

# CARACTERIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM UMA POLICLÍNICA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

Luciana Medeiros Azevedo <sup>1</sup>, Patricia Sanz Alvarez <sup>2</sup>  
Zacarias Ramalho <sup>3</sup>, Maria das Graças Rocha <sup>4</sup>

## RESUMO

Muitas pessoas em sofrimento psicológico procuram os serviços de saúde, e, não obstante, continuam sofrendo, apesar dos medicamentos prescritos. O trabalho tem como objetivo caracterizar o sofrimento psicológico de usuários de um serviço de saúde pública. Mais especificamente, identificar usuários em sofrimento psicológico, analisar as causas atribuídas e as maneiras de lidar com esse sofrimento e, por fim, compreender como os trabalhadores de saúde percebem esses usuários e qual o tipo de intervenção que eles oferecem. Foram realizadas visitas à policlínica e entrevistas com usuários em sofrimento psicológico e com trabalhadores de saúde. As entrevistas foram analisadas com base na análise do discurso. O sofrimento psicológico aparece sob a forma de sintomas físicos e psíquicos e os participantes atribuem seu sofrimento a diversos eventos da vida, sobretudo, problemas conjugais. O encaminhamento a psicólogos e psiquiatras e a prescrição de psicofármacos, por parte desses, é a forma mais comum de intervenção.

**Palavras-chave:** Sofrimento Psicológico. Serviços de Saúde. Expectativas dos Usuários.

## ABSTRACT

This investigation treats about the psychological suffering of users of a Public Health Polyclinic bounded to the Health Public System in the city of Natal/RN/Brasil. Psychological suffering is understood as a sort of malaise that invades everyday life and shows itself with physical and mental symptoms. The main objective was to identify and analyze users' expectations towards to psychologists and psychiatrists' practicing. The theory of Discourse Analysis of respondents was the methodology applied on this work. It was observed that the users sought healing for their suffering in the health service, although they could associate this suffering to their living conditions. Most of them look for specialists seeking for magic solutions for their problems, and it was evident that health professionals didn't satisfy such expectations due to limitations of the Health System, its inadequate formation to meet these demands, and for users' difficulties on recognize his/her implication in the suffering process. The results allow us to get to the conclusion that the users seek this service with high expectations that won't be totally satisfied, which can even increase the suffering. The use of medication ends up being a shared way of trying to minimize the suffering.

**Keywords:** Psychological Suffering. Health Service. Users' expectations.

---

<sup>1</sup>Psicóloga, doutora em psicologia social e professora do curso de psicologia da Unifacex e Unirn. Contato: lumedeirospsi@hotmail.com.

<sup>2</sup>Psicóloga. Pós-graduada em Saúde Mental no contexto multidisciplinar. Pós-graduada em Psicologia da Saúde, Desenvolvimento e Hospitalização. Contato: patriciaesanz@hotmail.com.

<sup>3</sup>Cursanodo o curso de psicologia da Unifacex. Contato: zakapsi2008@hotmail.com

<sup>4</sup>Cursanodo o curso de psicologia da Unifacex. Contato: lumedeirospsi@hotmail.com.

## 1 INTRODUÇÃO

*“Eu tenho lutado para ver se saio disso. Mas, quando eu não tomo medicamento, eu fico muito agitado, muito nervoso, eu fico estressado”* (usuário da policlínica). Discursos como esse são comuns nos diferentes serviços de saúde pública e denotam um sofrimento intenso e polissêmico, isto é, diversificado no sentir e nas maneiras de expressar. Essa situação de nervosismo, ansiedade, angústia, estresse e/ou tristeza que permeia certas experiências da vida cotidiana traz significativo sofrimento para a pessoa e é esse sofrimento que está sendo denominado aqui de psicológico.

Nessa concepção, refletir sobre o sofrimento psicológico é pensar sobre a própria sociedade e as relações do homem com o outro. Considera-se, aqui, o homem enquanto ser de relação, ou seja, determinado tanto por leis do seu mundo subjetivo, como também pelas aquisições históricas acumuladas na cultura e nas experiências vivenciadas em sociedade (LEONTIEV, 1978). Partindo dessa afirmação, o sofrimento psicológico pode ser entendido como uma insatisfação diante da vida, algo que está sendo suportado de alguma forma, porque não se percebe outra maneira de viver. O sofrimento psicológico tem um sentido diferente para cada pessoa que sofre e “questionar o sentido do sofrimento põe em evidência a relação do homem com ele mesmo e com o outro” (DANTAS e TOBLER, 2003, s/p).

