

QUAIS SUAS QUEIXAS? PACIENTES HIPERUTILIZADORES NA ATENÇÃO BÁSICA

Carolina Kist¹

Altamir Dutra Trevisan²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender os motivos pelos quais as pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Noeli Berger Diel, do bairro Bela Vista, localizada no município de Maravilha (SC), retornam frequentemente para consultas médicas em um curto período de tempo. Dentre elas, cinco foram selecionadas para participar da presente pesquisa. O estudo analisou o perfil dessas pacientes através de entrevistas semiestruturadas, com enfoque no método de pesquisa qualitativo descritivo, utilizando a análise de conteúdo de Bardin. Os dados colhidos foram analisados e, com isso, organizados em categorias definidas *a posteriori*. Conclui-se que, na Atenção Básica, a criação do vínculo, acolhimento, autonomia, valorização da subjetividade e das necessidades singulares de cada sujeito são pontos de partida para qualquer intervenção que possibilite o cuidado centrado no usuário.

Descritores: Atenção Básica. Hiperutilizadores. Acolhimento.

ABSTRACT

This paper's goal is to comprehend the reasons the patients of Unidade Básica de Saúde (UBS) Noeli Berger located on Bela Vista, Maravilha/SC, frequently return to medical appointments in a short period of time. Amongst the patients, five were selected to be subjects in this research. The study analyzed these patient's profile through semi-structured interviews, focused on the qualitative descriptive research method, utilizing Bardin's content analysis. The gathered data was analysed and sorted in categories chosen *a posteriori*. The conclusion is, during Atenção Básica (Primary Healthcare), there is need for bonding, sheltering, autonomy, appreciation to subjectivity and to the particular needs of every subject. These are starting points for any intervention that enables the user-centered care.

Descriptors: Primary Healthcare. Hyperusers. Sheltering.

INTRODUÇÃO

O objetivo da presente pesquisa foi analisar os motivos relatados por pacientes que retornavam frequentemente para atendimento médico na Unidade Básica de Saúde (UBS) Noeli Berger Diel, no município de Maravilha (SC).

¹ Estudante do **CURSO DIRECIONADO DE ESPECIALIZAÇÃO UNIEDU/FUMDES EM SAÚDE PÚBLICA: ATENÇÃO BÁSICA**, bolsista UNIEDU/FUMDES, promovido pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* <kist.kisth@gmail.com>.

² Doutor em Saúde Coletiva (UNIFESP), professor na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* <miridutra@unochapeco.edu.br>.

“Existe evidências de que os grandes utilizadores de consultas tendem a ter taxas elevadas de doenças crônicas, sofrimento emocional, doenças mentais e problemas psicossociais.” (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012, p. 143).

Para Ramos e Carrapiço (2012, p. 144), “[...] as pessoas hiperutilizadoras persistentes devem ser alvo de atenção e intervenção. Quanto aos problemas de saúde mental (especialmente a ansiedade) e problemas sociais na persistência de procura frequente de consultas.”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde é “[...] um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença.” (WHO, 1998, p. 2).

Nesse sentido, a Atenção Básica é caracterizada por ações coletivas e individuais, que abrangem promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral e os condicionantes de saúde das coletividades. A Atenção Básica oferece instrumentos para ações integrais e multidisciplinares que incluem as experiências humanas e subjetivas, sociais, políticas, econômicas e culturais, produzindo os saberes dos serviços da saúde em diferentes campos do conhecimento, no intuito de promover hábitos e estilos de vida saudáveis e comportamentos seguros. Ela não é voltada para uma determinada doença, mas sim para aumentar a saúde e bem-estar geral de um indivíduo (físico, mental e social) (BRASIL, 2012).

Segunda Vianna (2012), ao prestar assistência a um usuário é necessário considerar quem é esse sujeito. O ser humano é complexo, subjetivo e singular, não há como considerar sua totalidade em uma única definição. Precisa-se levar em conta suas experiências pessoais, sua cultura, crenças, valores, o que lhes interessam e o que ignoram, pois cada um de nós dá um sentido para aquilo que nos é apresentado. Para cuidar de uma pessoa, é necessário considerar o estilo de vida escolhido por essa, pois é alguém carregado de significados únicos capazes de interferir na qualidade do cuidado prestado.

METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado foi qualitativo descritivo, que, para Spindola e Santos (2003), baseia-se no conhecimento das experiências de um indivíduo, tal como ela é interpretada e percebida por aquele que o narrou.

