal objetivo norteador do trabalho do terapeuta ocupacional, promover a independência e a autonomia dos indivíduos no conduzir de suas vidas.

4. Autoestima e autocuidado: “Cuidar de mim é cuidar dooutro”

O autocuidado segundo Castanharo eWolff, (2014, p. 180) “refere-se a atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”.

Já a autoestima, de acordo com Duridan; Santos e Gatti(2014), pode ser definida enquanto um conjunto de sentimentos e pensamen-

tos que, positivos ou negativos, o indivíduo acumula sobre si mesmo. Neste sentido é compreendida como um dos principais elementos constitutivos da personalidade do sujeito, a partir da imagem que este possui de si, e que é influenciada sobre como o indivíduo recebe informações externas ao seu respeito e como ele se percebe (MENDES, et al, 2012)

A partir dessas definições, é possível observar a relação intrínseca entre esses dois termos e como são importantes para a manutenção da qualidade de vida do ser humano. Na Terapia Ocupacional, o autocuidado é parte das Atividades de Vida Diária e se refere a atividades como: banhar, vestir e higiene pessoal (CASTANHARO; WOLFF, 2014; AOTA, 2015).

Reconhecendo como essas questões eram delicadas e importantes para Maria, as mesmas foram trabalhadas em concomitância com os pontos “casa” e “família” através de atividades que envolviam desde orientações quanto à higiene corporal até tarefas que estimulavam a autopercepção da paciente de todas as suas qualidades e defeitos, bem como estabelecimento de metas para seu dia a dia.

Nesse sentido, três questões importantes foram trazidas por Maria: seu cabelo, o desejo de usar maquiagem e a vergonha de sua marcha claudicante, ocasionada pelo encurtamento que ela possui no membro inferior. No primeiro ponto, “o cabelo”, a questão era o uso constante de uma touca, até mesmo quando a paciente estava em casa, o que trazia dois problemas: tanto o cuidado com os cabelos, quanto a vergonha que a paciente tinha do seu cabelo natural.

“Eu vivo com essa touquinha, né? Mas às vezes eu faço umas tranças [...] o povo olha quando eu faço a trança [...] meu cabelo não é ‘bom’[...]” (Maria)

Já no segundo ponto, “o desejo de usar maquiagem”, Maria revelou que queria se maquiar diariamente, mas não sabia fazê-lo, além de sentir vergonha de usar algo que segundo ela, “chame a atenção das pessoas”. Partindo dela o desejo de aprender.

“Querida que você me ensinasse a maquiar [...] Assim, nada demais, viu? Um batom clarinho, um pó, sombra [...]” (Maria)

Durante alguns atendimentos foi trabalhado o uso da maquiagem, de forma que ela compreendesse que o importante é sentir-se bem, utilizando-se ou não desse recurso, visto que:

Os padrões estabelecidos pela sociedade não devem ser vistos como uma regra a ser seguida, pois desse modo, os indivíduos que não se encaixam ou não tem condições financeiras para alcançar esse encaixe podem sofrer com isso (SOAIGHER ACENCIO; CORTEZ, 2016,p. 69).

Observou-se que apesar dos grandes avanços no âmbito biológico com o acompanhamento contínuo da fisioterapia, a questão emocional e social da sua condição de saúde, ainda era um problema para Maria. Em casos como este, muitas vezes, é preciso olhar para além de questões físicas, mas um olhar psicossocial (OTHERO; AYRES, 2012).

Assim, por meio de atividades que propunham o reconhecimento e valorização do seu corpo, durante o acompanhamento, Maria conseguiu começar a valorizá-lo, entendendo que cada parte e cada marca do seu corpo, conta uma história, que deve ser motivo de orgulho, e não de vergonha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do acompanhamento, foi possível fazer uma retrospectiva extremamente positiva de um período cheio de desafios e descobertas, permeando os vários espaços da vida de Maria e sua família, de forma a promover autonomia em seu caminhar.

Aos poucos os paradigmas e as dificuldades no acolhimento e tratamento dos casos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde estão sendo superados, mas ainda existe um longo caminho a ser percorrido. Observa-se que a atuação do terapeuta ocupacional neste nível de atenção é um grande fator de contribuição dentro desse processo.

O caso apresentado é um bom exemplo de como o cuidado em saúde mental no primeiro nível de atenção é possível e efetivo, pois por meio das intervenções que não demandaram de altas tecnologias, foi possível construir um processo de transformação, não somente para a principal atriz desse contexto, mas também para toda sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. T. de; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-308, Mar.2011.

ALVES, A. R.; LOPES, C. H. F.; JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 649-655, Dec. 2008.

AOSANI, T.R.; NUNES, K.G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos profissionais de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul. /dez. 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da praticada terapia ocupacional: domínio & processo - 3ed. *Rev Ter Ocup*. São Paulo, n 26, Ed. Especial, p 1-49, 2015.

BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cad. Ter. Ocup. Da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n 3, p 645-652, 2013.

BENETTON, J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. *Revista Ceto*, ano 12, n. 12, p. 32-39, 2010.

BOLLNOW, O. F. *O homem e o espaço*. Curitiba: Editora UFPR, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

CASTANHARO, R. C. T.; WOLFF, L. D. G. O autocuidado sob a perspectiva da terapia ocupacional: análise da produção científica. *Cadernos de terapia ocupacional da ufscar*, São carlos, v. 22, n. 1, p. 175-186, 2014.

CECILIO, L. C. O. et al.. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012.

