UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ANA LÚCIA DA COSTA SILVA

Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: Uma Estratégia de Saúde Mental no PSF de Petrópolis/RJ

Rio de Janeiro

2010

ANA LÚCIA DA COSTA SILVA

Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia em saúde mental no PSF de Petrópolis

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Drª. Eliane Carnot de Almeida

Rio de Janeiro

2010

ANA LÚCIA DA COSTA SILVA

Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia em saúde mental no PSF de Petrópolis

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Drª. Eliane Carnot de Almeida

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Eliane Carnot de Almeida
Universidade Estácio de Sá

_____

Profª. Drª. Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

_____

Profª. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

A todos os terapeutas contemporâneos que são, ao seu tempo, sacerdotes, médicos, psicólogos e educadores, cuja principal tarefa é cuidar.

Cuidar do ser, cuidar do sopro que nos habita e inspira. Também cuidar do corpo, do psiquismo, do espírito, do desejo, reorientando para o essencial. ‘

E em especial ao **Dr. Adalberto Barreto,** criador da Terapia Comunitária, cujo saber não enclausurou nos varais ostensivos da academia, fazendo com que esse saber se transformasse numa práxis eficaz voltada aos excluídos e despossuídos das grandes cidades.

AGRADECIMENTOS

Ao soberano Deus que permite o milagre da vida.

A minha Família, cujo esforço tem sido constante na arte de amar.

À Orientadora Eliane Carnot que com suas contribuições e análise crítica tornou possível esta realização.

Ao Prof. Adalberto Barreto pela maestria que nos ensina esta ação terapêutica criativa que é a Terapia Comunitária.

A todos os meus pacientes que despertaram em minha pessoa a necessidade de aprimorar meus conhecimentos.

Aqueles que se tornam Terapeutas não o fazem por costume, nem por exortação, ou solicitação de outrem, mas impulsionados pelo amor divino. Como as bacantes e coribantes, são tomados de “entusiasmo” até encontrar o objeto de seu desejo.

Jean-Yves Leloup

RESUMO

Investiga-se no presente trabalho a aplicação da Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão em uma USF do município de Petrópolis–RJ, a partir da percepção dos usuários. A terapia comunitária vem sendo utilizada como uma tecnologia de cuidado na atenção básica, devido seu caráter interventivo, apresentando-se como um modelo eficiente para trabalhos em grupo, promovendo a saúde, o desenvolvimento da autoestima dos participantes e a construção de redes sociais. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 20 usuários da Estratégia Saúde da Família de Petrópolis-RJ. Utilizou-se como instrumentos de pesquisa o questionário de inventário de Beck e o Questionário de Eficácia da Terapia Comunitária. O Material empírico foi produzido através das oito rodas de terapia, onde foi importante o relato dos usuários. Para a análise dos dados recorreu-se a estatística simples e a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que a terapia comunitária foi percebida pelo grupo como uma experiência positiva, uma contribuição à saúde emocional e como promotora de bem-estar, de socialização; um local de diálogo, onde pessoas estão dispostas a escutar; momento de confraternização; lugar de alivio do sofrimento psíquico, e de uma ressignificação das necessidades dos usuários assistidos. Com relação à técnica da TC, esta se mostrou facilitadora do diálogo e da partilha, possibilitando a expansão para além das rodas, alcançando as relações familiares e sociais. Esta técnica, quando aplicada na atenção básica, mostrou contribuir para um atendimento humanizado, ajudando na formação de redes solidárias e estabelecendo vínculos. Concluiu-se através da pesquisa, que a terapia comunitária pode ser utilizada pelas equipes de saúde da família como uma tecnologia eficiente no tratamento da depressão, e de outros grupos específicos, uma vez que ela é de baixo custo e de longo alcance e que fortalece a integralidade do cuidado preconizada pelo SUS, além de ser uma tecnologia de mobilização social.

Palavras-Chave: Terapia Comunitária. Depressão. Estratégia Saúde da Família. Saúde mental.

ABSTRACT

In the current work we investigate the appliance of the communitarian therapy (CT) as complementary treatment of depression. The CT is under use as a technology of care on the basic attention, due to its interventional character, presenting itself as an efficient model for group works, the development of self-esteem of those who participate and the construction of social networks. It is a research of qualitative scope, accomplished with 20 users of the Family Health Strategy of Petrópolis, Rio de Janeiro. It was utilized as instruments of research Beck's inventory questionnaire and the Communitarian Therapy Efficacy Questionnaire. The empirical material was produced through the 8 therapy circles, where the users reports were taken into account. For the data analysis it was used simple statistics and Bardin's content analysis. The results showed up that the Communitarian Therapy was perceived by the group as a positive experience, a contribution to the emotional health and as a promoter of well-being and socialization; a dialogue space, where people are willing to hear; a moment of confraternization; a place of relief from the psychical pain, and of a new meaning to the user's needs. With relation to the CT technique, that one showed itself as a facilitator in the dialog and sharing, allowing the expansion to somewhere beyond the circles, reaching the family relationships and the social ones. This technique, when applied to basic awareness was able to contribute to a humanized treatment, helping the development of solidarity networks, and establishing links. It was concluded through the research that the Communitarian Therapy can be used by the family health teams as an efficient technology in treating depression, and treating other specific groups, being that it's one with a low cost and long reach and one that strengthens the care integration thought by the SUS, not to mention is a social mobilization technology.

Keywords: Communitarian therapy. Depression. Strategy of Family Health. Mental health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vínculos apresentados na Rodas de TC na USF estudada 68

Tabela 2 – Configuração dos vínculos na 1ª Aplicação do Questionário 68

Tabela 3 – Configuração dos vínculos na 2ª Aplicação do Questionário de Eficácia da TC 69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Depressão Avaliada através do Inventário de Beck. Meio da Serra/ Petrópolis. 2009 61

Gráfico 2 – Faixa Etária das Participantes da USF. Meio da Serra – Petropólis. 2009 62

Gráfico 3 – Religião Professada pelas Participantes da USF. Meio da Serra/Petrópolis. 2009 62

Gráfico 4 – Situação Conjugal das Participantes na USF. Meio da Serra/Petrópolis. 2009 63

Gráfico 5 – Profissão das Participantes da USF. Meio da Serra/Petrópolis. 2009 64

Gráfico 6 – Classificação dos Tipos de Depressão /Psicanálise/ Das Participantes. Meio da Serra / Petrópolis. 2009 65

Quadro – Código de Categorias de temas apresentados em rodas de TC 66

Gráfico 7 – Temas Apresentados nas Rodas de TC aplicadas nas participantes/ Meio da Serra/ Petrópolis 2009 66

Gráfico 8 – Estratégias de Enfrentamento dos Problemas utilizadas pelas Participantes para Alivio de seus Sofrimentos 70

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitária da Saúde
TC	Terapia Comunitária
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
CID 10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ICPC	International Classification of Primary Care
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
WONCAPP	World Organization of Family Doctors
PACS	Programa de Agente Comunitário
PNSM	Politica Nacional Saúde Mental
SMS	Secretária Municipal da Saúde
NASF	Núcleo Assistência a Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO 14
1.1 Considerações sobre o objeto de ensino 14
2QUESTÕES NORTEADORAS 19
2.1Objetivos 20
2.1.1 Objetivo geral 20
2.1.2 Objetivo específico 20
3 JUSTIFICATIVA 21
4 REVISÃO DA LITERATURA 23
4.1 Terapia Comunitária 23
4.1.1 Aspectos históricos da Terapia Comunitária 23
4.1.2 Aspectos metodológicos da Terapia Comunitária 24
4.1.3 Aspectos teóricos/técnicos da Terapia Comunitária 26
4.2 Principais Conceitos da Terapia Comunitária 28
4.2.1 Resiliência: a estratégia do excluído 28
4.2.2 Antropologia cultural 30
4.2.3 Pedagogia de Paulo Freire 31
4.2.4 A abordagem sistêmica 33
4.2.5 A teoria da comunicação 35
5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 37
5.1 Saúde Mental na Atenção Básica 39
5.2 A Terapia Comunitária na atenção básica 42
6 DEPRESSÃO 43
6.1 Aspectos Psicológicos da Depressão 43
6.2 Aspectos Fisiológicos da Depressão 46
6.3 Classificação da Depressão 46
6.4 Depressão no Modelo Psicossocial 49
6.5 Abordagem Psicanalítica da Depressão 51
7 METODOLOGIA 53
7.1 Tipo de Estudo..... 53
7.2 Cenário da Pesquisa 54
7.3 Sujeitos da Pesquisa 55
7.4 Instrumentos e técnicas de produção do material empírico 56

7.5 Aspectos Éticos 58
7.6 Procedimentos..... 58
7.7 Análise do Material Empírico..... 59
8 ANÁLISE DOS DADOS 62
9 RESULTADOS E DISCUSSÃO 75
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
REFÊRÊNCIAS 84
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 90
APÊNDICE B – Questionário de Inventário de Depressão de BecK 91
APÊNDICE C - Fotos das Rodas de TC..... 94
APÊNDICE D- Questionário de Eficácia da TC..... 96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o objeto do estudo

A prática em saúde mental tem exigido, na contemporaneidade, um novo olhar sobre o sofrimento psíquico, onde novas abordagens terapêuticas devem ser testadas e praticadas. A entrada das ações básicas em saúde mental na ESF está em conformidade com orientações importantes e recentes da Organização Mundial da Saúde - OMS e do Ministério da Saúde (FERREIRA FILHA et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família - ESF visa reorganizar a prática da atenção à saúde, substituindo o modelo médico-hospitalar centrado na doença, na causalidade orgânica, direcionando o foco da saúde para a família, investindo, dessa forma, na qualidade de vida da população. A ESF prioriza as ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) ressaltam que a atenção básica é o local em que a prevenção e o diagnóstico precoce podem e devem ser realizados e onde novas abordagens devem ser testadas e praticadas.