O estudo foi realizado com cinco usuárias das ações e serviços de saúde da UBS Noeli Berger Diel, localizada no bairro Belo Vista no município de Maravilha. Essas cinco mulheres foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: possuir idade entre 25 a 70 anos e terem procurado atendimento médico mais de dez vezes em um período de cinco meses (janeiro a maio) no ano de 2018. Como auxílio para essa seleção, houve a participação das profissionais de saúde da UBS e a pesquisa dos prontuários para encontrá-las.

As entrevistas realizadas classificam-se como semiestruturadas com enfoque no método de análise de Bardin. Ao transcrever os dados colhidos foram elaborados alguns tópicos conforme os conteúdos advindos das entrevistas, com núcleos temáticos. Os temas que surgiram foram agrupados em subtemas e comparados com as interpretações do significado obtido através da síntese do referencial teórico (SANTOS; SANTOS, 2008).

Ao transcrever as entrevistas, tratadas na Língua Portuguesa, temos a:

Oportunidade de relembrar o momento do encontro e a emoção que ele comporta, que, muitas vezes, fica contida nas entrelinhas, no não dito, nas palavras entrecortadas por lágrimas e silêncio. A postura do entrevistador de respeito, cumplicidade e até mesmo, em algumas situações, chegando a se emocionar diante das falas contribui para a riqueza das informações obtidas. É um momento de extrema sensibilidade em que as emoções afloram. (SPINDOLA; SANTOS, 2003, p. 125).

Após a transcrição das entrevistas, foram escolhidas duas categorias principais: “história de vida”, do qual seus subtemas foram determinados por alcoolismo, luto, autossabotagem, doenças psicossomáticas e suporte espiritual; e “os profissionais e os serviços”, por um único subtema com a temática sobre acolhimento e familiaridade.

Vale ressaltar que, na realização de qualquer pesquisa, precisa-se respeitar as diretrizes e normas estabelecidas. As participantes estão cientes do propósito

que se buscou nessa pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento, que foi elaborado em duas vias, sendo uma entregue à entrevistada (SPINDOLA; SANTOS, 2003). As vias foram assinadas no momento da entrevista na própria UBS. Já o Termo de Consentimento da Instituição foi assinado pela responsável da Secretaria da Saúde do município envolvido e pela enfermeira responsável pela UBS semanas antes das entrevistas serem realizadas.

Nesse contexto, manuseei um gravador de áudio para absorver um melhor detalhe nas falas. Para Santos e Santos (2008), a gravação permite que o entrevistador possa ouvir, intervir e observar com mais atenção os pontos relevantes do objetivo procurado, a comunicação não verbal, as entonações de voz e o silêncio.

No estudo, as participantes receberam nomes fictícios para manter o sigilo da identidade das mesmas, sendo utilizados os seguintes nomes para representá-las: Lúcia, Angélica, Antônia, Joana e Clara.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UBS Noeli Berger Diel (UBS) atende aproximadamente 4.200 pessoas de uma população estimada, segundo o IBGE (2018), de 25.403 habitantes. Possui uma estrutura física de dois consultórios; sala de vacina; consultório odontológico; sala de espera; sala de despensa de medicamentos; sala de D.M.L.; almoxarifado; sala de acolhimento multiprofissional; sala da enfermeira; de curativo; de esterilização; reunião; expurgo; sala de observação; copa; recepção e cinco banheiros, sendo ofertados serviços de atendimento com a enfermagem; com o clínico geral; ginecologista; pediatra; odontologista e nutricionista, além de ações com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); grupo de tabagismo vinculado ao município; grupos de saúde mental; gestantes; hipertensos e diabéticos.

Na UBS, as mulheres selecionadas para o estudo, segundo os critérios estabelecidos anteriormente, foram cinco, com um número de consultas variando entre dez a 18 no período de cinco meses, a partir do que consta em seus prontuários. Possuem de 33 a 63 anos de idade, donas de casa, com escolaridade entre 1º e 2º grau incompleto e 2º grau completo.

HISTÓRIA DE VIDA

No decorrer das entrevistas, as usuárias relataram queixas de suas vidas pessoais, sofrimentos que estavam além do esperado para a entrevista. Por esse motivo, a necessidade dessa temática.

Alcoolismo

A família é entendida como um grupo que influencia na adaptação e no desenvolvimento de seus membros e também apresenta fatores de adversidade e proteção ao processo de saúde e doença nesses. Assim, ao ponderar o alcoolismo no contexto familiar, todos os integrantes sofrem descargas destrutivas, pois conviver com um alcoolista resulta em uma vida tumultuada, com mentiras, inseguranças, medos, negações e vergonha (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Lúcia e Clara foram duas das entrevistadas que relataram sobre a presença do alcoolismo em suas famílias. Lúcia era casada com um homem alcoolista.