Nesse sentido, o sofrimento psicológico faz parte da vida, é parte da condição humana, sendo, portanto, social:

O sofrimento é uma criação do ser humano em relação com seu mundo, numa interação dialética e autoevidente; uma realidade que se mostra durante todo o tempo (DITTRICH, 1998, p.52).

O sofrimento psicológico também é decorrente das questões psicossociais e socioeconômicas. De acordo com Sawaia (1995), a miséria, a heteronomia e o medo são condições que favorecem o sofrimento e que impedem as pessoas de agirem sobre suas vidas de forma mais autônoma e ativa. O sofrimento pode se expressar de diferentes maneiras, de acordo com o contexto social, cultural e político de determinada comunidade (FONSECA, 2008).

A pessoa em sofrimento psíquico pode apresentar tanto sintomas físicos, a ponto de adoecer fisicamente, como problemas psicológicos, que podem comprometer sua saúde mental. Muitas vezes, esse tipo de sofrimento pode ser “invisível” para os outros, ou ser atribuído ao jeito de ser da pessoa, resultando na desvalorização e no descaso e privando-a do cuidado que poderia ter. Brant e Minayo-Gomez (2004) comentam a dicotomia entre sofrimento e dor:

(...) a palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo (p.215).

Nesse sentido, as pessoas em sofrimento psicológico tendem a expressá-lo através de sintomas físicos, tais como dores generalizadas, tonturas e cefaleias. Esses tendem a ser mais valorizados socialmente em função do discurso biomédico, que enfatiza a dimensão biológica do processo saúde-doença (TRAVERSO-YÉPEZ E MEDEIROS, 2004). Como exemplo, pode-se citar a *doença dos nervos*, um termo popular muito comum nos serviços de saúde pública, que se refere a um sofrimento generalizado e uma grande variedade de sintomas físicos, mas que é fruto de toda uma vivência de privações sociais, culturais e econômicas (DAVIS & LOW, 1989; DUARTE, 1986; SILVEIRA, 2000; MEDEIROS, 2003; MIGLIORE, 1993).

Em geral, a intervenção médica tem nos exames e nas prescrições de medicamentos as principais maneiras de lidar com os problemas de saúde das pessoas. Na maioria das vezes, as pessoas que buscam os serviços de saúde, sobretudo na atenção básica, com sofrimento psicológico, não encontram respaldo para lidar melhor com seu problema (CAMPOS E DOMITTI, 2007; MEDEIROS, 2003; TRAVERSO-YÉPEZ E MORAIS, 2004). Algumas práticas de cuidado são realizadas em alguns serviços, mas, muitas vezes, são esporádicas e dependem da sensibilidade e do envolvimento do trabalhador de saúde com as diretrizes da atenção básica (AZEVEDO, 2010). Quem sofre precisa do outro, de ser ouvido, escutado, apoiado e isso dificilmente é encontrado nos serviços de saúde, em função de inúmeros problemas, tais como a sobrecarga de trabalho e a perspectiva curativista ainda presente na maioria das práticas de saúde (AZEVEDO, 2010; TRAVERSO-YÉPEZ E MEDEIROS, 2004).

As causas do sofrimento psicológico, sejam conhecidas ou desconhecidas, se traduzem em sentimentos, sensações e emoções desagradáveis. Costuma-se pensar que acabando com elas, sentindo de outra maneira, acaba-se com o sofrimento. No entanto, existem poucos espaços de fala e de expressão dessas emoções e das experiências sentidas que contribuem para o alívio do sofrimento (AZEVEDO, 2010; SILVEIRA, 2000).