A ESF como estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento de reordenação do modelo de atenção, no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família - EqSF, implementando os princípios do SUS da integralidade, universalidade, equidade e participação social. Com ênfase no processo de reorganização da rede de atenção básica por essa potencialidade constitui também como uma estratégia de reorganização de todo o sistema.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), no seu campo de ação da saúde mental, reconhece que todo problema de saúde é também e sempre, de saúde mental, e que toda saúde mental é também e sempre produção de saúde. Nesse sentido, será importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Porém a inserção da assistência aos portadores de depressão na ESF é um processo recente, sendo a depressão uma das queixas mais freqüentes apresentadas pelos usuários da ESF.

Fortes, Furlanetto e Chazan (2005) estimam que a depressão seja uma das causas de vários danos sociais. Segundo Wainer, Madeira e Piccoloto (1999), a depressão é um sofrimento psíquico que necessita de investigação, buscando relevância em estudos psicopatológicos e no uso de terapias adequadas dentro da atenção básica.

A depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. Classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. Tratada como “a doença da sociedade moderna”, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si, ou ser apenas um sintoma constituinte de outra patologia.

Segundo Andrade, Buchele e Gevaerd (2007), estima-se em 20% a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira. Pesquisas epidemiológicas em diferentes regiões brasileiras encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam entre 19 e 34%. Dentre os transtornos mentais a depressão merece destaque enquanto problema de saúde pública, considerando sua multicausalidade e a frequência com que essa queixa aparece nas unidades de saúde.

Estudos epidemiológicos conduzidos nas últimas duas décadas têm proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, além de permitir que se avaliem consequências diretas e indiretas das doenças, como prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Pesquisas populacionais na atenção básica à saúde foram conduzidas no Brasil, investigando, a ocorrência dos chamados ‘transtornos psiquiátricos menores’, que compreendem principalmente os quadros neuróticos de depressão, ansiedade e somatoformes. Lima (1999) encontrou uma prevalência desses transtornos em cerca da metade dos pacientes em serviços de atenção primária à saúde em São Paulo.

Na população geral, estudos conduzidos em São Paulo e Pelotas produziram estimativas muito semelhantes com relação aos transtornos psiquiátricos menores: 12% entre os homens e 25% entre as mulheres, no primeiro estudo, e 18% e 27%, respectivamente, no segundo (FORTES; FURLANETTO; CHAZAN, 2005).

A depressão é considerada o problema mais freqüente nas queixas de saúde mental na atenção básica. A prevalência anual de depressão na população em geral varia entre 3% a 11%. Nos pacientes de cuidados primários em saúde seu percentual é de 10%**.** Em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22% a 33%**.** A depressão é mais freqüente em mulheres sendo a prevalência de depressão 2 a 3 vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. A depressão é um transtorno recorrente; estima-se que aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, sendo quatro a mediana de episódios ao longo da vida. A depressão é um transtorno incapacitante e foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global para comparação de várias doenças (SHUA-HAIM, 2003).

Temos, na atualidade, três classificações utilizadas pelos profissionais de saúde para diagnóstico do transtorno depressivo: a Classificação Internacional de Doenças na décima edição (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, (DSM IV-TR), e ICPC - *International Classification of Primary Care*. O CID-10 é preconizado pela Organização Mundial de Saúde desde 1993 e as escolas médicas brasileiras têm adotado esta classificação que também é muito utilizada pela categoria de profissionais de psicologia. Com base nisto, a dissertação adotará o CID-10, DSM-IV para compreensão da depressão na pesquisa realizada.

Segundo o CID-10, dependendo da forma como os sintomas são experimentados, a depressão será classificada como leve, moderada ou severa. A depressão é caracterizada por falta de prazer e humor deprimido. Os sintomas clínicos principais sinalizados pelo CID-10, com relação à depressão são: humor depressivo, tristeza, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (CAETANO, 2002).

A elaboração do ICPC teve como objetivo adaptar a CID 10 ao contexto da assistência na atenção básica. A classificação adotada pelo ICPC tem, como principal característica, a inclusão de queixas expressas pelos pacientes e de

problemas de natureza social. O ICPC é um sistema de códigos clínicos voltados, especialmente, para a área de atendimento primário.[1]

De acordo com a ICPC, os sintomas depressivos podem ser classificados como perturbação depressiva. As informações classificadas são relacionadas aos sintomas do paciente de maneira simples, sem o uso de termos médicos, respeitando uma das principais características do atendimento da atenção básica.

Fortes, Villano e Lopes (2008), em seu estudo sobre Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais em pacientes atendidos em unidades do PSF em Petrópolis, relatam que:

> As categorias nosológicas mais comumente encontradas entre os pacientes com transtornos mentais comuns positivos foram depressão e ansiedade, junto com transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos. Houve alta frequência de comorbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos (2008, pg.37).

O diagnóstico da depressão é possibilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico. A dinâmica da depressão, suas origens, suas relações objetais e suas concepções ainda podem levantar questionamentos e levar a interpretações equivocadas prejudicando um possível tratamento.

A depressão é atualmente a quarta causa de sofrimento e incapacitação em nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, o transtorno depressivo será a segunda maior doença em incidência no mundo. Hoje estão à sua frente, em 1º lugar, doenças do coração, em 2º câncer e em 3º acidentes de trânsito.

Diante da magnitude do problema da depressão, os profissionais da área de saúde na atenção básica precisam de aprimoramento e técnicas específicas para lidar com este sofrimento. Um dos instrumentos que vem sendo utilizado neste sentido é a Terapia Comunitária que ocupa hoje no cenário brasileiro, um lugar de destaque por ser um instrumento eficaz na promoção da saúde e na prevenção do adoecimento.

A TC é uma abordagem terapêutica em grupo que visa promover a saúde e prevenir o adoecimento, técnica também eficaz na atenção primária em saúde mental, fomentadora de cidadania, da formação de redes sociais solidárias e de

---

[1] Disponível em:http://www.globalfamilydoctor.com / wicc

identidade cultural das comunidades, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais (BARRETO, 2005). O Ministério da Saúde tem adotado esta técnica em alguns municípios como uma ferramenta de ação na ESF, por ser uma metodologia eficiente para o trabalho em grupo, com a finalidade de promover a saúde, a melhora da auto-estima e a construção de redes solidárias

A TC funciona sempre em grupo envolvendo um grande número de pessoas. Propicia espaço para trabalhar os diversos contextos familiares, institucionais e locais. Na concepção de Barreto (2008),

> *A Terapia Comunitária é um espaço onde se procura partilhar experiências de vida, conhecimento de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios cotidianos, em um ambiente acolhedor e caloroso. Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, a TC nos convida a uma mudança de olhar, de enfoque (2008, p.38).*

O autor supra mencionado, destaca que a TC reforça a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente. As crises e os problemas são observados e resolvidos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que interligam as pessoas em um todo. Envolve a biologia (corpo), a psicologia (mente e emoções) e a sociologia (contexto cultural). Esses aspectos estão interligados e todas as partes influenciam umas às outras (BARRETO, 2005).

A TC enquanto estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde na ESF, torna oportuna a pesquisa deste instrumento enquanto estratégia de saúde mental, uma vez que a mesma intervém também nos determinantes sociais da saúde.

A terapia comunitária é uma experiência que surgiu em 1987 em Fortaleza (CE), numa favela chamada Pirambu, passou a integrar a partir de 2008 o Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde através de um convênio firmado com a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura onde foi destinado mais de R$ 2 milhões para a formação de 1,1 mil terapeutas comunitários. O treinamento foi oferecido em centros de capacitação espalhados pelo País. O PSF oferece hoje atendimento médico na área de prevenção, serviço odontológico, mas ainda não contava com a área de saúde mental.

Na rede pública de saúde a TC tem por objetivo criar um cinturão de atenção, cuidado e prevenção ser multiplicadora do atendimento, identificar e encaminhar aos centros especializados as situações graves de transtornos psíquicos e favorece o envolvimento multiprofissional da rede com uma proposta de atenção básica em saúde mental.

2 Questões norteadoras

Como Psicóloga clínica e utilizando a terapia comunitária como técnica terapêutica em vários grupos heterogêneos de pacientes em sofrimento psíquico, questionamentos e aprofundamentos sobre o desenvolvimento da técnica me eram recorrentes, tais como a indagação sobre um melhor aproveitamento da técnica em abordagem terapêutica específica como a depressão ou as dependências. Uma das minhas motivações em cursar o Mestrado em Saúde da Família foi à possibilidade de repensar e investigar a minha práxis e a forma como poderia alcançar bons resultados com os instrumentos terapêuticos que os psicólogos dispõem. Portanto, as questões norteadoras que encaminharam o desenvolvimento da pesquisa se delinearam como reflexões do meu cotidiano profissional, questões ora apresentadas como eixo delineador desta de pesquisa:

- A TC contribui para a prevenção e tratamento das pessoas com depressão?
- O processo terapêutico da TC voltado aos quadros de depressão promove mudanças na auto estima e nas relações vinculares, das pessoas assistidas por esta técnica?

2.1 Objetivos

2.1.1 Geral

Avaliar a contribuição da Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão em uma USF do município de Petrópolis - RJ a partir da percepção dos usuários.

2.1.2 Específicos

- Categorizar o grau e tipo de depressão referida por usuários portadores desta patologia na ESF;
- Identificar os principais problemas e estratégias de enfrentamento associadas à depressão entre estes usuários;
- Analisar a contribuição da TC a estes usuários no reforço da auto estima e dos vínculos familiar, comunitário e profissional.