Cansei de levar soco, apanhar na frente das crianças e elas querendo me defender, eles vinham pra acudir, mas não adiantava. Foi uma época que eu sofri bastante. [...] Ele batia nas crianças [respira fundo], ele batia no meu enteado com fio de luz, de escorrer sangue. (Lúcia).

Por consequência, o Conselho Tutelar afastou seus filhos do casal por um determinado tempo, o que fez com que ela escolhesse outro caminho, divorciando-se e procurando uma vida melhor para ela e seus filhos:

Fiquei sete meses longe dos meus filhos. Foi uma situação complicada, mas graças a Deus hoje estou de pé [...]. Quando ele me aprontou essa de me tirar as crianças, foi a gota d'água! [enche o peito de orgulho]. (Lúcia).

Já Clara permanece em seu casamento, pois, segundo ela, seu cônjuge não é mais um alcoolista:

Agora não, graças a Deus, mas ele bebia bastante. Eu sofri! (Clara).

Mas sente imensamente a perda que teve por conta disso:

Aí os filhos começaram sair. [...] [gagueja, chora] Eles não gostavam mais do pai. [...] Eles não queriam mais viver com o pai. (Clara).

Existe um funcionamento patológico com relação à comunicação em famílias disfuncionais, pois há uma ausência na expressão de sentimentos, opiniões ou formas de ser ouvido, o que afeta tanto na interação familiar quanto na sociedade como um todo. É um cotidiano instável e conflituoso que gera um ambiente hostil e ameaçador, que conduz ao isolamento social (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Os filhos de pais alcoolistas são submetidos a altos níveis de agressividade e conflitos, há uma falta de suporte familiar, depressão de um dos pais e dificuldades financeiras, o que contribui para que esses filhos desenvolvam sintomas depressivos, ansiedade, problemas de aprendizagem e de comportamento, levando ao adoecimento da família inteira (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Ele não gostava do pai dele, e a proposta que ele me fez foi de que ou eu o deixava ir morar com o irmão ou ele faria algum dano para o pai. (Clara).

Em seus discursos, percebe que ela tentou se divorciar várias vezes, mas acabava retornando:

Eu tinha saído de casa duas vezes, mas eu nunca trabalhei fora, porque casei e comecei ter filho. O trabalho mais pesado que eu tive foi tirar a água do poço pra lavar as roupas deles. Então a gente se obriga, né? Ia fazer o que?! Eu tinha os filhos e a gente sempre tem esperança de que vai mudar, mas não muda, briga de noite, no outro dia tá bonzinho... (Clara).

Segundo Manguiera e Lopes (2014, p. 153), a família está sempre submetida a processos de mudança, assim, a “[...] resiliência familiar emerge como um processo de adaptação aos eventos estressores que ultrapassam o simples ajustamento, porquanto envolve a mudança de crenças e de visão de mundo.” O divórcio é um processo difícil que envolve muitas questões, tanto a financeira quanto a esperança de que as coisas irão melhorar.

“Os familiares de alcoolistas manifestam dor, frustração, tensão, culpa, mau humor, impotência, solidão, desconfiança, raiva, ansiedade, angústia, insegurança,

isolamento emocional, desesperança e diminuição da autoestima.” (MANGUEIRA; LOPES, 2014, p. 153).

Pelo fato de seus filhos terem passado por dificuldades durante o período em que conviveram em família, Clara, até hoje, carrega culpa e arrependimento em ter mantido esse relacionamento.

O mais difícil pra mim foi o jeito que eu criei eles [chora], ninguém deveria criar os filhos assim. Se a pessoa quer mudar, ficar com Deus, tudo bem! Mas se não quer, largue e vai cuidar dos filhos. Eu sofro hoje, eu sofro! Eu não posso começar pensar nisso... [chora]. Eles não tiveram uma vida boa [suspira fundo, em sua postura e em sua voz percebe-se que sente peso e dor], sem ter um pai e uma mãe que sentassem com eles, ensinar coisas boas. (Clara).

Nessa temática nota-se o quanto a presença de um alcoolista na família influencia em uma desestrutura psicológica em seus membros, o que pode ocasionar em anos de sofrimento emocional e em uma vida desequilibrada.

Luto

Duas entrevistadas trouxeram sobre a questão da morte de entes queridos, o que ficou bem acentuado em suas falas, pois elas ainda estão vivenciando esse processo do luto. Ao questionar Joana sobre quais os motivos que lhe trouxeram para atendimento na UBS nos últimos meses, ela não relata sobre dores físicas, mas vai direto ao ponto:

Primeiro eu perdi minha mãe, depois de um tempo descobri que estava grávida e a criança também veio a óbito. Em seguida, olha, é terrível! Enterrei meu pai! (Joana).