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

DURIDAN, A.; SANTOS, D. F. dos; GATTI, Ana Lucia. Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. *Aletheia*, Canoas, n. 43-44, p. 174-187, ago. 2014.

FRANCO, R. F; STRALEN, C. J. V.O espaço de habitação e sua importância para a produção de subjetividade. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 402-419, Dez2012.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, May. 2016.

MENDES, A.R.; DOHMS, K.P.; LETTNIN, C.; ZACHARIAS, J.; MOSQUERA, J.J.M.; STOBÄUS, C.D. Autoimagem, Autoestima E Autoconceito: Contribuições Pessoais E Profissionais Na Docência. In: *IX ANPED SUL*, 2012. Anais, 2012. p 113.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora MS, 2010, 46p. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, Dec. 2013.

MOMBELLI, M.A.; COSTA, J.B.; MARCON, S.S.; MOURA, C.B. Estrutura e suportefamiliar como fatores de risco de stress infantil. *Estud Psicol.*, Campinas, v. 28, n. 3, p. 327-335, Julho- Set. 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept.2013.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 219-234, Mar.2012.

RIBEIRO, J. A. *Terapia Ocupacional no Núcleo de Atenção à Saúde da Família: Uma Prática em Construção – Ceilândia/DF*. Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

SA, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun.2008.

SALLES, M.M; MATSUKURA, T.S. Do individual ao coletivo: perfil ocupacional de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Ter OcupUniv São Paulo*. São Paulo, v. 26, n.1, p. 58-65, jan./abr. 2015.

SOUSA, L. P. D; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, Aug.2016.

SQUARISI, L.S.; FERREIRA, PN.; MARTINS-MONTEVERDE, C.M.S. A importância da família no tratamento de pacientes psiquiátricos e a contribuição da Terapia Ocupacional: uma revisão da literatura. *Ling. Acadêmica*, Batatais, v. 8, n. 4, p. 11-26, jan./jun.2018.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

ZIBETTI, M. L. T.; PEREIRA, S. R. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. *Educ. rev.* Curitiba, n. spe2, p. 259-276, 2010.

6

IVAN FARIAS BARRETO

A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus

Resumo:

Objetivo:¹ descrever a frequência dos atendimentos em saúde mental no serviço de atenção básica à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus (DSEI MRP), ocorridas no Amazonas, Brasil, em 2015. **Metodologia:** estudo descritivo com dados primários baseados nas fichas de registros e atendimentos realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. **Resultados:** O DSEI MRP apresentou cobertura deficiente em saúde mental. Ações preventivas não foram realizadas em dezenas de aldeias. Os atendimentos aos usuários de psicotrópicos frequentemente se resumiram em dispensação de medicamentos, constatando-se ainda a baixa proporção de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas na área. Para os casos envolvendo uso prejudicial de álcool, apenas ocorreram identificações das demandas sem, no entanto, seguir uma linha de cuidado para esses casos. Por fim, os dados que notificaram a ocorrência de violência, ideação ou tentativa de suicídio nas aldeias reforçam a necessidade de potencializar ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. **Considerações finais:** é necessário aumento do número de profissionais especializados em saúde mental, bem como garantir que as equipes estejam engajadas em cursos de qualificação na área a fim de ampliar a qualidade e o alcance do serviço.

Palavras-chave: Saúde mental; Epidemiologia; População Indígena; Serviços de Saúde

1 Esse texto é uma versão revisada do artigo intitulado "A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus", que foi primeiro publicado na Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v.2., n.1, jan. 2019. ISSN: 2595-3664. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/download/13323/8358>. Acesso em 6 nov. 2020.

INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus compreende os municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá no estado do Amazonas. Essas cidades apresentam realidades de extrema pobreza, baixos índices de desenvolvimento humano (PNUD, 2013) e abrangem cerca de 8.348 indígenas de 17 etnias em 12 Polos Base, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção da Saúde Indígena (SIASI) em agosto de 2015.

Devido às condições geográficas e climáticas são utilizadas três modalidades de transportes para o funcionamento do serviço de atenção básica: fluvial, terrestre e aéreo, sendo mais comum o uso de embarcações. Grandes são as dificuldades de acesso em muitas aldeias exigindo das equipes esforço físico para caminhadas relativamente difíceis, adaptações às condições naturais e infraestruturas locais, muitas vezes deficientes, além de ambientação às especificidades socioculturais nas distintas comunidades (MEDEIROS, 2015).

Os povos indígenas do DSEI MRP contam com fatores de proteção social como o reconhecimento da identidade étnica, a garantia de terras e certa regularidade na oferta de cuidados em atenção básica à saúde. Contudo, vivenciam fatores de riscos e barreiras de acesso a importantes políticas públicas exemplificadas pela deficiente cobertura dos dispositivos formais de educação e desenvolvimento de pessoas; inacessibilidade a programas de geração de emprego e renda; e problemas envolvendo infraestrutura sanitária. Os indígenas frequentemente demandam por maior acesso a bens (barcos, motores, placas solares, baterias, equipamentos de radiofonia, telefones, internet, entre outros) e serviços de saúde, com maior número e diversidade de profissionais.

Essas questões de algum modo estão relacionadas com a qualidade de vida e podem ter reflexos na saúde mental dessas populações. Um importante passo para o desenvolvimento de compreensões sobre aspectos da atenção psicossocial no DSEI MRP sem dúvida é o levantamento das informações produzidas a partir dos atendimentos em saúde mental pelas equipes multidisciplinares. No campo da saúde indígena, de um modo geral, essas informações são relativamente escassas, precariamente sistematizadas e pouco divulgadas em veículos de comunicação científica. Essa constatação justifica, portanto, o desenvolvimento desse estudo, que irá permitir tanto a avaliação do alcance do serviço de saúde mental na atenção básica, quanto a análise primária de dados epidemiológicos a partir dos trabalhos realizados pelas equipes.