3 Justificativa

A escolha de desenvolver a pesquisa com a Terapia Comunitária se deu como uma necessidade desta profissional da área clínica que se depara com os desafios de fazer a clínica em um contexto contemporâneo, que exige dos profissionais uma prática eficaz frente aos desafios de uma sociedade com muitas queixas das doenças psíquicas.

A depressão se apresenta como um dos grandes males da contemporaneidade o que aponta para a extrema importância de se investigar instrumentos técnicos científicos que sejam propícios ao alívio desse sofrimento. Os instrumentos técnicos direcionados aos trabalhos de grupo são, em sua maioria, de difícil manejo; a TC surge como um instrumento de promoção de saúde psíquica e, investigar este instrumento permitiu ver suas possibilidades terapêuticas, assim como seus limites frente às questões relacionadas à saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Por isso é necessária a articulação da rede de cuidados, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas. Amarante (2003) ressalta que as pessoas em sofrimento psíquico devem ser assistidas em outra lógica de cuidado, não mais no modelo tradicional, entendendo que a reforma psiquiátrica é um processo complexo e se faz necessário que se consolide em todo o território nacional.

A Lei nº 10.216 - Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica promulgada em abril de 2001 (BRASIL, 2001) estabelece a Política de Saúde Mental brasileira com uma nova lógica no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, legitimando a proteção e cuidados às pessoas portadoras de transtorno mental e criando uma rede de atenção com vários níveis de complexidade.

O MS lançou em 2001 o plano de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica definindo que a ESF destine ações voltadas à promoção da saúde mental. A ESF passa, então, a constituir-se uma base importante desta nova rede de cuidado. Tais conquistas dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil resultam

de intenso movimento social dos profissionais da saúde insatisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos a esta população. As propostas de mudanças giraram em torno da atenção à “doença mental”, visando à quebra dos paradigmas obsoletos, exigindo a ruptura da associação violência-loucura que depunha contra a humanidade e o mais elementar sentimento de cidadania da coletividade (AMARANTE, 2003).

Breda e Augusto (2003) ressaltam que a rede de cuidado aos portadores de transtorno mental precisa estar em articulação com a rede básica de saúde. Neste sentido o MS vem estimulando ativamente políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão de ações e serviços voltados para a atenção à saúde mental dos usuários com os problemas mais freqüentes de saúde mental, tais como depressão, uso de drogas, quadros de ansiedade, dentre outros. Verifica-se que grande parte das pessoas com transtorno mental leve, ou severo, está sendo efetivamente atendida pelas equipes de atenção básica nos grandes e pequenos municípios.

Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo.

A ESF é, na sua natureza de construção, a estratégia para o desenvolvimento local de saúde, promovendo a atenção básica. As ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental, através da ESF, devem integrar esforços dos vários profissionais de saúde com novos aportes de técnicas visando um melhor atendimento e resolutividade dos problemas psíquicos da população atendida (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Por se tratar de uma pesquisa voltada para atenção básica, investigando a aplicabilidade da TC como instrumento terapêutico na prevenção e tratamento da depressão sendo possível trabalhar com os elementos culturais e sociais ativos da comunidade, entende-se que a presente investigação cientifica possa produzir dados relevantes para o desenvolvimento de ações e serviços da ESF.

Ao eleger a Terapia Comunitária como foco desta pesquisa, onde a relação subjetivo/objetivo acontece e se expressa, a presente pesquisa partiu da concepção de que a consciência sobre bem estar e a relação saúde-doença são, antes de tudo, resultado da configuração bio-psico-social dos sujeitos inseridos no seu contexto sócio-histórico, não se limitando apenas às conexões entre os outros e as coisas,

mas ganhando, sobretudo, significados ao estabelecer relações de transformação da natureza e dos homens entre si, justamente porque a capacidade humana para o trabalho e para a linguagem é capaz de ser incorporada pela história construindo, cotidianamente, novos fenômenos na vida de cada indivíduo e de sua coletividade.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Terapia Comunitária

4.1.1 Aspectos históricos da Terapia Comunitária

Barreto (2008), criador da Terapia Comunitária, enfatiza que a TC é um procedimento terapêutico realizado em grupo que promove a saúde e a atenção básica em saúde mental, sendo fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural das comunidades, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais.

A TC constitui-se um espaço que proporciona a fala e a expressão do sofrimento e das situações de crise, assim como a oportunidade de união das famílias e do grupo social, facilitando a construção da rede de solidariedade entre as pessoas. É instrumento importante para o resgate cultural e da auto-estima das populações menos favorecidas, constituindo um exercício de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo.

A TC surgiu na favela de Pirambú na cidade de Fortaleza-CE, constituindo uma técnica idealizada e sistematizada pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal de Fortaleza, sob a coordenação do professor, psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, como proposta de saúde comunitária.

A TC nasceu da necessidade do cotidiano de um profissional de saúde de criar uma técnica eficiente para lidar com os problemas da comunidade de uma periferia da cidade de Fortaleza, de enfrentar os desafios de sua profissão, enquanto funcionário público, trabalhando numa favela, prescrevendo remédios e tendo que atender a um grande número de pessoas. A partir da realidade dessas pessoas,

Barreto, percebeu que essa população padecia de sofrimento e não de patologias, tratando-se de sofrimentos e de fraturas afetivas, por conta do isolamento, da migração, da exclusão social, entre outros fatores. Barreto[2] entendeu que esse sofrimento não deveria ser medicado, mas sim acolhido e tratado seguindo outros parâmetros que não a prescrição de psicofármacos. Entendendo que a lógica de atendimento não responderia às necessidades daquelas pessoas, concluiu que a prioridade para aquelas pessoas era a criação de uma rede social de solidariedade.

Segundo Barreto (2008), a Terapia Comunitária apresenta três características básicas:

> 1 - Discussão e realização de um trabalho de saúde mental, preventivo e curativo, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros. 2 - ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação rede solidárias. 3 - criação gradual de consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras. (2008, pg. 38).

A TC constitui-se um instrumento importante para o resgate cultural e da auto-estima das populações menos favorecidas, na mais variadas comunidades; assim como um exercício de inclusão social e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo, possibilitando o fortalecimento de uma rede de proteção social em uma determinada comunidade (BARRETO, 2002).

4.1.2 Aspectos metodológicos da Terapia Comunitária

Camarotti et al. (2002) caracterizam a TC como um grupo de ajuda mútua, um espaço de palavra e de construção de redes solidárias e destaca que as intervenções do terapeuta comunitário se dão no espaço da saúde mental comunitária, intervindo nas diversas redes que compõem o sistema de relações humanas. Inclui a família, os vizinhos, os amigos e a coletividade para apoiar os indivíduos e famílias mais vulneráveis da comunidade que estejam vivendo uma situação de crise. No campo da psicologia comunitária identifica e mobiliza as competências e os recursos da comunidade seguindo uma orientação preventiva.

---

[2] Fala de Barreto, proferida em 05.07. 2008 numa entrevista exclusiva para esta pesquisa.

O funcionamento da TC se dá em grupos abertos em que qualquer pessoa da comunidade pode participar e em qualquer momento, podendo ocorrer à formação de grupos de mútua ajuda. Podem ser realizados na comunidade através de instituições religiosas, centros comunitários, centros de saúde, hospitais, escolas, associações de moradores, residências na comunidade, entre outros. Os grupos são semanais ou de acordo com uma periodicidade pré-estabelecida, com duração da sessão em torno de duas horas. Podem ser abertos para novos participantes começando sempre com uma breve explicação do que é a TC e uma atividade de integração de grupo. As pessoas podem participar de qualquer dos encontros, não sendo necessária lista de frequência ou assiduidade. Constitui-se em um espaço fundamentalmente democrático (CAMAROTTI et al., 2002).

Os grupos que vivenciam as rodas de TC promovem maior desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais e do apoio mútuo entre os membros. As pessoas começam a olhar para si mesmas e para os demais, podendo ser ajudadas através das rodas e ver, de maneira realista, sua contribuição ao estado de vida em que se encontram.

A vantagem da abordagem grupal em rodas de TC é que estas proporcionam o compartilhamento de experiências e, consequentemente, facilitam a percepção do funcionamento do indivíduo por identificação com os demais membros do grupo.

Riviére (1989), um dos primeiros teóricos de grupo, considera que todo grupo é um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, se articulam por sua representação interna, onde o indivíduo é resultante dinâmico do interjogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética por meio de uma estrutura dinâmica que denomina “vínculo”. Esses vínculos são melhores compreendidos quando da expressão dos afetos nas relações grupais. Neste tipo de grupo é importante que a evolução ocorra no sentido da resolução de uma tarefa, ou de um objetivo, sendo fundamental explicar as fantasias universais para permitir que o processo de mudança ocorra. As mudanças ocorridas caracterizam o grau de saúde ou patologia do grupo. Na TC a interação que as rodas propiciam favorece a vinculação grupal com expressão dos afetos e resolução das problemáticas vivenciadas pelos seus membros.

4.1.3 Aspectos teórico/técnicos da Terapia Comunitária

Nos grupos de TC podem participar pessoas com as mais variadas vivências emocionais, com problemas psicossomáticos, pessoas hipertensas, diabéticas, gestantes, dependentes químicos, HIV positivos, adultos, idosos, crianças e adolescentes, pessoas amigas, próximas, parentes, vizinhos, colegas de trabalho (BARRETO, 2008).

A sessão da TC se desenvolve percorrendo as seguintes fases:

1. Acolhimento/aquecimento;
2. Escolha da situação/tema a ser trabalhada;
3. Contextualização da situação/tema;
4. Problematização: reenvio ao grupo da situação/tema escolhida, através de mote, para reflexão/elaboração de pistas de soluções;
5. Término e ritual de agregação.