Desde o nascimento, o ser humano enfrenta perdas e lutos com níveis de maior ou menor sofrimento, sendo a elaboração dessas perdas um elemento fundamental no processo de desenvolvimento do sujeito (CONSONNI; PETEAN, 2013).

O luto é definido como um processo ligado à perda de um objeto do qual é investido de energia psíquica pelo sujeito, seja esse objeto uma pessoa amada, seja um ideal ou um trabalho que exigiu muito investimento (SILVA; ULHÔA, 2015).

O luto é uma reação natural e esperada no rompimento de um vínculo e que afeta várias áreas da vida do indivíduo. Segundo Consonni e Petean (2013, p. 2664), “[...] quando se trata da perda de uma pessoa significativa, o vínculo com ela permanece internalizado no enlutado e é ressignificado ao longo do processo.”

A entrevista com Joana girou exclusivamente em torno de suas perdas, com falas marcantes de depressão do humor. Ela sempre retornava ao fato da morte de sua mãe, mesmo que tentasse gastar energia pensando em outras coisas, não conseguia desviar o foco dos pensamentos e da dor que sentia.

Eu tinha perdido minha mãe, então a dor que eu sentia tinha colocado naquele momento. De lá pra cá eu até fiquei com medo de mim, aquela pessoa muito emocional, muito coração, parece que quebrou, fiquei totalmente fria. [...] Coisas que me emocionavam antes em um filme, bobagens, ou ver alguém passando uma situação na minha frente. Tudo bem! [demonstrava indiferença, dando de ombros]. (Joana).

A perda de uma pessoa significativa inclui reações de impedimento das funções diárias, isolamento, pensamentos intrusivos e sentimentos de saudade e tristeza (SILVA; ULHÔA, 2015).

Eu me isolei bastante da família. (Joana).

Os relatos de perda expõem períodos de intenso sofrimento, marcado por lembranças, fantasias e questionamento acerca das experiências vividas e da dúvida de que talvez algo poderia ser feito para impedir a morte daquela pessoa significativa. Nessa busca de sentido, Joana apresenta falas em relação à perda de seu bebê.

Ter estrutura pra cuidar de si, cuidar da casa, cuidar da perda de uma criança, ainda mais porque o médico fez a ultrassom, me mostrou o tamanho da criança. Mas como meu emocional estava abalado, eu não me cuidava. Nunca que eu iria permitir que acontecesse algo assim se eu soubesse. Ele mesmo falou que se eu soubesse, eu ia me cuidar, provavelmente isso não teria ocorrido. (Joana).

A busca de um “porque” teve grande destaque nos relatos. Segundo Consonni e Petean (2013, p. 2667), “[...] após a morte de um ente querido, as pessoas são muitas vezes impelidas de buscar um sentido, tanto para a perda,

quanto para suas vidas.” A construção de um significado para a morte é de fundamental importância para o processo de elaboração do luto, pois se torna terapêutico e reduz o sofrimento. Porém, respostas autocolpabilizantes podem se tornar uma grande dificuldade no processo, agravando ou prolongando os sintomas de dor e sofrimento (CONSONNI; PETEAN, 2013).

O luto não é linear, não há data para uma determinada duração, é subjetivo e varia da personalidade individual e do nível e intensidade de relação que o sujeito manteve com o falecido (MENEZES; LOPES, 2014).

Angélica é uma mulher idosa, que estava vivenciando um processo de várias perdas.

Em dois meses nós perdemos quatro pessoas na família, um sobrinho, uma sobrinha, meu cunhado e minha cunhada, foi um baque. Minhas irmãs se desesperaram e a gente fazia de tudo pra dar força. Mas agora está vindo tudo pra mim, porque agora eu tenho que chorar! Como ontem, meu Deus! Eu tinha que chorar, parecia que ia acontecer alguma coisa. Morria um, depois outro, foi muito rápido! Foi enterrado um em uma semana e outro na outra. Aí quando eu pensava que ia aliviar, aí a cunhada faleceu. (Angélica).

A morte se desvela como uma perda, principalmente aquela experimentada pelos que ficam. A pessoa idosa vivencia a morte diante das perdas que vão se acentuando no processo do envelhecimento, o que lhes configura com a proximidade da própria morte, despertando sentimentos de medo, raiva, impotência e insegurança.

Tem mais um sobrinho que está com câncer e se tratando em Passo Fundo. O telefone toca e a gente já fica com aquela angústia. (Angélica).

“O morrer, além de ser um processo biológico, apresenta-se como uma construção social. Dessa forma o processo do morrer pode ser vivido de distintas maneiras, de acordo com os significados compartilhados por essa experiência.” (MENEZES; LOPES, 2014, p. 3310).