METODOLOGIA

Pesquisa documental, descritiva, transversal, conduzida com dados primários (consolidados de produção) em saúde mental no DSEI MRP em 2015. Os indicadores refletem tanto a respeito do adoecimento das populações indígenas quanto dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes multidisciplinares em saúde indígena, sendo divididos em cinco eixos: ações coletivas em saúde mental, uso de medicamentos psicotrópicos, consumo prejudicial de álcool, situações de violência e situações envolvendo ideação ou tentativas de suicídio.

As ações coletivas se valem de ferramentas na promoção da saúde mental, prevenção de agravos e fortalecimento dos vínculos sociais. Criam condições para a oferta de espaços de escuta, construção de redes de apoio/cuidado e organização conjunta de soluções para os problemas e estratégias promotoras da coesão do tecido social (BRASIL, 2014a). O indicador aponta para número de ações coletivas

em saúde mental, separados por Polo Base e os dados foram obtidos dos relatórios técnicos de entrada das equipes em cada Polo Base.

O monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos é realizado em casos de tratamento de agravos em saúde mental (BRASIL, 2015a). Para a coleta dos dados utilizou-se a Planilha de Vigilância de Uso de Medicamentos Psicotrópicos em Povos Indígenas – SESA/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/ SESA/MS. Os seguintes indicadores foram analisados: 1) número de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por Polo Base; 2) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP; 3) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos com consultas com psiquiatra ou neurologista no ano.

O consumo prejudicial de álcool é definido pelas consequências negativas não estando necessariamente vinculados à quantidade de bebida ingerida ou frequência do uso. Outrossim, a vigilância em saúde sobre o uso de álcool apoiou-se em paradigma não coercitivo que respeita a autodeterminação dos povos indígenas, como a estratégia de redução de danos, que compunha a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014a). O indicador relacionado pretende evidenciar o quanto as equipes estiveram sensíveis a essa matéria e seu monitoramento permite a avaliação das ações, bem como a ampliação de seu alcance aos usuários, famílias e comunidade (BRASIL, 2015a). Para coleta dos dados utilizou-se a Ficha de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool – SESA/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESA/MS. O indicador aponta para o número de pessoas que demandaram cuidados relacionados ao uso de álcool, separadas por Polo Base.

Para as situações de violências não letais, os dados foram analisados de acordo com a identificação dos tipos mais frequentes e do reconhecimento das populações mais atingidas (BRASIL, 2014b).

Utilizou-se para coleta dos dados a Ficha de Notificação/Identificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências — Sistema de Informações de Agravos e Notificação/Secretaria de Vigilância à Saúde (SINAN/SVS) e a Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Violência em Povos Indígenas – SESAI/MS. Os indicadores analisados foram: 1) taxa de situações de violência no DSEI; 2) número de situações de violências por tipo, separadas por Polo Base; 3) número de situações de violências nas quais há uso suspeito ou confirmado de álcool pelo agressor ou pela vítima, separadas por Polo Base.

Para as situações envolvendo ideações ou tentativas de suicídio, os dados foram coletados a partir da Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas – SESAI/MS e da Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. O indicador analisado foi o número de ideações ou tentativas de suicídio ocorridas no ano, separadas por Polo Base.

RESULTADOS

Tabela 1 – Quantitativo de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde mental no DSEI MRP – 2015

Polos base	Número de aldeias	Número de ações coletivas por polo base		
		EMSI	Profissionais Matriciadores	Total
Chico Camilo	16	8	10	18
Crispim	10	24	4	28
Marrecão	7	1	9	10
Abaquadi	9	0	16	16
Pajé Sawê	6	3	1	4
Japiim	3	0	0	0
Iminaã	12	15	7	22

Tumiã	6	0	0	0
São Pedro	5	24	0	24
Casa Nova	5	0	0	0
São Francisco	5	0	0	0
Tawamirin	15	*	0	*

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP, abril de 2016.
Nota: * dado indisponível.

Tabela 2 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que fazem uso de psicotrópicos no DSEI MRP - 2015

Polos base	Número de Usuários	Número de atendimentos				Total
		Enfermagem	Téc. Enferm.	Medicina	Psicologia	
Chico Camilo	10	17	1	11	10	39
Crispim	9	44	13	3	20	80
Marrecão	6	23	7	9	5	44
Abaquadi	7	23	7	4	6	40
Pajé Sawê	2	9	0	0	0	9
Suruwahá	1	12	0	2	1	15
Japiim	1	2	0	1	0	3
Iminaã	11	17	0	0	7	24
Tumiã	4	8	4	4	0	16
São Pedro	2	6	0	0	0	6
Casa Nova	2	4	1	1	0	6
São Francisco	1	6	1	1	0	8
Tawamirin	*	*	*	*	0	*
TOTAL	56	171	34	36	48	290

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.
Nota: * dado indisponível.

Dados adicionais: a proporção de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP foi de 0,67%. Considerando os indígenas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos, a proporção daqueles que passaram por consulta médica especializada (psiquiatra/neurologista) no ano de 2015 foi de apenas 12,5%.

Importante lembrar que as malocas Suruwahá estão situadas no Polo Base Marrecão e por conta das especificidades culturais optou-se por analisar esses dados separadamente.