No acolhimento procura-se ambientar o grupo colocando as pessoas bem à vontade e confortáveis, de preferência em círculos. Dar boas vindas a todos, pedindo aos novos participantes para se apresentarem. Iniciar com músicas de boas vindas, cantar "parabéns" para os aniversariantes da semana e fazer vivências que integrem o grupo. Nesse momento o terapeuta comunitário apresenta uma síntese do que é a Terapia Comunitária e discorre sobre as regras ou condições para o funcionamento do grupo: 1 - Promover o silêncio, estimular a escuta; 2 - Falar sempre na 1ª pessoa do singular - eu - expressar a própria experiência daquilo que se vivencia; apresentar as próprias soluções encontradas; 3 - Não fazer discurso, não dar conselhos ou sermão; 4 - Entre as falas os participantes podem sugerir uma música, um provérbio ou um ditado popular que esteja pertinente ao assunto comentado; 5 - Os participantes podem convidar familiares, vizinhos ou amigos para o grupo.

Na escolha do tema, a fala fica aberta para os participantes apresentarem, de forma sucinta, os problemas ou situações que estão gerando preocupação. Após a exposição dos problemas, o grupo se manifesta escolhendo o tema daquela sessão e dizendo sumariamente o porquê da escolha.

Na fase de contextualização, é solicitado à pessoa cujo tema foi escolhido, que explicite o problema ou situação apresentada. A pessoa em foco detalha a situação e, nesse momento, todos, inclusive os terapeutas, podem fazer perguntas para esclarecer melhor a questão. As perguntas vão ajudando na reordenação das idéias, quebra das certezas e, portanto, na criação de disponibilidades para mudanças. O terapeuta condutor deve estar atento para extrair dos depoimentos da pessoa escolhida o MOTE, ou os MOTES.

O MOTE é uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo durante a terapia. É um instrumento de transformação do problema a partir da dimensão individual para a dimensão grupal. Momento em que a terapia de grupo se transforma em terapia do grupo. Representa o ponto de encontro entre os participantes da terapia, aquilo que liga, solidariza, exprime a mesma humanidade dentro de cada um. Uma vez extraído o MOTE, o terapeuta reenvia-o para o grupo por meio de perguntas do tipo: “quem já viveu uma situação parecida e o que fez para solucioná-la?” (MOTE tipo curinga) ou mesmo faz uma síntese do sentimento da pessoa que expôs o problema, repassando para que as pessoas do grupo coloquem suas vivências sobre aquele sentimento (MOTE tipo simbólico)

No momento em que o MOTE é retransmitido para o grupo chega-se na fase da problematização. Nessa fase, o grupo se coloca atendendo à solicitação do MOTE, sempre falando de sua própria experiência. O grupo torna-se envolvido com o problema e as alternativas apresentadas passam a ser do próprio grupo. Entende-se que o grupo alcança, então, uma compreensão diferenciada do problema, assim como a própria pessoa que o expôs pode vê-lo em diferentes vieses e compreensões.

Na finalização ou término, é proporcionado um ambiente de interiorização, de clima afetivo para que as pessoas se sintam apoiadas pelas outras. Pode-se fazer um círculo onde cada um se apóia no outro e ficam se balançando. Músicas de suporte são cantadas. O terapeuta procura fazer conotações positivas a todos que se expuseram ou apresentaram seus sofrimentos e pede para que os participantes falem das coisas boas que mais lhes tocaram e admiraram.

Barreto (2005) destaca, através do seu método, que a formação do Terapeuta Comunitário, deve acontecer com alguns critérios mínimos como:

> Ser um profissional da área de saúde ou leigo, mais que já exerça alguma atividade de liderança. Faça capacitação de 160hs de aula + 200 horas de práticas supervisionadas. Já exerça uma atividade de liderança e/ou

> voluntária e participe do fortalecimento de redes sociais. Sinta-se interpelado diante da realidade social e existencial que o cerca. Seja legitimado pela comunidade e sinta-se co-responsável pela construção de uma cultura solidária. Aceite trabalhar em equipe numa perspectiva transcultural. Seja flexível e motivado ao aprimoramento contínuo. Seja aberto a inovações, a pluralidade sócio-cultural evitando todo dogmatismo ideológico gerador de dominação e exclusão. (2005, pg.38)

Ainda, segundo Barreto (2005), são funções do terapeuta comunitário:

> Mobilizar, acolher e conduzir a terapia comunitária.. Estar consciente dos objetivos da terapia e dos limites de sua intervenção para não extrapolar sua função. A Terapia Comunitária não se propõe a resolver problemas, e sim suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e criar uma rede de apoio aos que sofrem. O terapeuta comunitário não deve assumir o papel de especialista fazendo interpretação e análise. Deve trabalhar o sofrimento das pessoas, estimular a partilha e possibilitar a construção de uma rede solidária. Deve trabalhar com a competência das pessoas, procurando, sempre através de perguntas “garimpar” o saber produzido pela vivência do outro. Através das perguntas e da qualidade da escuta a pessoa clarifica suas questões, no sentido de fazer suas próprias descobertas. Não deve colocar suas ideias na terapia, mas suscitar ideias do próprio grupo. Conhecer as diversas atividades que seu município desenvolve para que a terapia comunitária venha dar apoio as outra atividades, e não funcione de forma isolada das outras ações.Ser poliglota de sua própria cultura, ou seja, conhecer os diferentes códigos culturais utilizados na expressão do sofrimento. (2005, pg. 46)

4.2 Principais Conceitos da Terapia Comunitária

A TC tem como arcabouço teórico o conceito de resiliência, os estudos da Antropologia Cultural, da Pedagogia de Paulo Freire, da Abordagem Sistêmica e a Teoria da Comunicação, que constituem o embasamento teórico para o desenvolvimento desta pesquisa (BARRETO, 2008, p. 27). A seguir, serão apresentados, de forma breve e introdutória, cada um destes conceitos, com base, principalmente, na perspectiva da TC e de seu autor, Adalberto Barreto (2008), com a intenção de ilustrar os fundamentos teóricos desta técnica.

4.2.1 Resiliência: a estratégia do excluído

Barreto (2008) utiliza o termo Resiliência aplicado no campo das Ciências da Saúde, que é relacionado à capacidade de recuperação e flexibilidade a partir do enfrentamento de situações adversas. A resiliência favorece uma pessoa, grupo ou

comunidades a prevenir, minimizar, ou superar os efeitos nocivos das doenças, catástrofes, guerras ou outras situações traumáticas.

Este conceito é aplicado na TC para significar a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de superar as dificuldades contextuais. É esse saber que tem permitido aos pobres e oprimidos sobreviverem através dos tempos. Eles dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais. A resiliência aplicada nas rodas de TC apresenta as seguintes características:

- Valorização da experiência pessoal;
- Reconhecimento da competência dos indivíduos, das famílias e das comunidades; senso de humor, transformando o trágico em lúdico;
- Interação entre o indivíduo e seu ambiente; encorajamento da capacidade de aprendizagem das pessoas;
- Transformação de perdas em competências.

As crises, sofrimentos e vitórias expostas e refletidas no grupo e pelo grupo, promovem a criação gradual de consciência social e permitem que os indivíduos descubram as implicações sociais e pessoais da gênese da miséria e do sofrimento humano e de sua superação. Uma palavra, um gesto de apoio, pode fazer a diferença entre os que fracassam e os que são vitoriosos. Ressaltar estas virtudes, esses valores no grupo, é uma maneira de reconhecer o esforço do processo resiliente e torná-lo um instrumento de força transformadora. A socialização deste saber gera uma dinâmica entre a “leitura vertical” de si mesmo e a leitura “horizontal” com o outro, permitindo a cada indivíduo descobrir que cada um tem sua trajetória e produz seu “saber”.

Camarotti et al. (2002) destacam que o princípio básico da Resiliência é a carência que gera competência, o sofrimento que gera capacitação, fortalecimento. Nos princípios da TC consta que a vivência pessoal é uma fonte de saber e que os obstáculos, os traumas e os sofrimentos são fontes de conhecimento.

> Resiliência é um fenômeno psicológico construído e não uma tarefa da pessoa sozinha. A prática e o aprofundamento teórico da TC têm demonstrado que a promoção da fala, a socialização, identificação e compartilhamento das situações de perdas e sofrimento tem sido um veículo poderoso na sedimentação da Resiliência das pessoas envolvidas nos grupos dessa terapia. (CAMAROTTI et al., 2002, p. 37)

Os autores ressaltam ainda que o processo resiliente não é apenas um fenômeno individual. Existe resiliência grupal, institucional e comunitária. A

resiliência se propõe à reconstrução de um novo repertório baseado na capacidade de resistir e crescer na adversidade.

4.2.2 Antropologia cultural

Laplantine (2000), antropólogo francês, em seus estudos sobre antropologia da doença ressalta que a diversidade cultural de uma nação deve ser compreendida na relação saúde-doença. A ação da cultura na construção da doença não se restringe apenas aos valores de significados atribuídos aos sinais e sintomas corporais - ela pode dar-se também através da ação direta sobre os processos fisiológicos e psicológicos contribuindo para criação e formação dos sintomas. A ação da cultura se dá também através da criação de recursos simbólicos e forma socialmente aceita para exprimir e lidar com o sofrimento.

Barreto (2008) busca na compreensão da antropologia cultural o entendimento do indivíduo na sua forma de adoecer, ressaltando que os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do individuo e do grupo. A diversidade cultural é fonte de riqueza e de conhecimento para o povo, devendo ser respeitada e valorizada. Ela permite multiplicar os potenciais humanos na busca de solução de problemas e ressalta a importância da cultura, esse grande conjunto de realizações de um povo, ou de grupos sociais, como referencial.