No decorrer da entrevista, Angélica se apresentava como uma mulher que aguenta a dor:

Eu não gosto de esperar pelos outros. A gente é acostumada a se virar desde criança. Na gravidez eu não me cuidava, sempre fazendo meu serviço, cuidando das crianças, indo na roça, sempre me virando, eu lavava, roçava, carpia e triava milho. (Angélica).

E ao relatar sobre as perdas na família, novamente se coloca como uma pessoa forte para proteger os outros, como na fala a seguir. Porém, quando ela finalmente consegue demonstrar seus sentimentos de dor através do choro:

Minha irmã não se conformava de jeito nenhum, ela gritava, se arrancava os cabelos, grita pedindo o porquê! E eu me segurava para ser forte por ela, mas agora tá pegando! Eu tenho depressão, já tinha! Tomo remédio! Até o médico disse: 'olha, se tu continuar assim, começa tomar dois comprimidos'. Porque eu estava tomando somente um. (Angélica).

Percebe-se que ela é impedida de sentir, de chorar e de elaborar o luto que está sofrendo. Querem que ela tome um medicamento que a faça “engolir” suas emoções, o que só irá prejudicá-la futuramente, pois são características de uma doença psicossomática (que será tratado em um tópico posterior).

Precisamos considerar o impacto da morte, somadas a tantas outras dificuldades decorrentes de alterações físicas. “No processo de luto, quanto maior o investimento afetivo, maior será a energia para o desligamento.” (OLIVEIRA, 2006, p. 13 *apud* MENEZES; LOPES, 2014, p. 3314).

Autossabotagem

Para Rosner e Hermes (2010), o ser humano possui uma incrível capacidade de encontrar maneiras de proteger e defender sua integridade, cada um com sua história singular. “A necessidade de sobrevivência, de testar limites, de encontrar desculpas e racionalizações para ter controle são tão variadas quanto são as pessoas.” (ROSNER; HERMES, 2010, p. 25).

A autossabotagem se caracteriza por comportamentos repetitivos, mesmo que devastadores para o indivíduo, em que muitos deles, ou a maior parte, estão quase que totalmente fora do domínio da consciência. São conflitos do passado, sentimentos traumáticos, experiências e memórias que não foram resolvidas e acabam sendo internalizadas. Portanto, o indivíduo acaba por repetir determinados comportamentos de forma inconsciente, ou seja, ele não se dá conta de que está repetindo, na esperança de que será capaz de resolver o conflito passado (ROSNER; HERMES, 2010, p. 25).

Clara foi a única entrevistada que deixou esse temática bem latente. Ela apresenta uma imagem de uma pessoa indefesa e frágil desde sua infância. Em vários momentos da entrevista, não é possível entender e ouvir o que ela relata, por conta de seu tom de voz baixo e suave.

Quando eu era pequena a mãe pedia para limpar a casa, eu dizia que não podia porque minhas pernas doíam, aí ela me chamava de preguiçosa, me xingava. [...] Então ela mandava minha irmã fazer as coisas mais pesadas e eu fazia as coisas mais leves, minha irmã tinha mais força e vontade que eu. Eu tinha vontade, mas não conseguia. (Clara).

Segundo Rosner e Hermes (2010), muitas vezes as pessoas obtêm mais ganhos se mantiverem determinados *status*, elas sabem, sentem e querem mudar tal comportamento, mas adquirem ganhos secundários e não podem arriscar se livrar deles. E, frequentemente, utilizam de enfermidades inexplicáveis para conquistá-los.

Faz tempo que eu tenho essas dores, um médico de São Miguel disse que poderia ser fibromialgia, mas outra médica disse que tenho dores na carne, no músculo. [fala incompreensível] Aqui assim [mostra o local que sente dor], no pescoço, na cabeça. (Clara).

O ganho secundário de Clara também pode ser visto em seu relacionamento, quando relatou não conseguir se divorciar (que foi apresentado na temática sobre alcoolismo), pois o sucesso dá muito trabalho, “[...] a necessidade de segurança e de dependência superam a liberdade de explorar, e nós acabamos sufocando, e até destruindo, os desejos criativos.” (ROSNER; HERMES, 2010, p. 46).

O índice de divórcios é assustador, pois evidencia o fracasso em muitos casamentos. E o problema está nas expectativas inconscientes sobre o parceiro, que são irreais e distorcidas. Nesse sentido, o cônjuge se torna em mais uma esperança impossível. “Será que existe alguém que foi desprezado e indesejado por sua família de origem e cresceu procurando por aquele amor parental incondicional – esperando encontrá-lo no cônjuge?” (ROSNER; HERMES, 2010, p. 48).