Tabela 3 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que demandaram atenção ao consumo prejudicial de álcool no DSEI MRP – 2015

Polos Base	Nº de usuários	Número de atendimentos em 2015				
		Enfermagem	Téc. Enferm.	Medicina	Psicologia	Total
C. Camilo	7	2	2	0	5	9
Crispim	2	1	0	0	1	2
Abaquadi	1	0	0	0	0	0
Pajé Sawê	1	1	0	0	0	1
Japiim	2	3	0	0	0	3
Iminaã	7	1	0	0	4	5
S.Francisco	2	2	0	0	0	2
Tawamirin	*	*	*	*	*	*
TOTAL	22	9	2	0	9	22

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Observação: com relação ao Polo Base Crispim houve ausência de identificação profissional nas fichas e optou-se pela distribuição dos atendimentos entre profissionais de enfermagem e psicologia.

Quadro 1 - Situações de violências não letais no DSEI MRP – 2015

Polos Base	Etnia	Idade	Gênero	Tipo	O usuário considera o episódio como situação de violência?	Houve uso de bebida alcoólica por parte do(a) acusado(a) durante o episódio?
Abaquadi	Banawá	20	F	Física	Sim	Não
	Paumari	24	M	Física	Sim	Não
Marrecão	Madihá Deni	34	F	Física	*	Não
		31	F	Física	Não	Sim
Crispim	Paumari	11	F	Sexual	Sim	Sim
		26	M	Psicológica	Não	Sim

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Quadro 2 - Situações de ideação ou tentativas de suicídio no DSEI MRP– 2015

Polos Base	Etnia	Gênero	Idade	Estado civil	Uso frequente de bebidas alcoólicas?
Chico Camilo	*	F	23	Casada	*
	*	F	31	Casada	*
	*	F	25	Solteira	*
	*	F	34	Casada	*
Abaquadi	Paumari	M	31	*	Sim

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dados indisponíveis.

DISCUSSÃO

A cobertura de ações coletivas em temas ligados à saúde mental foi considerada deficiente em 2015. Esse panorama aponta

para quantidade insuficiente de profissionais matriciadores no DSEI MRP que contava com apenas dois psicólogos em exercício no ano de 2015; também pode revelar que as EMSI não estavam sensíveis ou preparadas para abordarem temas ligados à saúde mental nas aldeias e/ou estavam priorizando a execução de outros programas em detrimento do Programa de Atenção à Saúde Mental.

Considerando as dificuldades logísticas de acesso às aldeias pelas EMSI, seria razoável estipular uma periodicidade mensal de ações coletivas em saúde mental nas comunidades. No entanto, a realidade encontrada foi muito aquém do esperado. O Polo Base São Pedro foi o mais assistido se comparado a todos os outros, com uma média de 4,8 ações coletivas de prevenção por ano em cada aldeia, seguido por Crispim (2,8 atendimentos anuais/aldeia), Iminaã (1,8), Abaquadi (1,7), Marrecão (1,4), Chico Camilo (1,1) e Pajé Sawê (0,6). Completamente desassistidos estiveram os Polos Base Japiim, Tumiã, Casa Nova, São Francisco e, provavelmente, Tawamirin.

A cobertura no monitoramento mensal de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos foi insuficiente. Frequentemente os atendimentos da enfermagem (enfermeiros e técnicos) se resumiram na entrega dos medicamentos, indicando a necessidade de um maior envolvimento desses profissionais em questões ligadas à saúde mental a fim de conseguirem realizar avaliações e atendimentos mais adequados a cada caso. Os poucos atendimentos realizados por médicos e psicólogos indicam carência quantitativa desses profissionais, situação que se agrava diante das dificuldades no acesso e permanência nas aldeias.

A assistência ao uso de medicamentos psicotrópicos mais próxima do ideal ocorreu nas malocas Suruwahá, ficando evidente o esforço dos gestores e o cuidado das EMSI no acompanhamento mensal da demanda. Os atendimentos foram regulares no Polos Base Crispim, com média de 8,8 atendimentos anuais por pessoa, seguido

de Marrecão (7,3) e Abaquadi (5,7). Os números foram muito baixos nos Polos Base Iminaã, com 2,1 atendimentos, bem como em Japiim (3), São Pedro (3), Casa Nova (3), Chico Camilo (3,9), Tumiã (4) e Pajé Sawê (4,5).

Contatou-se ainda a baixíssima proporção de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas (neurologista, psiquiatra etc.) indicando que parte desses atendimentos estiveram ligados a situações emergenciais e não em ações preventivas. Ainda houve relatos sobre medicamentos psicotrópicos que chegaram ao DSEI MRP com atraso e/ou próximos à data de vencimento, aumentando os riscos e gerando desconfortos físicos ou psíquicos aos usuários, familiares e equipes de saúde. Outrossim, cópias de parte das receitas médicas sequer encontravam-se disponíveis na sede do DSEI MRP, requerendo a urgente reavaliação médica dos usuários do Programa de Atenção à Saúde Mental (SIC).

Em relação às demandas ligadas ao uso prejudicial de álcool nas aldeias, os dados apontaram para desassistência, sugerindo que os recursos humanos foram insuficientes e a qualificação profissional foi inadequada para prover o cuidado dessas questões. Salienta-se que os dados apresentados na Tabela 3 fazem referência aos indígenas que voluntariamente procuraram as EMSI e solicitaram ajuda. Os atendimentos anuais por pessoa realizados pelas EMSI somaram em ordem decrescente: Japiim (1,5), Chico Camilo (1,2), Crispim (1), Pajé Sawê (1), São Francisco (1), Iminaã (0,7), Abaquadi (0) e Tawamirin com 0, provavelmente.