Nessa perspectiva, observa-se a importância em aproximar-se das pessoas em sofrimento psicológico e oferecer-lhes uma escuta, desprovida de preconceito, propiciando o relato das experiências que as levaram ao sofrimento. Isso significa seguir os passos do seu sofrimento, a fim de ajudá-las, ouvindo suas histórias de vida e compreendendo a sua dinâmica interna. Deve-se reconhecer, nos seus relatos, as relações entre as dimensões culturais, sociais, econômicas, que possam ser identificadas como potenciais geradoras do problema, e fornecer um espaço de ressignificação.

O sofrimento psicológico não deve ser pensado isoladamente, pois é vivenciado pela pessoa a partir da sua própria interpretação da realidade, a qual envolve inúmeros aspectos. Para isso, faz-se necessário compreender como se caracteriza o sofrimento psicológico e quais são os elementos geradores desse sofrimento. Obter informação das pessoas em sofrimento pode contribuir para potenciais intervenções dos profissionais da psicologia nos serviços públicos de saúde.

Assim, o objetivo desse trabalho é caracterizar o sofrimento psicológico de usuários de um serviço de saúde pública e identificar como são percebidos pelos trabalhadores de saúde. Mais especificamente: 1) identificar usuários em sofrimento psicológico; 2) analisar as causas atribuídas e as maneiras de lidar com esse sofrimento; e 3) compreender como os trabalhadores de saúde percebem esses usuários e qual o tipo de intervenção que eles oferecem.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa empírica, foram realizadas visitas a uma policlínica municipal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A policlínica é assim denominada por ser um serviço de atenção básica e secundária, com a presença de médicos especialistas e de outros profissionais, como psicólogos, nutricionista e assistente social, dentre outros. Tendo obtido o consentimento da direção da policlínica, foram realizadas entrevistas com 03 usuários em sofrimento psicológico e com 04 trabalhadores de saúde (o nutricionista, o gestor, o médico e o enfermeiro do serviço). Não houve contato com o psicólogo, de maneira que não foi possível entrevistá-lo. Os participantes permitiram a gravação da entrevista mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente aprovado pelo Comitê de Ética/HUOL (CEP/HUOL - Parecer 056/07).

As entrevistas foram transcritas e lidas exaustivamente para posterior análise dos discursos, com base nas perspectivas de Spink (1999) e as propostas de análise crítica do discurso de Willig (2001), Locke (2004) e Phillips e Hardy (2002). Dessa maneira, foram identificados os temas mais comuns entre as entrevistas, bem como aqueles que se relacionavam com os objetivos do trabalho. Os discursos foram, então, organizados a partir dos temas e analisados à luz da fundamentação teórica.

## 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### I. O sofrimento psicológico

Uma das participantes da pesquisa procura descrever ao máximo o sofrimento que permeia o seu cotidiano e que traz profundas sensações de mal-estar:

*“Se sentia assim... era aquele suor frio, era perdendo as forças, era assim uma agonia, você queria dormir e não conseguia dormir (...) eu achava que era como uma depressão, sabe, era uma agonia tão grande, não ficava quieta aquela coisa e sentia assim, sem vontade de comer, era só água, só doce, só refrigerante, sem saber, né, piorando mais. Aí a agonia aumentava mais né, sem saber porque aí... mas é uma sensação muito ruim, você vai perdendo o estímulo, você perde é... não tem vontade de sair pra canto nenhum, tem vontade de ficar só num canto, não tem ânimo e aquela agonia, uma sensação tão ruim assim... como se a gente tivesse perdendo as forças e digo, Jesus (...) dá um suor frio, dá um calafrio, você fica suando frio, passando mal, você sente as carne tremer, é uma sensação horrível, aí sem saber porque, quando você sabe, tudo bem, e quando você não sabe? É horrível, é uma sensação horrível!”(A, 59 anos)*

A riqueza do seu relato mostra que as sensações físicas trazidas pela doença crônica são compreendidas e sentidas como algo muito ruim e desagradável. Ela descobriu posteriormente o diagnóstico de diabetes, o que provavelmente contribuiu ainda mais para o seu sofrimento. Porém, os significados atribuídos a essas sensações tornam as consequências do problema físico imensamente maior. Assim, o sofrimento psicológico, que pode incluir a doença crônica, se apresenta permeado por um caleidoscópio de sensações e pensamentos negativos que irão interferir em todos os outros aspectos da vida da pessoa. Nesse sentido, o medo, a angústia ou a falta de perspectivas contribuem para o agravamento do problema e a possibilidade de um transtorno mental mais grave.