A cultura deve ser vista como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, valorizado, mobilizado e articulado de forma complementar com outros conhecimentos. Este recurso nos permitirá somar, multiplicar nossos potenciais de crescimento e de resolução de nossos problemas sociais e construir uma sociedade mais fraterna e justa. Barreto *“considera que a transformação social só será possível quando se considerar duas vias: a do conhecimento científico e a do saber popular.¨(2005,pg 35).*

Para Groddeck (1988), a *doença* significa um caminho para o conhecimento de si mesmo. Integrar a doença à existência é o único meio de integrar a morte à vida. Assim como a arte, a doença é compreendida como uma criação do ser humano. Seria o último esforço ao mesmo tempo de compreensão e de ocultamento do que, nele, o ultrapassa.

Esse autor sintetiza seus conceitos afirmando que esse processo está sempre na perspectiva de uma busca de solução de um conflito que é preciso esclarecer.

Na perspectiva da TC a doença, o sintoma, a queixa seria o "*dedo que aponta a estrela"* (BARRETO, 2005, p. 38). Como chegar à estrela sem nos perdermos nos emaranhados dos sintomas? Como entender a angústia em si mesma sem estacionarmos na ante-sala do sintoma? Como decodificar a linguagem implícita numa queixa, num sofrimento físico, psíquico ou psicossomático?

Barreto (2005) ressalta que o profissional de saúde no território brasileiro deve considerar a diversidade cultural desta nação compreendendo esta diversidade como uma riqueza e que ser brasileiro é ser negro, ser europeu, ser índio, ou oriental, somos fruto desta mistura bem sucedida que conseguiu pegar o melhor de cada cultura. Deve também buscar compreender na pluralidade das raças, crenças o verdadeiro sentido de estar sadio ou doente, buscando compreender as estratégias que esse povo multirracial busca para lidar com seu sofrimento.

4.2.3 Pedagogia de Paulo Freire

Paulo Freire (1970) delineou uma *Pedagogia da Libertação.* As suas maiores contribuições foram no campo da educação popular para a alfabetização e a conscientização política de jovens e adultos operários, chegando a influenciar em movimentos como os das comunidade de bases. No entanto, a obra de Paulo Freire não se limita somente a esses campos, tendo eventualmente alcance mais amplo, sendo amplamente utilizada na área da saúde, tanto na formação contínua dos profissionais que atuam nesta área, quanto no campo da educação em saúde para a população em geral. Existe uma articulação de saberes entre a pedagogia de Paulo Freire e a TC. Barreto (2008) considera que a situação de ensino-aprendizagem na qual a TC se coloca requer um fundamento pedagógico para a prática terapêutica.

Alguns princípios comuns estão interconectados entre a Pedagogia de Paulo Freire e TC como a ¨*autonomia* do sujeito¨, a ¨*horizontalidade* do saber,¨ a ¨educação como prática *libertadora*¨, e a ¨*incompletude* do ser humano¨. O princípio da autonomia concebe o ser humano como autor do seu próprio destino, livre e responsável, construtor da sua própria circunstância e, portanto, autor das práticas capazes de reconduzi-lo à liberdade em caso de dominação ou opressão.

A horizontalidade do saber supõe que todos sabemos e somos doutores na nossa própria vivência, e a experiência de cada um é a fonte primeira do saber que nos permite eleger e viver. Na TC o saber popular e o saber científico andam juntos, ambos são considerados com fonte de conhecimento. Há um diálogo e uma troca de conhecimento, ensina-se e aprende-se, não há ignorantes e nem sábios absolutos. Há respeito ao conhecimento adquirido da comunidade, valoriza-se o saber local, nossa história como fonte de saber. Para Freire (2000), na sua pedagogia da autonomia, a educação tem mão dupla, quem ensina aprende. É nesta lógica de circularidade e horizontalidade - saber compartilhado que a TC se desenvolve em um espaço de partilha e troca de saberes.

A pedagogia de Paulo Freire considera que ensinar é um exercício de diálogo, de troca, de reciprocidade, e não apenas a transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente que sabe tudo para um educando inexperiente que não sabe nada. Para ser funcional, além da reciprocidade, a situação ensino-aprendizagem exige uma associação pertinente entre teoria e prática; carinho, apreço, e identificação com a missão; aceitação do novo e inclusão da diferença; e compromisso com interesses populares. O perfil acima aproxima a função educadora da função terapêutica comunitária e convida ambos a um contínuo fazer e refazer, agir e refletir (BARRETO, 2005).

Barreto (2005) utiliza a pedagogia de Paulo Freire na TC entendendo que

> Toda educação é um processo recíproco: ensina-se e aprende-se. Não há ignorantes absolutos nem sábios absolutos [...] A história de vida é fonte de saber [...] Todos somos sujeitos sócio-histórico-culturais [...] Deve-se respeitar e aceitar a diversidade sem discriminação e preconceitos. [...] Todo ser humano é inacabado, por isso devemos alimentar o espírito de busca de indagação no respeito às diferenças. Buscar novos conhecimentos ajuda na superação de dificuldades [...] Para ser cidadão, não basta conhecer o mundo das palavras, mas perceber-se como ser humano histórico que produz cultura e conhecimento. Somos chamados a ser criativos, fazer e refazer através da ação e da reflexão. Sairmos da posição de meros objetos para tornarmo-nos sujeitos.[3]

Para ser um bom terapeuta é preciso compreender que o processo de aprendizagem da TC se faz em um espaço de troca e partilha na escuta ativa. Barreto diz que *"quando falo de mim, estou ensinando e quando ouço o outro, estou aprendendo. Somos todos co-terapeutas –terapeutas".* (2008, p. 281)

---

[3] Fala proferida durante a formação dos Terapeutas Comunitários em Manaus/AM. (2005)

4.2.4 A abordagem sistêmica

A teoria dos sistemas, de fato, surgiu com Von Bertalanffy nos anos 50, a partir da reflexão sobre biologia, e tendo se expandido em várias direções. Hoje o pensamento complexo baseia-se na obra de vários autores, cujos pressupostos teóricos vêm tendo ampla aplicação em biologia, sociologia, antropologia social e desenvolvimento sustentado. Uma de suas principais linhas de atuação é a biologia da cognição que sustenta que a realidade é percebida por um dado indivíduo segundo a estrutura (a configuração bio-psico-social) de seu organismo em um dado momento. Essa estrutura muda constantemente de acordo com a interação do organismo com o meio (BERTALANFTY, 1975; MATURANA, 1999; MORIN, 1990).

Na visão sistêmica percebe-se a pessoa na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, contribuindo para a compreensão e transformação do indivíduo. As crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebermos como partes integradas de uma rede complexa com ramificações – teia complexa que envolve biológico (corpo), psicológico (mente e as emoções e social (relações grupais e a sociedade).Tudo está ligado. Os fatores interatuam. A família vive as mudanças históricas e sociais de seu tempo. Vive crises e busca soluções. A visão sistêmica coloca sob suspeita as afirmações categóricas e deterministas (BARRETO, 2005).

A abordagem sistêmica utiliza alguns princípios do pensamento complexo para compreensão de um problema onde:

- Tudo está ligado a tudo. O mundo natural é constituído de opostos ao mesmo tempo antagônicos e complementares. Toda ação implica em um *feedback*. Todo *feedback* resulta em novas ações;
- Vivemos em círculos sistêmicos e dinâmicos de *feedback*, e não em linhas estáticas de causa-efeito imediato. Por isso, temos responsabilidade em tudo o que influenciamos. O *feedback* pode surgir bem longe da ação inicial, em termos de tempo e espaço. Todo sistema reage segundo a sua estrutura. A estrutura de um sistema muda continuamente, mas não a sua organização;
- Os resultados nem sempre são proporcionais aos esforços iniciais. Os sistemas funcionam melhor por meio de suas ligações mais frágeis. Uma

parte só pode ser definida como tal em relação a um todo. Nunca se pode fazer uma coisa isolada;

- Não há fenômenos de causa única no mundo natural. As propriedades emergentes de um sistema não são redutíveis aos seus componentes. É impossível pensar em um sistema sem pensar em seu contexto (seu ambiente). Os sistemas não podem ser reduzidos ao meio ambiente e vice-versa.

Capra (2006) destaca que a compreensão de um problema através de uma visão sistêmica facilita a percepção de que a maioria das situações segue determinados padrões. Facilita a percepção de que é possível diagnosticar esses padrões (ou arquétipos sistêmicos, ou modelos estruturais) e assim intervir para modificá-los (no plano individual, no trabalho e em outras circunstâncias). Possibilita o desenvolvimento de melhores estratégias de pensamento. Permite não apenas entender melhor e mais rapidamente as situações, mas também ter a possibilidade de mudar a forma de pensar que levou a elas. Permite aperfeiçoar as comunicações e as relações interpessoais, percebendo e entendendo as situações com mais clareza, extensão e profundidade. É uma mudança de paradigma onde não existe fenômeno de causa única, que é possível e necessário pensar em termos de conexão, e não de eventos isolados.

Morin (1990) compreende que o pensamento sistêmico religa saberes separados e dispersos (interdisciplinaridade, transdisciplinariedade), desfaz a limitação do conhecimento em compartimentos estanques e inclui um método para lidar com a complexidade. Na prática do pensamento complexo, reconhece a circularidade entre as partes e o todo. Busca-se lidar com a incerteza, a aleatoriedade, a imprevisibilidade e as contradições. Chega às suas conclusões e diagnósticos tendo em conta o contexto e a relação entre o local e o global. Tem sempre em mente a necessidade de aprender a lidar com o autoengano, os esquecimentos seletivos, autojustificação e autoindulgência.