Ademais, a partir de relatos de familiares, 14 indígenas faziam uso de álcool puro ou álcool extraído de gasolina e 6 consumiam perfumes. Também foi constatado uso de outros psicoativos (não necessariamente consumo prejudicial) como o rapé, maconha, papoula, substâncias voláteis e *crack* (SIC).

Pelo menos desde 2001 com a III Conferência Nacional de Saúde Indígena⁶ o uso prejudicial de álcool tem sido apontado como um problema de saúde que atinge muitas comunidades indígenas pelo país. No entanto, as informações apresentadas mostram que pouco tem sido feito no DSEI MRP para prestar um mínimo de assistência a essas pessoas.

No que diz respeito às situações de violência, não houve registros de óbitos decorrentes dessas situações para o ano de 2015. Os registros envolveram pessoas conhecidas, principalmente o cônjuge, sendo que em metade dos casos houve ingestão de bebidas alcoólicas por parte da pessoa agressora. Somente houve ação comunitária de punição, reparação ou restabelecimento da ordem entre os Banawá, pois surraram a agressora com cipó.

Com relação ao suicídio, a incidência entre povos indígenas tende a ser maior que na população em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estima-se que 11 mil pessoas cometam suicídio todos os anos no país e, segundo dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a taxa geral no período entre 2011-2015 foi registrada em 5,5 por 100 mil habitantes, sendo a maior taxa observada na população indígena, com 15,2/100 mil (BRASIL, 2017a). Por outro lado, dados levantados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registrou em 2014 taxa de 21,8/100 mil entre povos indígenas (BRASIL, 2017b).

Essa questão tem se mostrado um agravo à saúde preocupante nas populações indígenas, não sendo um fenômeno generalizado, mas localizado em comunidades e etnias específicas. Há evidências suficientes demonstrando que situações sociais precárias decorrentes do contato histórico com os não índios, têm relação com o aumento das taxas de suicídio nesses contextos (BRASIL, 2015b).

O suicídio, sua tentativa ou mesmo ideação demandam investigações sobre os determinantes sociais em saúde mental incluindo aí questões políticas, culturais, institucionais, habitacionais, de saneamento básico, empregabilidade e renda, escolaridade, acesso a bens e serviços etc. Podem revelar certa inadaptação às normas sociais formais ou informais compartilhadas e sempre comunicam elementos subjetivos importantes. Vale ainda considerar que são fatores de risco para o suicídio o uso prejudicial de álcool e outras drogas, a depressão, desemprego e outros agravos em saúde mental.

A maior prevalência desse sinal de sofrimento psíquico no DSEI MRP deu-se no Polo Base Chico Camilo, um dos territórios mais próximos da zona urbana de Lábrea/AM, sendo significativo que as situações tenham envolvido quatro mulheres de aproximadamente 23 a 34 anos. Também preocupa a notificação de um homem no Polo Base Abaquadi que faz uso frequente de bebidas alcoólicas, sendo esse um fator de risco importante a ser considerado. Evidencia-se que é preciso ampliar os esforços em prevenção e promoção de saúde mental mesmo em regiões mais distantes, exigindo atenção diferenciada e fundamentada na linha de cuidado integral em atenção psicossocial.

Sugere-se, portanto, realizar um plano de ação imediatamente após a identificação do fato ou relato, com investigações a partir de atendimentos individuais e/ou familiares, estabelecendo uma escuta qualificada para acolhimento dos envolvidos. Segue com o mapeamento da rede de relações interpessoais dos envolvidos, com a elaboração de um genograma, ecomapa, projeto terapêutico singular, plano de vida e reforça-se os pontos de suporte identificados no conjunto de cuidados junto à pessoa/familiares. Ressalta-se ainda a importância dos projetos de educação continuada, da organização de espaços de trocas de saberes e suporte técnico-pedagógico.

A desassistência em saúde mental no DSEI MRP apresentada até aqui corrobora com a literatura da área que constata que as EMSI

não se sentem preparadas para atenderem inclusive problemas simples e que os serviços de saúde indígena se centram basicamente em diagnósticos de saúde mental e administração de medicamentos psicotrópicos. Por fim, parte das crises em saúde mental se deve à perda de vínculos culturais, negação da identidade e pouca presença de políticas de Estado nas aldeias e arredores (RODRIGUES, 2016).

SOBRE A MORTE RITUAL POR AUTOENVENENAMENTO ENTRE OS SURUWAHÁ

Para evitar visões etnocêntricas ou inadequação na interpretação de fenômenos culturais entre os Suruwahá, optou-se pelo desenvolvimento dessa seção a fim de justificar a não classificação da morte ritual por ingestão de *kunahã* (uma espécie de veneno, também conhecido como timbó) nos dados epidemiológicos sobre suicídio. Essa categoria, do ponto de vista ocidentalizado, normalmente destaca a presença de sofrimento físico ou psíquico, mostrando-se equivocado para uma compreensão adequada.

Os índios Suruwahá são considerados povos isolados, sendo distintos em seus modos de vida, idioma, culinária etc. Sua população tem se mantido mais ou menos estável ao longo dos anos, contando em 2015 com cerca de 150 pessoas que viviam comunitariamente em algumas malocas próximo ao rio Riozinho em Tapauá/AM (Polo Base Marrecão) e produziam praticamente tudo que é necessário para a sobrevivência.