Há uma tendência da vida moderna em naturalizar o sofrimento, em colocá-lo como doença, em “patologizá-lo”. Isso acontece quando o sofrimento é visto como fraqueza, como um aspecto que deve ser evitado a todo custo. No caso da tristeza, por exemplo, há uma forte tendência em denominá-la de depressão, quando na realidade há todo um contexto que gera a tristeza na vida de uma pessoa (BRANT & MINAYO-GOMEZ, 2004).

Fatos e acontecimentos significativos na vida da pessoa podem acarretar consequências indesejáveis e, por não conseguir elaborar essas questões, ela entra em sofrimento, muitas vezes, permanecendo nele por um longo tempo. Algumas pessoas até buscam outras saídas, mas outras permanecem caladas, o que contribui para não conseguirem a ajuda e o tratamento adequado.

*“A maior demanda aqui é de pessoas obesas e, nesses casos, as maiores queixas são de ansiedade. Mas, atendo também muitos hipertensos e suas queixas também são muito de ansiedade”* (nutricionista)

*“No geral, todas as especialidades são procuradas. Mas, psiquiatria está assim, uma coisa absurda, porque tem muita gente doente e tem dois psiquiatras que não estão dando conta!”* (gestora).

Não é nenhuma novidade que a demanda nos serviços de saúde pública é alta em praticamente todas as especialidades. Mas, nesses discursos, evidencia-se uma demanda específica que busca os serviços psicológicos e/ou psiquiátricos e que chama a atenção pelo caráter de doença que adquirem. Ou seja, o sofrimento psicológico acaba sendo rotulado como uma doença, que deve ser medicada e tratada assim como a diabetes e a hipertensão. Contudo, os sentidos e os significados atribuídos a esse sofrimento não são passíveis de tratamento medicamentoso. Nesse caminho, os psiquiatras se veem impossibilitados de resolver todos esses problemas. Por esse motivo, a demanda aumenta - cada vez mais - e a resolutividade é ínfima:

*“Muitas pessoas chegam aqui achando que tem problema de tireóide, mas num tem. Porque tudo elas acham que é da tireóide, porque são nervosas, acham que é da tireóide. Mas, às vezes, não tem nada a ver, elas são nervosas por outras coisas. É... outras chegam dizendo que tem um bolo aqui (aponta para a garganta) e quando a gente vai ver, esse bolo é devido ao nervosismo, não é pela tireóide, não tem nada a ver”* (médica, 36 anos).

De fato, ao responsabilizar as causas biológicas pelas sensações de mal-estar, torna-se muito mais fácil pensar na possibilidade de cura. Esse discurso coaduna-se com o modelo biomédico que perpassa as práticas mais tradicionais nos serviços de saúde (MEDEIROS, 2003; TRAVERSO-YÉPEZ, 2008). Porém, a própria médica entrevistada constata a presença de um sofrimento psicológico, denominado de nervosismo, mas que só é revelado devido à falta de evidência fisiológica para a pessoa sentir o que está sentindo.

*“Me sinto muito mal, desgostosa com a vida, não tenho vontade de sair, nem de fazer nada e nem de conversar com ninguém” (C, 42 anos).*

Nesse trecho, a usuária demonstra como o sofrimento psicológico contribui para um estado geral de infelicidade e tristeza que medicamento nenhum poderá melhorar. Embora evidentes nos citados discursos, o sofrimento psicológico tanto advém de problemas de diversas ordens quanto de sensações físicas causadas pela doença crônica, sendo que cada pessoa atribui diferentes causas ao seu sofrimento. A próxima seção aponta para essas questões, observando que nem sempre a pessoa reflete sobre aquilo que diz, a não ser quando é solicitada a conversar sobre isso.

## II. As causas atribuídas ao sofrimento psicológico

O simples fato de existir expõe as pessoas a situações que podem causar sofrimento. Historicamente, os contextos sociais e culturais têm contribuído sobremaneira para os vários tipos e intensidade do sofrimento psicológico. A forma com que as pessoas se relacionam com o mundo, com a realidade externa, as dificuldades de adaptação ou a não aceitação dessa realidade podem provocar algum tipo de sofrimento (DITTRICH, 1998).