Barreto, na aplicação dos conceitos sistêmicos a TC, considera as três dimensões presentes em todo sistema “ *e que adianta cuidar do filho sem cuidar da mãe, do pai, da família, da comunidade* [...]” (2005,pg.169). Destaca que em todo tipo de cuidado que o profissional de saúde estiver inserido deve observar o fenômeno de forma complexa, buscando entender as interações sistêmicas dos processos saúde-doença. Busca a compreensão da família na dimensão sistêmica.

Arckerman (2001) ressalta que a família é um modelo universal para viver, uma unidade de crescimento, experiência de sucesso ou fracasso é também a unidade da saúde e de doenças. A TC busca no diálogo com diversos teóricos sistêmicos como Arckeman (2001), Maturana (1999) e Morin (1990) delinear uma compreensão sistêmica do processo saúde-doença construindo uma práxis terapêutica na dialética saúde pública, família e comunidade, entendendo que o modelo biomédico que privilegia a dor, a queixa, o medicamento necessita ser revisto, e que o sofrimento será compreendido como resultante interativo das questões biopsicossociais.

4.2.5 A teoria da comunicação

Segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), os processos de comunicação interferem no comportamento porque todo comportamento é comunicação. O comportamento tem valor de mensagem numa ação interacional. A atividade ou inatividade, as palavras ou silêncio, mesmo não intencionais, possuem um valor de comunicação. As crises e os problemas são observados e resolvidos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que interligam as pessoas em um todo. Envolve a biologia (corpo), a psicologia (mente e emoções) e a sociedade (contexto cultural). Esses aspectos estão interligados e todas as partes influenciam umas às outras. A consciência da globalidade possibilita abordar e situar um problema sem perder de vista as várias partes do conjunto, assim como estimular os mecanismos de autoregulação, proteção e noção de co-responsabilidade.

A dimensão comunicacional acentua a natureza inacabada, aberta, anti-positivista das ciências humanas. Impõe uma abordagem dinâmica preocupada em acompanhar, por um lado, as modificações teóricas e práticas e, por outro lado, o diferimento insolúvel na relação do homem-sujeito com o homem-objeto. O sentido não se pode identificar com a verdade, ou seja, não é mais possível enunciar o sentido no singular. O sentido tem sempre um carácter processual, é sempre uma produção dos interlocutores e a verdade resulta de uma interpretação, é sempre uma perspectiva obtida (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

A pragmática da comunicação de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) é o lugar das heterogeneidades. O carácter processual do sentido resulta numa multiplicidade heterogénea. A significação não está previamente no código, é o uso que operacionaliza e recria o valor dos signos. Os jogos de linguagem reenviam-nos para uma lógica do possível, não limitada por uma significação já dada *a priori.*

A significação é constrangida pela compreensão. A relação interlocutiva impõe uma bi-codificação e uma bi-contextualização: dois códigos e dois contextos entram em confronto e determinam a produção do sentido e das referências.

Em situações marcadamente assimétricas como médico-paciente, educador-educando, o nível de compreensão, de empatia, a dimensão relacional são decisivos para o sucesso ou insucesso dos atos pedagógicos e médicos. Um educador deve procurar compreender os desejos das crianças e ajudá-las a trazê-los à linguagem, ou seja, ajudar as crianças a atribuir sentido a esses desejos escondidos. Permitir que esses desejos ascedam ao simbólico é contribuir para um nível de satisfação bem mais essencial do que a sua redução a uma necessidade imediatamente saciável e por isso rapidamente morta. O desejo pede para ser vivido na linguagem e, desse modo, permanecer vivo (BARRETO, 2005).

Um médico deve prestar atenção ao paciente, olhando-o no rosto, lembrando-se que não é só a linguagem verbal que comunica, mas que todo o comportamento é comunicação. O tempo da consulta, a disponibilidade do olhar, o tom das palavras, a forma de ouvir, são algumas das estratégias de comunicação que atribuem um lugar ao outro, que lhe reconhecem, ou não, o papel de interlocutor, que o valorizam, ou não enquanto sujeito de fato e de direito. Vemos o outro como vemos o mundo: significando-o, imaginando-o, figurando-o. E a figuração humana está submetida a juízos éticos de transfiguração (figuração positiva) ou desfiguração (figuração negativa). A ética e a deontologia da educação e da medicina recordam-nos a responsabilidade de transfigurar o mundo, o mundo das coisas, mas também o mundo das relações humanas (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

Os princípios da teoria da comunicação aplicados na TC indicam que todo sintoma tem valor de comunicação. Isso significa que as queixas e os problemas apresentados estão comunicando um desequilíbrio familiar ou social.

5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF é um marco importante no setor saúde utilizada como mecanismo para atender ao disposto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Com os princípios da universalidade, integralidade e da equidade. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

A ESF representa um processo de dinamização do SUS com a participação de gestores de todas as esferas de governo, profissionais de saúde e da população. Sua trajetória de desenvolvimento começa em 1991 com a criação do PACS que representa o início do Programa Saúde da Família, como diretriz de reforma do sistema de saúde, tendo como intenção a acessibilidade ao sistema, adotando ações de prevenção primária. Em 1994, o MS, lança o PSF como uma Política Nacional de Atenção Básica com caráter organizativo e substitutivo.

A partir de 2006, com a Portaria Nº 648 de 28 de Março de 2006, do MS (BRASIL, 2006b), o PSF passa a denominar-se Estratégia Saúde da Família, como um modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, proporcionando a desburocratização do atendimento através de uma atenção integral e continua a todos os membros da família, constituindo a porta de acesso ao sistema local de saúde, dando um atendimento às necessidades de saúde e funcionamento a partir do sistema de referência e contra-referência.

O MS determina que a ESF tenha como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseada na promoção e proteção da saúde e diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. A ESF tem caráter prioritário no campo da vigilância à saúde,

estando suas ações centradas no território. Isto significa que em grande medida a normatização da Estratégia inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente (CAMPOS, 1994; MERHY, 2002) e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

A ESF estabelece o atendimento a uma população adscrita de 1.000 famílias ou 4.500 pessoas por equipe, sendo a equipe mínima constituída de acordo com normas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), por "[...] *um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde*. *Quando ampliada conta ainda com: um dentista um auxiliar de consultório dentário e, um técnico em higiene denta".(DAB/MS, ano 2004)*

Estabelece também o exercício de práticas de humanização da atenção com atividades de visitas e internações domiciliares (*home care*), realizados pela equipe através de ações de educação e promoção da saúde. A equipe do ESF deve promover a participação ativa da comunidade nos cuidados da saúde em parceria dos diversos setores e instituições da comunidade. Com assessoria dos níveis federal e estadual, as Secretarias Municipais de Saúde-SMS definem e executam o processo de recrutamento e seleção dos profissionais. Há uma carência de profissionais especializados para atender aos desafios da ESF, no entanto, existe empenho do MS em estabelecer pólos de referência em algumas universidades brasileiras. É ainda um momento de transição e reorganização dos serviços em atenção básica na esfera brasileira (RODRIGUES 2008).

A Portaria nº 154 do MS (BRASIL, 2008) cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), aumentando, assim, as possibilidades de assistência aos usuários da atenção básica a partir da participação de profissionais de outras especialidades. São criados os NASF 1 e NASF 2:

NASF 1: Introduzidos com repasse de R$ 20 mil mensais e compostos por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada NASF 1 estará ligado a cerca de oito a 20 EqSF, com exceção de Estados do norte para os quais o mínimo é de cinco equipes;

NASF 2: Introduzidos somente nos municípios com densidade populacional abaixo de 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007, com repasse de R$ 6 mil mensais e compostos por, no mínimo, três profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. A Portaria ainda recomenda que cada NASF conte com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental.

Cordeiro (2005) ressalta que o modelo hospitalocêntrico é caro, de caráter curativo e está de certa forma, sendo superado, e que a expansão da ESF tem contribuído para uma nova forma de se desenvolver o processo de saúde no Brasil.

5.1 Saúde Mental na Atenção Básica

A criação e a expansão do SUS ocorreu de forma paralela ao movimento da reforma psiquiátrica, reforma esta que aponta novos caminhos de assistência aos portadores de transtorno mental. Essa nova forma de prestar serviços a essa clientela promoveu o encontro entre saúde mental e atenção básica nas comunidades (LYRA, 2004) exigindo que novas redes de serviços substitutivos fossem criadas. O desenvolvimento da ESF nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) marcam um progresso indiscutível da política do SUS (AMARANTE, 2003). Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal do ponto de vista da melhoria da atenção.

Amarante (2003) relata que os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras, têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Um grande número de atendimento composto deste sofrimento psíquico menos

grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas.

O Ministério da Saúde no uso de suas atribuições legais, através da Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002) estabelece os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja função é o atendimento público em saúde mental, constituindo-se nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS II, CASI e CAPAD, definido por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do MS, são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles são territorializados, ou seja, são circunscritos ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, que devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas devem ser sempre em direção à comunidade.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo MS, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir a atenção básica segundo estimativas internacionais e do MS. A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental, sendo que 56% das EqSF referiram realizar alguma ação de saúde mental. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas, ou de vida mais saudáveis (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas

ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Nesse sentido de articulação da rede o desenvolvimento da ESF nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva. Estruturado em equipes de Atenção Básica, o campo de intervenção de cada EqSF é sempre composto pela articulação dos técnicos com as pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente

As equipes da atenção básica representam um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde mental fazendo parte da rede de apoio aos sofrimentos psíquicos como, por exemplo, o uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas, a depressão, entre outros problemas que podem gerar prejuízo às comunidades e ao poder público em geral.