À parte disso, os Suruwahá concebem três caminhos distintos para o mundo espiritual: o *maaro agi* (caminho da morte), por onde seguem os que morrem de velhice, acreditando ser um caminho penoso onde os corações vagueiam sem achar sossego e paz; o *koiri*

agiri (caminho da cobra), por onde seguem os que morrem por picada de cobra; e o *konaha agi* (caminho do timbó), a trajetória da lua, por onde vão aqueles que morrem por ingestão de veneno, onde as almas reencontram seus parentes, as plantas agrícolas crescem sem esforço e a caça e pesca são abundantes (VAZ, 2008).

Os índios Suruwahá acreditam que a existência humana só tem sentido quando se visa a 'morte ritual', apontando essa prática como a máxima de todos os valores. Historicamente, as mortes por epidemias e armas de fogo, somados ao extermínio de todos os líderes espirituais, levaram os Zuruahá ao desespero. Dawari, um sobrevivente Adamidawa, recorreu à ingestão de *kunahã*, tendo sido o estopim para outras mortes do gênero, que logo se tornaram uma prática cultural (SOUZA e SANTOS, 2009).

Acredita-se que ao morrerem por esse método o indígena mantém sua forma física por toda a eternidade, sendo compreensível que a maioria das mortes rituais ocorra justamente na juventude, quando estão em pleno vigor físico e mental. É comum que após um episódio de morte por autoenvenenamento sucedam alguns outros, geralmente por pessoas mais próximas àquela que primeiro faleceu, como em uma reação em cadeia.

Os motivos dessas mortes ou tentativas são informados basicamente por conflitos e crises que envolvem o zelo pela propriedade (ferramentas, roças), o controle da sexualidade feminina, a autoestima pessoal (ofensas, doenças, feiúra, insucessos), a aliança matrimonial (casamento e relacionamento conjugal) e, sobretudo, o sentimento profundo que une os vivos aos parentes falecidos (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2005). No ano de 2015 foram notificados seis casos de 'morte ritual' entre os Suruwahá, conforme o quadro abaixo:

Quadro 3 – Quantitativo de indígenas Suruwahá que morreram em ritual de autoenvenenamento – 2015

Data	Gênero	Idade
28/06/2015	M	11
27/06/2015	F	33
17/05/2015	F	*
17/05/2015	F	14
16/05/2015	M	41
16/05/2015	F	13

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

A prática da morte ritual é uma questão cultural complexa, que se relaciona com cosmologias que são constantemente elaboradas e ressignificadas por esse povo. Considera-se, portanto, que o 'ritual de morte por autoenvenenamento' entre os *Suruwahá* é parte integrante de sua cultura, identidade, história, cosmologias e certamente há um sentido ou vários sentidos nessa prática. Finalmente, vale indagar “o que os *Suruwahá* querem nos dizer através de sua morte ritual, senão que estão elaborando respostas próprias de resistência e afirmação cultural (por mais contraditório que isso possa parecer) frente ao seu violento processo histórico de contato?” (SOUZA e SANTOS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho contribui para análise dos atendimentos e dimensionamento dos agravos em saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Destaca-se por ser o primeiro estudo do gênero no âmbito da atenção básica em saúde mental considerando os povos indígenas dos municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá, estado do Amazonas.

Observou-se que algumas fichas de atendimentos não foram preenchidas corretamente, dificultando em alguns casos a sistematização dos dados, porém sem prejuízo para o dimensionamento do alcance do programa. Até abril de 2016 não havia disponibilidade de informações dos atendimentos no Polo Base Tawamirin, que na época deveriam ser informados pela CASAI de Tapauá.

Tendo em vista as características geoclimáticas e dificuldades de acesso às aldeias do DSEI MRP, constata-se que o número de profissionais de psicologia foi deficiente em 2015. Contando com apenas dois profissionais, os atendimentos em saúde mental foram prejudicados, sendo necessário um número bem maior para garantir ao menos um atendimento mensal nas aldeias e/ou acompanhamento intensivo em alguns casos.

De modo semelhante, grande parte das aldeias do DSEI MRP carecem de EMSI em quantidade e/ou qualidade. Nota-se a falta de profissionais de medicina para avaliação periódica daqueles que fazem uso de medicamentos psicotrópicos ou demandam atenção ao consumo prejudicial de álcool. Outrossim, é preciso ampliar a consulta anual dos usuários de psicotrópicos com especialistas (psiquiatras / neurologistas) a fim de prevenir a ocorrência de sérios agravos em saúde e reduzir o uso desnecessário desses medicamentos.

Constata-se também que apesar da maior presença de técnicos de enfermagem nas aldeias, os usuários do programa de saúde mental praticamente não têm sido atendidos por eles. No que diz respeito aos enfermeiros, estes ainda carecem em número e precisam de maior envolvimento/treinamento para execução do Programa de Atenção à Saúde Mental. Quanto aos agentes indígenas de saúde, não foi possível dimensionar quantitativamente seus atendimentos, pois parte desses profissionais sequer sabem ler ou escrever, dificultando a sistematização das produções em campo.

É imprescindível que todos os profissionais de saúde indígena estejam mobilizados em cursos de qualificação em saúde mental e que os gestores do DSEI MRP facilitem e incentivem a organização desses eventos, ampliando assim a qualidade e o alcance do Programa.