Determinações sociais, econômicas, políticas e culturais exercem forte influência no que diz respeito à biologia humana e à herança genética (NUTBEAM, 1999). No processo saúde-doença, a dimensão do trabalho, da educação, da moradia, os aspectos nutricionais e sanitários resultam essenciais para garantir um significativo grau de saúde. Quando esses aspectos não são supridos de forma devida, pode contribuir para o mal-estar e o sofrimento psicológico.

Para alguns trabalhadores de saúde, as causas do sofrimento psicológico são muito claras:

*“É um universo de coisas, você, por exemplo, se você não tem uma realização profissional, você vai ter um sofrimento psicológico, se você é, ta passando por uma situação financeira apertada, você vai ter um sofrimento psicológico, se você teve uma perda familiar, você vai ter um sofrimento psicológico; então, várias situações, que, na maioria das vezes, não são rotineiras vão nos causar um sofrimento psicológico, podendo levar até a um transtorno psiquiátrico” (Enfermeiro, 36 anos).*

Percebe-se que os trabalhadores de saúde entrevistados possuem a sensibilidade para compreender a complexidade da situação daqueles que vivem seu cotidiano exposto às adversidades (MAEZUKA et al, 1999):

*“É ansiedade mesmo, ansiedade do dia a dia, da vida e tudo. E elas... essas pessoas não querem assumir isso, eu acho... tudo eles querem colocar para o lado.... que tudo é um problema físico, quando, muitas vezes, é emocional” (Médica, 36 anos).*

Tanto quando se lida com aspectos imutáveis da realidade, como a morte de um ente querido, por exemplo, como quando se depara com o próprio sentimento de autopiedade provocado pela dificuldade de alcançar a realização profissional, ambas as situações provocam um sentimento de limitação, de impotência e causa sofrimento.

A discussão sobre os determinantes sociais da saúde trazida por Wilkinson & Marmot (2003) aponta também para os aspectos sociais e econômicos que contribuem para o maior ou menor adoecimento das pessoas. O sofrimento psicológico, entendido como uma situação que interfere no cotidiano, é construído através dessas experiências que perpassam a vida diária, como as privações sociais e econômicas.

Dentre os determinantes sociais da saúde, destacam-se ainda as dimensões psicológicas e culturais. Nesse sentido, perceber a imperfeição dos seres queridos, a desvalorização e o fracasso do matrimônio contribuem para um profundo sofrimento psicológico:

*“Eu só comecei a sentir essas coisas depois que conheci ele, que passamos a morar juntos. Daí pra cá, tomo muitos remédios, tenho atestado e tudo” (C, 42 anos).*

Nesse caso, é evidente a concepção da participante sobre as causas do seu sofrimento, que não se refere especificamente a questões econômicas, mas à violência social e psicológica advinda de um relacionamento difícil, provavelmente fruto de uma vivência sociocultural ideologizada, que reforça a submissão da mulher ao marido. Diante disso, há a busca pelo especialista *psi* como aquele que vai “tratar sua vida”. Apesar de, reconhecidamente, estar sofrendo com as questões conjugais, é no especialista que se coloca a responsabilidade pela solução do problema, como se ele fosse capaz de fazer alguma “mágica”, para ajudar a minimizar o sofrimento. No discurso a seguir, observa-se a relação entre sofrimento e questões conjugais, em conjunto com a idealização do tratamento psiquiátrico:

*“Eu estou esperando ser atendida pela psiquiatra. Porque tive um problema muito grave com meu marido, sabe? Ele aprontou feio, com a minha filha adotiva, foi muito grave mesmo. Isso mais outras coisas que aconteceram na época e aí, eu tive um infarto. Aí, o meu cardiologista*

*me disse que eu estava precisando de um calmante. Ele media meu pulso e diz: você não relaxa nunca! Por isso, sua pressão está nas nuvens” (B, 60 anos).*

A participação das estruturas econômicas, as características sociais e a ideologia são destacadas por Illich (1975) como perceptíveis determinantes sociais que dão sentido ao sofrimento. As características do sofrimento psicológico serão marcadas pelo contexto sociocultural no qual a pessoa está inserida e, da mesma forma, esse contexto colocará sua marca nas maneiras, adequadas ou não, que as pessoas usam para encontrar alívio.