Vive-se um momento ímpar no âmbito da saúde mental e da política da reforma psiquiátrica com a construção de um novo modelo no que tange aos cuidados com as pessoas com transtornos mentais, com possibilidade de consolidação das estratégias do SUS, avançando na construção de novos modelos de atenção integral a saúde da população brasileira. Rodrigues e Santos ressaltam que o SUS "*foi concebido durante um processo político e ao mesmo tempo tenso e rico [...] marcado, no entanto, por grandes dificuldades políticas*" (2008, p. 109), mas tem ao longo desses anos se fortalecido através de ações como o "Pacto pela Vida" com introdução gradual de mecanismos de gestão mais eficientes, fortalecendo o processo de regionalização e hierarquização da rede de ações e serviços de saúde.

Rodrigues e Santos (2008) enfatizam que o Brasil é o único país federativo com sistema público de saúde com acesso universal, proposta ousada dentro das condições sociogeográficas e políticas do país. Mas que com a descentralização com ênfase nos municípios, podemos superar o déficit em saúde que o país possui, acreditando que um dos avanços se dá em termos de reestruturação da atenção básica e a ampliação dos serviços de alta complexidade.

5.2 A Terapia Comunitária na Atenção Básica

O Ministério da Saúde tem investindo, desde 2008, na capacitação de profissionais da ESF em TC. O objetivo é que a prática da TC seja incorporada às ações da ESF com uma estratégia de saúde da família.

A TC é um instrumento terapêutico de promoção de saúde mental que possibilita a criação gradual da consciência social, favorecendo o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias através da restauração dos vínculos sociais. Insere-se no contexto da atenção básica, priorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação em saúde e a habilitação e inclusão social. Valoriza a primazia da interdisciplinaridade - acordo crítico entre as especialidades – rompendo com a concepção de especialidade corporativista, possibilitando:

- Articular rede de suporte e serviços dos recursos da comunidade de referência do usuário;
- Realizar projetos terapêuticos emancipadores e transformadores do imaginário social – circulação do usuário – ruptura com estigma social;
- Priorizar a intersetorialidade - educação, direitos sociais e humanos, cidadania, trabalho, cultura e lazer;
- Garantir a acessibilidade e a participação popular à facilidade de acesso do usuário aos serviços;
- Planejar e decidir coletivamente ações pertinentes à cidadania, ampliando o coeficiente de autonomia.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, assim como a autonomia das pessoas na comunidade. Visa o acolhimento e humanização no atendimento de modo a responder às demandas com responsabilidade; atendimento clínico de qualidade, a partir do respeito às especificidades; e co-gestão da comunidade no planejamento, na execução dos serviços e no acompanhamento e fiscalização das ações. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável tendo como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

A atenção básica efetiva a integralidade em seus vários aspectos: desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado valorizando os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação. Estimula também a participação popular e o controle social. O MS vem operacionalizando a política de atenção básica no país através da estratégia nacional prioritária, que é a ESF.

6 DEPRESSÃO

6.1 Aspectos Psicológicos da Depressão

Diversos aspectos psicológicos parecem ter um papel na probabilidade do desenvolvimento de depressão, especialmente as formas graves. Provavelmente, esses fatores são os principais responsáveis por outras formas de depressão leve e moderada, principalmente a chamada depressão reativa. Beck (1999) destaca que pessoas com baixa auto-estima, que vêem o mundo e a si mesmas com pessimismo

ou que são facilmente arrebatadas pelo estresse, estão mais propensas ao desenvolvimento de depressão.

Knap (2004) ressalta que os fatores de aprendizado social, também são significativos no desenvolvimento da depressão. As pessoas aprendem formas bem e mal-adaptadas de manejo do estresse e de resposta aos problemas enfrentados no ambiente familiar, na escola e nos ambientes social e profissional. Esses fatores, relacionados ao ambiente, influenciam o desenvolvimento psicológico e a forma como as pessoas tentam resolver seus problemas, à medida que eles surgem. Esses fatores de aprendizado social também explicam porque os problemas psicológicos parecem ocorrer mais freqüentemente em membros da mesma família. Se uma criança cresce em um ambiente pessimista, no qual o desencorajamento é comum, e o encorajamento é raro, ela vai desenvolver uma propensão à depressão.

Uma perda grave, doenças crônicas, problemas de relacionamento, estresse no trabalho, crises na família, problemas financeiros ou qualquer alteração na vida, que não seja bem-vinda, podem desencadear um episódio de depressão. Freqüentemente uma combinação de fatores: biológicos, psicológicos e ambientais, estão envolvidos no desenvolvimento dos transtornos depressivos, bem como de outros problemas psicológicos.

Pacientes que apresentaram episódios depressivos graves, freqüentemente relatam um evento estressante como precipitador da doença. A ocorrência de eventos graves, durante a infância, aumenta o risco de depressão na idade adulta. A separação dos pais, a ocorrência de abuso físico e experiências de medo, estão especialmente associados ao desenvolvimento de depressão, na idade adulta.

A ocorrência de eventos estressantes, na idade adulta, também é capaz de desencadear um episódio depressivo. A perda de um companheiro (por exemplo, um divórcio ou morte) é um fator de risco para depressão. De fato, a perda do ente amado é o fator desencadeante mais frequentemente relatado pelos pacientes. Porém, todas as perdas importantes causam reações de tristeza. Os indivíduos que desenvolvem depressão após uma perda, provavelmente apresentam fatores predisponentes (genéticos e/ou ambientais). A existência ou ausência de relacionamentos fortes, com familiares e amigos têm efeito positivo ou negativo, respectivamente, na recuperação de um episódio depressivo. Muitas pessoas conseguem lidar com isso e acabam não desenvolvendo depressão crônica.

O DSM-IV apresenta os aspectos psicológicos da Depressão onde o individuo apresenta pelo menos 02 semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhado dos seguintes sintomas: humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. São frequentes e temíveis as idéias de suicídio. Os pensamentos de suicídio variam desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o ato). Esses pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito (BECK, 1997).

O DSM-IV considera que nos quadros de depressão há:

> Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis. As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas, e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis "obrigações".
> • Fadiga ou sensação de perda de energia. A pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial. Lentifica-se o tempo para a execução das tarefas.
> • Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões.
> Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis. Um paciente pode se demorar infindavelmente para terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher as palavras adequadas. O curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado. Professores experientes queixam-se de não conseguir preparar as aulas mais rotineiras; programadores de computadores pedem para ser substituídos pela atual "incompetência"; crianças e adolescentes têm queda em seus rendimentos escolares, geralmente em função da fatigabilidade e déficit de atenção, além do desinteresse generalizado. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002, pg. 355).

A Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) destaca três tipos de depressão: leve, moderado e grave sendo que em qualquer um desses tipos, o indivíduo usualmente sofre de perda de interesse, prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e a redução da atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leve é comum (CAETANO, 2002) apresentando ainda como característica: autoestima e autoconfiança reduzida, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídios, sono perturbado e apetite diminuído.

6.2 Aspectos Fisiológicos da Depressão

Os portadores de Depressão apresentam os seguintes sintomas fisiológicos segundo classificação do DSMIV :

> [...] *alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência). A insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a conciliar o sono), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã). Pode também ocorrer insônia inicial. Com menor frequência, mas não raramente, os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia.*
> *• alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite). Muitas vezes a pessoa precisa esforçar-se para comer, ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. As crianças podem, pela inapetência, não ter o esperado ganho de peso no tempo correspondente. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas de aumento do apetite, que se mostra caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces.*
> *• Redução do interesse sexual, evidências comportamentais, retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas.*
> *• Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora. Frequentemente os pacientes se referem à sensação de peso nos membros, ou ao "manto de chumbo" que parecem estar carregando.(2002, pg.354)*

Deve-se ainda lembrar, no diagnóstico das depressões, que algumas vezes o quadro mais típico pode ser mascarado por queixas proeminentes de dor crônica (cefaléia, dores vagas no tórax, abdomem, ombros, região lombar, etc.). Vale ressaltar que essas queixas são frequentes e geralmente têm por base a depressão e a ansiedade, constantemente associadas. Em idosos, principalmente, as queixas de caráter hipocondríaco costumam ser muito comuns.

6.3 Classificação da Depressão

O CID- 10, em sua décima revisão, assim apresentam os transtornos do humor, em suas linhas gerais: Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço

mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar esses três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. No episódio depressivo leve classificado como F32.0 geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. Onde paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Entretanto no Episódio depressivo moderado classificado como F32.1 estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Nos episódio depressivos graves mas, sem sintomas psicoóticos classificados de F32.2 vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos". Há ainda outras classificações ao entendimento da depressão apresentado pelo a CID-10 conforme classificado:

> *• F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania).*
> *• F31 - Transtorno afetivo bipolar.*
> *O transtorno afetivo bipolar pode ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. Os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas em F32. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (F31.6).*
> *• 1 2 F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único).*
> *O episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos.*
> *Transtornos bipolares:*
> *• 296.xx - Transtorno bipolar I.*
> *O transtorno bipolar I inclui a ocorrência de episódio maníaco único. O DSM IV pede que se especifique o tipo do episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto, ou inespecificado.*

> *• 296.89 - Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior). Especificar se o episódio atual (ou mais recente) é hipomaníaco ou depressivo.*
> *• 301.13 - Transtorno ciclotímico*
> *• 296.80 - Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE)*
> *• 293.83 - Transtorno do humor devido a condição médica geral.* (CAETANO, 2003, pg.111).