Eu casei sem saber fazer nada, nem comida, nem lavar roupa, nem nada... Casei pra sair de casa, porque o pai bebia. Achei que casar seria um mar de rosas e acabei cansando com um bêbado. Aí veio filho, filho, filho. Eu não entendia nada de anticoncepcionais. Morava com a sogra, sofria com a sogra. Eu não comia, me fazia mal, azia, o comprimido não pegava no estômago. Então tive cinco filhos. (Clara).

Percebe-se que Clara cresceu em um lar no qual não lhe agradava, pois seu pai era alcoólatra e sua família era desajustada. Buscou por um parceiro que lhe oferecesse a estabilidade que não conseguia em sua família de origem. Porém, quando o cônjuge se revela incapaz de oferecer o que ela deseja, Clara se decepciona. Além disso, fica aparente em suas falas que ela casou para sair de casa por conta de seu pai e acabou se casando com um homem que possui as mesmas características que ele.

Não se pode saber exatamente quais os motivos inconscientes para Clara ter se casado com um homem com as mesmas características de seu pai, pois somente muito tempo em tratamento psicológico que se pode descobrir. Porém, se pensarmos prematuramente, em suas falas, ela apresenta traços de que foi para resolver algum conflito que não conseguiu resolver com seu pai, tanto no papel de filha quanto no papel de sua mãe, da qual Clara aparenta possuir as mesmas características.

Doenças psicossomáticas

A psicossomática é entendida como uma doença orgânica com origem psicológica e repercussões afetivas. É uma relação entre mente e corpo, em que as variáveis psíquicas são introjetadas às orgânicas (CERCHIARI, 2000). Para Cordeiro e Ortiz (2015, p. 84), é a “[...] maneira como os pacientes lidam com o sofrimento, que privilegia o sofrimento do corpo biológico em detrimento do sofrimento psíquico.”

Os fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo. Uma reação do sujeito diante das situações vividas como ameaçadoras pelo difícil controle das emoções dolorosas. Nesse sentido, duas das entrevistadas trouxeram relatos referentes a essa temática, uma fala sobre dores físicas sem uma origem específica e outra sobre tensões emocionais que desencadearam em problemas fisiológicos.

Era nervos, atacava tudo. Às vezes parava no hospital. Um médico disse que não sabia mais o que fazer. [...] Atacava-me os nervos, eu ficava nervosa, de noite passava mal e ia para o hospital. Com gastrite nervosa, dor no estômago. (Lúcia).

Lúcia, por conta de todo estresse que vivenciava com seu ex-cônjuge, passou a apresentar sintomas físicos desse sofrimento, como percebemos em sua fala anterior.

A tensão emocional proveniente de conflitos ou afetos específicos estimula a função de órgãos específicos, ou seja, passam de um sintoma psicológico para um sintoma orgânico (CERCHIARI, 2000).

Clara não conseguia identificar conscientemente o motivo de suas dores, das quais estão presentes desde sua infância. Ao questionar o motivo de sua procura para atendimento na UBS, suas dores no corpo são a principal queixa.

Dores no corpo, nos músculos, nas juntas, na coluna. [...] Fiz exames, mas só deu que a tireoide está baixa e a diabete esta um pouco alterada. [...] Na verdade eu nunca sobre explicar porque eu tive isso. (Clara).

Segundo Cerchiari (2000), na teoria psicanalítica, a psicossomática tem origem no inconsciente, em que o corpo ou órgão específico facilita a expressão simbólica do conflito psicológico inconsciente, cuja finalidade é expressar e aliviar tensões emocionais através dos sistemas neuromuscular voluntário ou perceptivo.

Como vimos em várias falas de Clara, nos tópicos anteriores sobre alcoolismo e autossabotagem, desde muito nova ela sofria negligências com seu pai alcoolista, que foi quando as dores começaram. Ela passou a desenvolver sintomas físicos sem qualquer explicação de sua origem. Clara não podia ajudar sua mãe na limpeza da casa e nem mesmo caminhar um longo percurso por conta de suas dores, o que persiste até hoje (após casar-se com um homem alcoolista).

As pessoas falavam que era por ser preguiçosa. [...] Agora eu até digo que não é fibromialgia, que é a coluna, porque a coluna envolve bastante coisa. [...] Eu sempre estava cansada, sempre cansada! Eu vinha da aula agarrada no braço na minha irmã, chorava na estrada de cansada. (Clara).

Segundo Galdi e Campos (2017), a psicossomática se deve ao conceito de uma transposição de um conflito psíquico para sintomas somáticos, motores ou sensitivos, na tentativa de resolvê-lo.