Assim, valores como o respeito pela integridade das pessoas ou a fidelidade vão sendo esquecidos e substituídos pelo desinteresse ou aceitação de todo tipo de abusos e formas de violência. E para aqueles que reclamam o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, resta-lhes a possibilidade de procurar auxílio nos especialistas para diminuir seu sofrimento.

Observa-se também, nas entrelinhas dos discursos, que os trabalhadores de saúde têm uma visão diferente no sentido de identificar outros fatores que não os biológicos na gênese do sofrimento psicológico. Isso aponta para a percepção de que o discurso sobre o processo saúde-doença, como um fenômeno multidimensional, começa a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, apesar de ainda não identificarem exatamente o que fazer diante dessas situações (AZEVEDO, 2010).

Segundo Nascimento (2003), ao se enfatizar apenas os aspectos biológicos, desconsidera-se ou minimiza-se a subjetividade produzida a partir de questões familiares e sociais, de modo que a tentativa de resolução desses problemas geralmente é feita através do consumo de diferentes medicações, incluindo os psicotrópicos. A medicação em si mesma não tem o poder de acabar com os problemas das pessoas, mas contribui para minimizar a necessidade de resolver situações, as quais, diversas vezes, estão totalmente relacionadas às condições precárias de vida.

### III. Os modos de lidar com o sofrimento psicológico

Não é nenhuma novidade afirmar que a prescrição de medicamentos e o encaminhamento a especialistas é a prática mais comum dos profissionais de saúde diante de casos de sofrimento psicológico (AZEVEDO, 2010; FONSECA, 2008; SILVEIRA, 2000). O próprio usuário procura o serviço de saúde em busca do alívio proporcionado pela medicação e, muitas vezes, ele mesmo define como vai usar o remédio:

*“Bom, eu fui encaminhada pelo cardiologista. Depois do enfarto, eu não conseguia relaxar e não dormia bem. Aí, ela passou um calmante. Porque se eu gosto de alguma coisa, é dormir. Eu gosto de dormir bem. Aí, eu tomo o remédio e durmo bem (...). A doutora acha que tomo direto, mas eu tomo somente quando eu preciso (...). assim, quando estou nervosa, tomo. E quando quero dormir e não consigo. Às vezes não tomo todo dia” (B, 60 anos).*

Esse discurso evidencia que a participante se reserva o direito de usar a medicação segundo seu próprio critério. De um lado, denota certa autonomia diante do problema e uma necessidade de controlar, minimamente, a sua situação. Por outro lado, denuncia a impossibilidade de controle por parte do profissional de saúde que prescreve a medicação e não tem como saber como está sendo usada. Essa situação é muito comum e tem gerado consequências como dependência medicamentosa e medicalização da vida, ou seja, toda e qualquer dificuldade torna-se alvo de intervenção médica especializada (ILLICH, 1975).

A procura por psicólogos e psiquiatras também é bastante comum nos serviços de saúde. O contexto pesquisado oferece atendimento de psicólogos e psiquiatras e, cotidianamente, se encontra no serviço significativa quantidade de pessoas esperando pelo atendimento desses profissionais. O que chama a atenção é a maneira como os usuários se posicionam diante desses profissionais:

*“Porque preciso de tratamento com o psicólogo e o psiquiatra para tratar da minha vida, porque me sinto aperreada e agressiva por causa do meu companheiro de casa. Ele me bate, xinga, já tentou me matar várias vezes, eu mando ele sair de casa e ele não sai, traz outras mulheres lá para casa, é horrível!” (C, 42 anos).*

De forma evidente, C se coloca nas mãos dos profissionais *psi* para “tratar de sua vida”, ou seja, há uma necessidade de que o outro assuma as rédeas de sua existência, denotando certa desapropriação de si mesma. Para Fonseca (2008), a situação de violência doméstica é um tipo de experiência fragilizadora que, em longo prazo, contribui para cronificar o sofrimento. Nesse sentido, a intervenção no caso de C deveria se centrar na orientação e no acompanhamento jurídico, mais do que propriamente psiquiátrico.