Finalmente, são necessários mais estudos a fim de acompanhar a evolução do Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP e o dimensionamento do acesso a esse serviço em saúde pelas distintas comunidades indígenas da região.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradeço às considerações da Professora Dra. Magda Dimenstein e sugestões dos revisores/editores que avaliaram esse trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *III Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final*. Luiziânia, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://nesp.unb.br/observaindigena/?page_id=279. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. *Agenda das ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. *Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas: Tecendo redes à promoção do bem viver*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. *Documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. *Instrutivo da ficha complementar de investigação/notificação de violências em povos indígenas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. *Material orientador para prevenção do suicídio em povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção a saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília. v. 48, n. 30, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Zuruahã*. 2005. Disponível em: <https://povosindigenas.org.br/pt/Povo:Zuruahã>. Acesso em 18 out. 2020.

MEDEIROS, M. C. D. *Cartografia* (2014). Projeto de Apoio da SESAI aos DSEI's e Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil nos DSEI e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas. 2015.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. 2013. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 18 out. 2020.

RODRIGUES, E. S. O lugar da psicologia nas questões indígenas. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). *Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver*. São Paulo: CRP SP; 2016. Disponível em: https://crpsp.org/uploads/impresso/110/RLAg_HX8E6bm0fVjb2gpqCkrelBkTy0W.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

SOUZA, K. T. , SANTOS, M. M. Morte ritual: reflexões sobre o "suicídio" Suruwahá. *Espaço Ameríndio*, v.3, n.1, p. 10-24, 2009.

VAZ A. *Missão: O veneno lento e letal dos Suruwahá*. CGII-Funai. Junho de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a community engagement toolkit. *Geneva*: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

A ORGANIZADORA

Elisabete Vitorino Vieira

Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPB. João Pessoa, Paraíba. E-mail: evitorinovieira@hotmail.com

AUTORES E AUTORAS

Alana Lalucha de Andrade Guimarães

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia ortopédica, traumatológica e desportiva (CESUMAR-PR), especialista em Educação em Saúde para preceptores do SUS (Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa/SP) e mestre em Ciências Aplicadas à Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Integrante dos grupos de pesquisa do Laboratório de Controle Motor e Equilíbrio Postural (LCMEP-UFS) e do Grupo de Estudos em Atividade Física (The GrEAt Group-UFS/Mackenzie-SP). E-mail: alanalalucha@yahoo.com.br

Ana Maria Menezes de Souza

Possui Licenciatura em Letras pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (AGES) é Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Atualmente é Terapeuta Ocupacional residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: anamariamenezesdesouza@hotmail.com

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB. João Pessoa, Paraíba.

Ivan Farias Barreto

Psicólogo pela UFAL. Especialista em O Consumo e os Consumidores de Álcool e Outras Drogas e Mestre em Antropologia pela UFBA. Atuou como psicólogo e responsável técnico pelo Programa de Atenção à Saúde Mental do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus e como docente na FTC-Itabuna. Atualmente é doutorando em Psicologia pela UFRN, bolsista de doutorado CAPES, revisor de periódicos científicos, membro do Comitê Científico Ad Hoc da Editora Pimenta Cultural, membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas, do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos e do Grupo Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade. Possui experiência nas áreas de saúde mental, psicologia social, antropologia e pesquisa qualitativa, com especial interesse no uso de substâncias psicoativas, saúde indígena e grupos em situação de vulnerabilidade social. E-mail: ifbarreto@hotmail.com

Laís Fernanda Silveira Santos Ramos

Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Sergipe, Pós-Graduada em Transtorno do Espectro Autista, Pós-Graduada em Intervenções Precoce no TEA e Certificação Internacional em Integração Sensorial/ University of Southern Califórnia. E-mail: laisfsilveira.to@hotmail.com

Laís Melo Andrade

Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) e especialista em Saúde da Família pelo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFS. Atualmente é mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e pesquisadora integrante do MUSA- Programa Integrado em Gênero e Saúde do ISC/UFBA.

Maycon Dougllas Vieira dos Santos

Graduado em História pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Mestrando em História Social do Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade de São Paulo (USP). Foi bolsista de iniciação científica do PIBIC/UFT e de iniciação à docência pela CAPES. Atualmente, é membro-pesquisador do grupo de pesquisa “Dimensões do Governo Vargas e seus desdobramentos” (UERJ/CNPq). Tem interesse por História do Brasil do século XX. Desenvolve pesquisas nas áreas de História Política, História e Mídias, Ensino de História, Educação e formação docente. E-mail: mdouglas0@gmail.com

Rafael Nicolau Carvalho

Doutor em Sociologia pela UFPB. Professor do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba.

Raphaella Freitas Petkovic de Carvalho Pereira

Doutoranda e Mestre em Comunicação pela Universidade Paulista. Foi aluna especial do Doutorado em Ciências Médicas – Psiquiatria da FMUSP. Licenciada em Letras, Sociologia e Pedagogia. Graduada em Gestão de Recursos Humanos. Pós-Graduada em Psicoterapia, Psicopedagogia, Gestão Escolar e Psicologia e Sexualidade. MBA em Gestão de Pessoas. Professora de Ensino Médio e Técnico e Coordenadora no Centro Paula Souza. Teve passagens pelo Governo do Estado de São Paulo, SESI-SP e IFSP-SP. Foi pesquisadora-bolsista PIBIC/CNPq entre 2006/2006. É pesquisadora, palestrante e consultora nos seguintes temas: Comunicação. Gênero, Teoria Queer, Sexualidade e Identidade de Gênero. E-mail: raphafp@live.com

Raphaela Schiassi Hernandes

Professora da UFS e do Programa de Pós-Graduação PPGCult – UFS. Doutora em Saúde Coletiva (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP). Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento (MACKENZIE). Especialista em Psiquiatria e Dependência Química (UNISA). Especialista em Terapia Ocupacional Dinâmica (CETO). E-mail: rapha_to@hotmail.com