Porém, novamente precisamos salientar que os verdadeiros motivos de Clara só poderiam ser realmente analisados e identificados após muito tempo em tratamento psicológico.

Suporte espiritual

O atual contexto da pós-modernidade sociocultural coloca o ser humano numa situação de desamparo e ansiedade existencial. Frente a isso, houve um crescimento na busca de valores religiosos, o que nos faz pensar em saúde e bem-estar como uma forma de integração entre o bio-psico-socio-espiritual do ser humano. Nesse sentido, o sujeito busca modos de vida que sustentem sua adversidade e lhe ajudem no processo de mudança, remetendo a questões como significado e sentido de vida (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Clara foi a única entrevistada que se apresentou como devota à religião. Percebe-se que ela buscou a religião como forma de salvação frente aos conflitos que vinham acontecendo em sua vida com seu cônjuge alcoolista.

Acho que se eu não tivesse me convertido eu iria morrer! (Clara).

Segundo Oliveira e Junges (2012), a religião é um fenômeno resultante de vários fatores, tanto do estilo de vida quanto do suporte social, crenças e diminuição do estresse, que estão associados positivamente a indicadores de bem-estar e satisfação, felicidade e saúde. Além disso, é um modo de enfrentar e vivenciar o sofrimento.

Ficou evidente que Clara buscou na religião o suporte e o acolhimento que não estava encontrando para lidar com os conflitos familiares, que são apresentados também nas outras temáticas deste estudo.

Eu sou devota totalmente a Deus! Eu paguei o preço e venci! Eu posso dizer que tive paz mesmo! [...] Porque antes, ele [cônjuge] bebia, chegava e me maltratava. (Clara).

A religião vem encontrando respostas aos anseios mais profundos do ser humano. O vazio existencial que as pessoas estão vivenciando atualmente está

ligado à falta de sentido da vida, o que é uma necessidade comum. Nessa lógica, a experiência religiosa faz parte de uma caminhada de vida plena de sentido, em que o sujeito explora sua força espiritual, com recursos para enfrentar situações estressantes da vida (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Nesse viés, podemos relacionar também a religião com a perda. Conforme Consonni e Petean (2013), a religião é um dos meios mais eficazes para lidar com situações de perda, morte e culpa, pois ela proporciona meios de entendimento, agregando valor e sentido às dificuldades e ao sofrimento. Clara teve perdas significativas em sua vida, quando seus filhos saíram de casa para ir viver suas próprias vidas ou, mais precisamente, fugir de um lar negligente.

Mas isso é normal porque Jesus também foi julgado pelos pecados. [...] Então nós também seremos massacrados. Mas eu sofro com isso! (Clara).

No decorrer da entrevista com Clara, ela apresenta culpa, principalmente nas falas apresentadas na temática sobre alcoolismo, e ao mesmo tempo uma forma de aceitação frente suas escolhas, relacionando seu sofrimento com o julgamento divino, colocando-o como responsável pela situação vivida, como uma punição severa por eventuais pecados cometidos.

OS PROFISSIONAIS E OS SERVIÇOS

Uma das questões que foram levantadas durante as entrevistas com essas mulheres foi a forma que se sentem ao serem atendidas na UBS pela equipe de profissionais atuante. Ao levantar esse tópico, o fator acolhimento e familiaridade foi o que elas mais trouxeram, além do quesito bom atendimento e simpatia das profissionais.

Acolhimento e familiaridade

O cuidado está presente no desenvolvimento do próprio ser humano, na continuidade da vida como uma condição de sua sobrevivência. Assim, para os profissionais da saúde, o cuidado constitui-se em uma abordagem mais ampliada,

releva-se tanto nas questões biológicas quanto subjetivas e sociais. Essa prática requer valores éticos, humanitários, solidários e de cidadania, constituindo formas de valorização e respeito aos usuários (SANTOS *et al.*, 2016).

Segundo Santos *et al.* (2016), essa estratégia foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, orientada pelos princípios da universalidade, vínculo, humanização, participação social, acolhimento e escuta sensível.

Nas falas das entrevistas Lúcia e Antônia, percebe-se o quando elas se sentem acolhidas pelas profissionais da UBS e por seus serviços.

Ah, elas conversam. São todas minhas psicólogas. [...] Foi onde eu consegui superar tudo o que eu passei. [...] É só com a ajuda de profissionais que a gente consegue. (Lúcia).

Parece que estou em casa, é como uma família, é bem tranquilo! (Antônia).

O cuidado em saúde vem ressignificando práticas e saberes para a produção de um cuidado integral, que deve se alinhar ao princípio da integralidade, esse entendido como um dos mecanismos fundamentais para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, a criação do vínculo, acolhimento, autonomia, valorização da subjetividade e das necessidades singulares de cada sujeito são pontos de partidas para qualquer intervenção que possibilite o cuidado centrado no usuário (SANTOS *et al.*, 2016).