Situações como a descrita anteriormente ajudam a compreender que o sofrimento psicológico não é uma escolha individual. Qual pessoa não estaria sofrendo diante de semelhante situação? No entanto, as pessoas procuram o especialista *psi* para resolver as angústias decorrentes da situação de violência, a qual continua lá, se agravando cada vez mais. Ou ainda, o usuário busca o especialista para que esse resolva de uma vez por todas essa situação que ele próprio, usuário, não consegue controlar.

Contudo, observam-se outras práticas emergindo nesse contexto, diferentes da mera prescrição de medicamentos. Tal é o caso de um enfermeiro que sofria de ansiedade e foi procurar a médica:

*“(...) aí, ela (a médica endocrinologista) descobriu (a ansiedade), passou uns livros para eu ler e aí, eu fiquei bom”* (enfermeiro, 36 anos).

Nesse caso, abre-se uma questão: a médica orientou leituras para o participante em função de este ser colega de trabalho, com educação superior? Será que esse tipo de prática poderia ser direcionado para outras pessoas em sofrimento? Alguns profissionais de saúde manifestam sua preocupação em superar a tradicional prescrição de medicamentos:

*“Eu procuro orientar, né, dizer a elas para se acalmar e tudo, que os problemas delas não é nada físico. Algumas vezes, eu aconselho procurar a psicologia. Eu já recebi uma paciente há pouco tempo atrás e ela dizia que não conseguia dormir e que... ela achava que tudo isso era da tireóide, perguntei se ela não queria ir para uma psicóloga (...)”* (médica, 36 anos).

*“A forma como eu lido é de acordo com a minha área, a partir dos meus conhecimentos, eu busco fazer o melhor para eles. Passo a dieta e os oriento de forma a trazer um novo estilo de vida para eles”* (nutricionista, 49 anos).

O cuidado que se deve ter nesses casos é refletir e analisar que orientações estão sendo passadas aos usuários e como essas ações são realizadas. Isso porque, muitas vezes, tais orientações podem adquirir um caráter vertical e prescritivo, distante da realidade cotidiana dos usuários. Nesse caso, tal orientação não terá nenhum sentido para o usuário, principalmente se ele compartilha da ideia de que o medicamento é mais eficiente do que uma boa conversa.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo desse trabalho foi caracterizar o sofrimento psicológico de usuários de um serviço de saúde pública e identificar como são percebidos pelos trabalhadores de saúde. Nesse intuito, foram primeiramente analisados os discursos de usuários e profissionais para reconhecer o sofrimento psicológico emergente neles.

Assim, percebe-se que, para alguns participantes, o sofrimento é caracterizado por medo, angústia e interpretações subjetivas do caleidoscópio de sensações decorrentes de doenças crônicas. Em outros casos, se vislumbra uma forte insatisfação por não atender aos modelos definidos pela sociedade, bem como um sentimento de inadequação diante das demandas sociais. Nesses casos, o sofrimento psicológico é muito mais generalizado, podendo ser desconsiderado pelo outro como algo digno de atenção. Isso pode contribuir para que muitos participantes compreendam seu sofrimento como doença e procurem

constantemente os profissionais de saúde, sobretudo psicólogos e psiquiatras, em busca da respectiva cura.

O segundo objetivo foi analisar as causas atribuídas ao sofrimento e as maneiras de lidar com ele. Nesse sentido, percebe-se que os determinantes sociais da saúde, associados às especificidades culturais são, repetitivamente, assinalados por usuários e profissionais como causadores de sofrimento, sem, contudo, serem reconhecidos como tais. Assim, destacam-se aqui questões ideológicas que apontam para as diferenças de gênero como a desigualdade entre homens e mulheres geralmente expressa, por exemplo, pelo machismo. A ideologia patriarcal, forjada especialmente para dar cobertura a uma estrutura de poder, consolida diferenças de valor entre o masculino e o feminino, gerando desigualdades, nas quais os homens detêm o poder e as mulheres, em geral, se posicionam como subordinadas, assumindo uma posição passiva diante da vida.