Taislayne Fraga da Cruz

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Pós-graduanda em saúde coletiva pela faculdade FAVENI. Residente em Saúde da Família pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. E-mail: tais.fraga2255@gmail.com

Thiago Barbosa Soares

Possui graduação em Letras, português/inglês, pela Universidade do Vale do Sapucaí (2009), em Psicologia pela Universidade Paulista (2014) e em Filosofia pela Universidade de Franca (2014), especialização em Estudos Literários pela Faculdade Comunitária de Campinas (2013), mestrado em Linguística pela Universidade Federal de São Carlos (2015) e doutorado em Linguística pela Universidade Federal de São Carlos (2018). É membro pesquisador do Laboratório de Estudos do Discurso (LABOR-UFSCar) e do Grupo de Estudos em Análise do discurso e História das ideias linguísticas (VOX-UFSCar). É editor-chefe da revista Porto das Letras (ISSN - 2448-0819) vinculada ao programa de pós-graduação em Letras da UFT. Atua como professor nos cursos de graduação em Letras e de pós-graduação stricto sensu em Letras da Universidade Federal do Tocantins no campus de Porto Nacional. Tem experiência na área de Linguística, com ênfase em Análise do Discurso francesa, atuando principalmente nos seguintes temas: mídia, sucesso, teoria e análise do texto. E-mail: thiago.soares@mail.uft.edu.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

antidepressivos 57
atenção psicossocial 10, 15, 39, 42, 83, 89,
116, 125, 130
automedicação 28
autopunição 53

B

binarismo de gênero 71
Brasil 9, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,
23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 57,
61, 66, 68, 71, 80, 88, 89, 98, 110, 114,
130, 131, 133

C

cotidiano 9, 14, 15, 16, 21, 28, 39, 40, 41,
42, 43, 44, 58, 59, 89, 90, 93, 96, 98, 103,
104, 105, 106, 111
COVID-19 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30,
32, 34, 36
crise sanitária 11

D

debates 19, 21, 28
depressão 9, 14, 39, 40, 41, 44, 47, 48,
49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 61, 68,
99, 125
diagnóstico 14, 39, 40, 41, 75, 101
discriminação 66, 68, 80
discurso 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34,
36, 37, 48, 72, 135
doenças da alma 11, 12
doente mental 12, 52

E

empatia 12, 78
enunciado 25, 90

epidemia 19, 20, 21, 23, 32, 33, 34, 35
epidêmico 14, 19, 20, 21, 22, 31
espírito 11, 14, 17
espiritual 126
estado mental 9, 15, 64, 79
estereótipo 67
experiência 14, 39, 73, 78, 79, 133, 135

F

formação discursiva 24, 25

G

gênero 15, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71,
72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 127, 128
gripe espanhola 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24,
25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36,
37

H

heteronormativo 67
humor 40, 48

I

identidade 42, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70,
71, 73, 76, 78, 79, 80, 115, 126, 128
Indígena 16, 113, 114, 115, 124, 128, 130,
133
interdiscurso 20, 22, 24, 25, 26, 29
intradiscurso 20, 25
isolamento social 26, 27, 36, 53

L

linguagem 24, 70

M

memória 9, 14, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25,
26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37

memória histórica 24, 25, 26, 29, 32
mente 11, 12, 34, 47, 50, 54, 73
modos de vida 126
morte 13, 47, 68, 126, 127, 128
mortes 34, 127
motivação 15, 39, 41, 58
mulheres 9, 14, 39, 40, 41, 45, 47, 65, 70,
72, 80, 105, 111, 125
mundo espiritual 126

N

narrativa 19, 21, 24

P

pandemia 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 32,
34, 36
pessoas transgêneras 64, 67, 68, 69, 70,
73, 74, 76, 77
processo terapêutico 15, 64, 74, 79, 104
psicossocial 10, 15, 39, 42, 43, 59, 60, 62,
83, 89, 98, 109, 116, 125, 130
psíquica 12
psykhé 11

Q

qualidade de vida 16, 43, 96, 108, 116

R

relações familiares 15, 39, 41, 55

S

saúde 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 33, 34,
39, 40, 41, 42, 43, 46, 53, 54, 55, 56, 57,
58, 59, 60, 61, 62, 66, 68, 70, 73, 76, 78,
83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93,

94, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107,
109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116,
117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 126,
128, 129, 130, 131, 133, 134
saúde Indígena 16
ser humano 17, 42, 108
sofrimento 9, 14, 39, 40, 51, 54, 55, 76, 77,
94, 97, 98, 125, 126
subjetividades 11, 16, 97
suicídio 49, 50, 53, 114, 116, 118, 121,
124, 125, 126, 130, 131
sujeitos 11, 12, 15, 22, 27, 32, 33, 56, 64,
69, 72, 85, 87, 88, 89, 91, 98, 101, 103,
104, 112

T

temporalidade 29
terapêutico 15, 43, 64, 74, 79, 99, 100,
104, 125
terapia ocupacional 9, 14, 15, 16, 39, 42,
60, 96, 99, 111
transexualidade 68, 70, 75, 76
transgêneros 9, 15, 64, 65, 69, 71, 73, 77,
78
transtornos do humor 40
transtornos mentais 40, 50, 58, 85, 93, 94,
111
tristeza 15, 39, 40, 41, 47, 48, 50, 51, 58,
101

V

visões etnocêntricas 126

www.pimentacultural.com

Saúde Mental no Brasil

TECENDO
CUIDADOS
NO TERRITÓRIO
BRASILEIRO