As falas mostram nitidamente como as profissionais da UBS estabeleceram esse vínculo de cuidado com Lúcia, valorizando sua história de vida e o sofrimento pelo qual ela estava passando.

Quando eu estava casada, eu estava direto no posto. E eram todos os dias porque todos os dias eu tinha um problema diferente. (Lúcia).

Para Santos *et al.* (2016), a intervenção deve ser capaz de permitir a autonomia das pessoas em seu modo de viver. “O diálogo e a negociação, marcados pela intersubjetividade, possibilitam traçar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas no encontro entre trabalhadores de saúde e usuários do SUS.” (SANTOS *et al.*, 2016, p. 1128).

Podemos notar que, no percurso em que Lúcia foi buscando ajuda na UBS e sendo acolhida e reconhecida por suas necessidades, sua autonomia também foi se desenvolvendo até o momento em que ela consegue tomar a decisão de se distanciar de uma relação abusiva para ela e para seus filhos.

É bom ter alguém em quem a gente confia. [...] Eu vinha pra conversar, às vezes eu agendava só para vir conversar, elas falavam o que eu podia fazer ou não. [...] Teve uma vez que ele [seu ex-cônjuge] pediu para ficar 15 dias lá em casa, então eu vim aqui [UBS] conversei com a enfermeira e ela me ajudou bastante. Passaram-se os 15 dias e perguntei pra ele se ele não iria me ajudar [financeiramente], ele disse que não. Então mandei ele embora, porque quem manda lá em casa sou eu e meus filhos. (Lúcia).

Outro aspecto importante relatado pelas participantes foi referente à facilidade no atendimento, pela aproximação com a equipe, mostrando que os profissionais da UBS estabelecem relações mais horizontais a partir do acolhimento, escuta sensível e demonstrando interesse pelas queixas dos usuários. Antônia apresenta satisfação em suas falas frente ao atendimento das profissionais, decorrente da disponibilidade, escuta e atenção.

Elas me atendem muito bem, marco às vezes pelo WhatsApp. Esses tempos eu fiquei sete dias tomando medicamento direto na veia porque meu rim estava parando, e elas faziam de tudo para amenizar a dor por conta das agulhadas. [...] Tratam-me muito bem, parecem irmãs. (Antônia).

Ao utilizar o diálogo e a escuta sensível em suas práticas, o profissional tem a oportunidade de conhecer as condições de vida da população, estabelecendo um clima de confiança e respeito mútuo (SANTOS *et al.*, 2016). Antônia e as profissionais da UBS estabeleceram esse vínculo, pois a equipe demonstra valorizar a singularidade de cada usuário da UBS.

Sei o nome de todas aqui. [...] Nos outros postos acho que é difícil, mas aqui é uma maravilha, é mais aconchegante, parece que estou em casa. [...] São dedicadas! (Antônia).

O cuidado requer envolvimento dos profissionais com a pessoa que é cuidada por meio do toque, afeto, da escuta e valorização dos aspectos psicoemocionais no contexto familiar e individual, pois o ser é único em sua integralidade, suas crenças, experiências e história de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CONSONNI, Elenice Bertanha; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2663-2670, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2018.

CORDEIRO, Silvia Nogueira; ORTIZ, Natalia Delatim. Quando o corpo se faz presente como meio de existência do sujeito: um caso de psicossomática. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 83-94, abr. 2015. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=171>. Acesso em: 2 set. 2018.

GALDI, Maíra Bittar; CAMPOS, Érico Bruno Viana. Modelos Teóricos em Psicossomática Psicanalítica: uma revisão. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 29-40, mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100003>. Acesso em: 5 set. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Maravilha**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/maravilha/panorama>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 149-154, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100149&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 7 set. 2018.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3309-3316, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803309&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2018.

OLIVEIRA, Márcia Regina de; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

RAMOS, Vítor; CARRAPIÇO, Eunice. Pessoas que consultam frequentemente. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 17, p. 141-151.

ROSNER, Stanley; HERMES, Patricia. **O ciclo da auto-sabotagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2010.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos et al. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1124-1131, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601124&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2018.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SANTOS, Rosângela da Silva. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SILVA, Michelle Karina; ULHÔA, Arthur Pizani. A construção do caso clínico na prática hospitalar: algumas reflexões sobre luto e toxicomania. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 503-514, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000200503&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora)? **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/14.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. 2. ed. Brasília: UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf>. Acesso em: 4 maio 2018.

WHO – World Health Organization. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Geneva: WHO, 1998. p. 1-25.