Os próprios profissionais de saúde participantes do estudo apontam outras explicações que não as biológicas para o sofrimento. Essa perspectiva pode contribuir para práticas de cuidado mais focalizadas no sofrimento da pessoa e não só em seus sintomas físicos. Contudo, ainda há dificuldade em se pensar intervenções realmente condizentes com as necessidades dos usuários.

Essa situação responde ao objetivo final do trabalho, já que permite compreender como os trabalhadores de saúde percebem os usuários em sofrimento psicológico e qual o tipo de intervenção que eles oferecem. No entanto, é evidente a falta de programação que oriente novas práticas de cuidado para atender essa demanda. Frente a essa dissonância, o caminho da prescrição de psicofármacos resulta por ser o mais trilhado. Ou então, orientações de diversas ordens, mas normalmente baseadas na experiência de vida do profissional e não na compreensão da problemática do usuário.

A pesquisa realizada permitiu refletir sobre a necessidade de se pensar intervenções que apontem a consolidação dos processos de autonomia dos usuários dos serviços de saúde, que favoreçam o cuidado de si, sem delegar essa responsabilidade aos mecanismos medicalizadores e sem culpabilizar os profissionais por todas as deficiências do sistema.

De modo geral, considera-se a necessidade de se analisar as práticas de saúde desenvolvidas no SUS. Em relação ao cotidiano de trabalho, torna-se essencial questionar os modelos pré-estabelecidos de cuidado, no sentido de incluir discussões sobre o sofrimento psicológico, suas causas e consequências.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.F.M. **Nervos:** rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.

BRANT L, Minayo-Gómez c. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**; 2004. 9(1):213-223.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

DANTAS, M. A ; TOBLER, V. L. **O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura de consumo**. Artigo apresentado no Congresso da ABRAPSO, Brasil, 2003.

DAVIS, D. & LOW, S. (org.) **Gender, health and illness: The case of nerves**. Nova York: Hemisphere Publishing Co., 1989.

DITTRICH, Alexandre. Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: ação, renovação e libertação. **Psicol. cienc. prof.**, v.18, n.1, p.46-55, 1998.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nemesis da medicina**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FONSECA, M. L. (2008) Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: Uma revisão da perspectiva do nervoso. In: E.M. Vasconcelos (org.) **Abordagens psicossociais vol. II: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 171-228.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LOCKE, T. **Critical discourse analysis**. London/UK: Continuum International Publishing Group, 2004.

MAEZUKA, A. T.; BELLESO, M.; RIBEIRO, M. A. & NAVES, T. M., 1999. **Estudo do Projeto "Favela dos Gatos"**. São Paulo: Centro de Saúde-Escola Barra Funda/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MEDEIROS, L.F. (2003) **Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado:** Um estudo sobre a doença dos nervos. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.

MIGLIORE, S. “Nerves” – The role of metaphor in the cultural framing of experience. **Journal of contemporary ethnography**. v . 22, n.3, p. 331-360, 1993.

NASCIMENTO M. C. **Medicamentos:** ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NUTBEAM, D. Health Promotion Effectiveness. In: International union of health promotion and education (IUHPE). **The evidence of health promotion effectiveness**. Brussels: European Commission, 1999.

PHLLIPS, N. & HARDY, C. **Discourse analysis**: Investigating processes of social construction. Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods, vol.50. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.

SAWAIA, B. B. Psicologia social: aspectos epistemológicos e éticos. In: LANE, Silvia T. M. ; SAWAIA, Bader B. (orgs.) **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUC Brasiliense, 1995.

SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala**: A linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SPINK, M. J. P. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez. 1999.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. **A psicologia social e o trabalho em saúde**. Natal/RN: Edufrn, 2008.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MEDEIROS, L.F. Tremendo diante da vida: Um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Interações IX**, n.18, p.87-108, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública/RJ**, v. 20, n.1, p. 80-88, 2004.

WILLIG, C. **Introducing qualitative research in psychology**. Adventures in theory and method. Buckingham: Open University Press, 2001.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (ed.) **Social determinants of health**: the solid facts. Dinamarca: WHO, 2003.