O DSM IV fornece em seu apêndice B, conjuntos de critérios para estudos adicionais. No que concernem os transtornos do humor, devem ser lembrados: transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente, transtorno misto de ansiedade-depressão e transtorno da personalidade depressiva.

Com o objetivo de adaptar a CID-10 ao contexto da assistência básica foi elaborada pela World Organization of Family Doctors (WONCA), a International Classification of Primary Care (ICPC) - Classificação Internacional de Cuidados Primários (básicos) (VAN DER HEYDEN; VAN OYEN; GISLE, 2004).

O ICPC é um sistema de códigos clínicos voltados especialmente para a área de atendimento primário. Sendo assim, as informações classificadas são relacionadas aos sintomas do paciente de maneira simples, sem o uso de termos médicos, respeitando uma das principais características do atendimento da atenção básica.

Para garantir a capacidade de comparação dos seus códigos com os da CID-10, a ICPC sofreu uma revisão em 1998 pela WONCA, que ficou conhecida como ICPC-2, que se tem utilizado dentro da atenção básica em muitos países, mais ainda pouco usada na atenção básica no Brasil, esta nova estrutura é composta por dois eixos: o primeiro eixo apresenta informações que envolvem os sistemas do corpo humano, psicológicos e sociais aos quais os relatos se referem; o segundo apresenta informações sobre o tipo de relato, tais como diagnósticos, procedimentos, sinais e sintomas e doenças. O código de um motivo de consulta é composto por uma letra que representa o primeiro eixo, e dois dígitos numéricos, que representam o segundo eixo. No caso de perturbação depressiva, seria representado pelo termo “psicológico” (P). O segundo eixo representa a presença de um diagnóstico (76). Logo, a perturbação depressiva é descrita pelo ICPC 2, como P76. Compreendemos a importância do ICPC-2, por isto a citação acima de sua relevância, porém por ser pouco utilizada no Brasil, muitos profissionais de saúde da atenção básica ainda não a utilizam por desconhecerem seu funcionamento, e tem sido o CID-10 o instrumento de diagnóstico das doenças na atenção básica mais

frequentemente utilizado. Porém, para compreensão da nossa pesquisa, iremos utilizar a compreensão e o raciocínio dado pelo CID 10, DSMIV.

6.4 Depressão no Modelo Psicossocial

Yapko (2007) destaca que depois de muitos estudos, hoje o modelo mais aceito, para a causa do transtorno depressivo, é a conjunção de fatores como: genético – tendência familiar para o desenvolvimento de quadros de ansiedade e de depressão. Não se descobriu ainda um marcador genético para a depressão. Já no caso do TB (transtorno bipolar), sabe-se que a causa é genética, com a probabilidade de, quando um dos genitores tem o T.B., há 25% de chance para o filho ser portador da doença. Quando ambos os pais têm a doença, a chance aumenta para 75%.

Outro fator de relevância para compreensão da causa da depressão é a convivência social com pais deprimidos tornando grande a chance de se desenvolver a doença. Isto porque, segundo argumentos oferecidos por teóricos cognitivistas como Beck (1999), muitas das nossas predisposições aos transtornos afetivos vêm desta vulnerabilidade social, a que somos expostos, como a convivência com figuras parentais adoecidas. Ainda outro fator relevante a este tipo de adoecimento, são as questões afetivas graves, privações e abusos que também favorecem o aparecimento da doença.

Assim, podemos dizer que :

> [...] a depressão possui um componente biológico (genes, bioquímica, doenças e drogas). A depressão possui um componente psicológico (distorções cognitivas, histórico). A depressão existe em um contexto social (diferenças sociais, sofrimento e influências culturais). (YAPKO, 2007, p. 78)

Em novos estudos sobre a neurogênesis relatados por Yapko (2007) os cientistas estão observando que o hipocampo (parte do sistema límbico cerebral) é menor nos deprimidos. O uso constante dos antidepressivos além de aumentar os níveis de serotonina podem estar associado ao crescimento de novos neurônios desta região, pois foi detectado aumento do tamanho do hipocampo. Pesquisas iniciadas nos anos 90 estão em avanço na procura de novas drogas para

neurogênesis. Em animais de laboratório que receberam antidepressivos a produção de neurônios aumentou.

Por enquanto alguns psiquiatras trabalham numa concepção biológica, com a hipótese de recuperação do nível de serotonina e do equilibrio dos níveis de dopamina. Podemos tirar como conclusão que a depressão ocorre por um conjunto de fatores, como o biológico (genes), o ambiente desfavorável e o aprendizado familiar, mas não por um único fator preponderante.

Yapko (2007) ressalta que é tão impreciso afirmar que depressão (não doença bipolar) é hereditária quanto afirmar que ela não é. As influências genéticas atuam sobre características cognitivas, psicológicas e da personalidade, mas não sobre uma entidade global chamada depressão. Existe uma correlação gene-ambiente, cujas variações, na expressão genética, estão associadas a várias circunstâncias ambientais.

De acordo com este mesmo autor que vem há 20 anos estuda a depressão, os pacientes deprimidos têm uma maneira muito peculiar de lidar com os problemas da vida. São globalizadores e pouco específicos. Uma parte funciona como um todo. Caso algo aconteça de ruim, como ir mal numa prova, o sujeito deprimido globaliza dizendo "[...] *minha vida é assim! Sou um azarado mesmo! Urubu fez... na minha cabeça! Nada de bom acontece comigo!* [...]" (YAPKO, 2007, p. 17).

O autor ainda questiona o que acontece com a pessoa não deprimida. Por que ela não deprime? Ela compartimentaliza problemas. Por exemplo: ir mal numa prova pode ser porque não estudou ou por estar muito difícil. Mas não perde o dia, nem a semana, ou o humor com isso. Algumas pessoas, mesmo passando por situações difíceis, não deprimem. Elas têm uma visão otimista. Vêem que na vida há problemas, mas não se paralisam, vão à luta e confrontam Os deprimidos recuam se escondem, acham que o pior vai sempre acontecer e desistem.(Yapko, 2007)

Knapp et al. (2004) destacam que o comportamento evitativo é frequente no deprimido. As pessoas deprimidas geralmente são: desanimadas, tristes ou chorosas, podem apresentar mau-humor, têm pensamentos negativos recorrentes, apresentam falta de desejos, não têm esperança no futuro, têm sentimento de inutilidade, podem apresentar ideias suicidas, geralmente têm insônia terminal (fim do período de sono, depois das 3 horas da manhã), têm sempre distúrbio alimentar e podem usar o álcool como calmante.

Algumas dessas pessoas estão evoluindo de um quadro de ansiedade. Sofreram ansiedade por anos seguidos e, por desgaste, se esgotaram! Não reagem! Precisam parar! O corpo literalmente para e pede: descanse, durma, alimente-se bem; evite problemas até se recuperar (KNAP, 2004).

6.5 Abordagem Psicanalítica da Depressão

Roudinesco e Plon (2001) afirmam que a depressão não é uma neurose, nem uma psicose, nem uma melancolia, mas uma entidade nova que remete a um estado pensado em termos de fadiga, déficit, ou enfraquecimento percebendo uma fenomenologia de borda para estes transtornos, tendo em vista que há um estado limite, onde o sujeito mostra-se invadido por afetos contraditórios que o paralisam não somente em seus atos, mas em seu próprio ser. Todavia, afetado por uma angústia e por uma depressão insuperáveis, ele pode também responder com uma desafetação radical, que oscila entre uma apresentação neurótica, psicopática ou esquizóide.

Fenichel (2005) apresenta a depressão como uma perda significativa da autoestima, com seu colapso total. O paciente deprimido queixa-se que não vale nada, procedendo como se tivesse perdido seu ego. Por isso a manifestação de comportamento autodestrutivos apresentando sentimento de desvalia, desamor e descontentamento com a vida. Freud (1988) enfatiza a importância de uma orientação narcísica como pré-requisito etiológico da depressão.

Em condições sociais difíceis, em época instável, aumenta o número de depressões e de suicídios depressivos, as populações excluídas das grandes cidades se tornam vulneráveis a este adoecimento. Neste tipo de adoecimento, a ¨*violência é voltada contra a própria pessoa, vista como fracassada, não merecedora de alegria e vida, não reconhecida e com sentimento de culpa e impotência, levando muitas vezes ao suicídio*” (BARRETO, 2008, pg. 339).

Apesar da explosão da depressão na atualidade, esta parece ser tão antiga quanto a humanidade, ou melhor, a tristeza é companheira do homem desde a sua origem. Urânia Peres (2006) chega a afirmar que a depressão faz parte da própria estrutura humana. Todavia, era o termo melancolia que imperava, termo surgido da teoria de Hipócrates sobre os quatro humores. A melancolia é a bílis negra, cuja

alteração qualitativa ou quantitativa produz o quadro melancólico caracterizado pelo medo e pela tristeza.

Em Freud (1988), este conceito de melancolia é discutido em exaustão para compreensão da depressão, o autor busca como recurso de compreensão da melancolia o entendimento da problemática edipiana.

Independentemente dos conceitos, a melancolia parece perseguir os grandes gênios da história. Parecia até ser condição de genialidade, do pensamento, da filosofia e da literatura. Parece que depressão e criação ficam indissociáveis: o homem triste é também o homem profundo, a alegria é superficial[4].

O homem não vive sem o seu sofrimento (FREUD, 1988). A tristeza, a depressão, a angústia, a falta, o desejo são constituintes da humanidade. Não há droga, ritual, conjuro ou qualquer outra coisa que tire essa essência. Pelo contrário, a droga parece criar a depressão nos dias de hoje.

Alguns questionamentos podem ser feitos na atualidade com relação à depressão, tais como o número de diagnósticos de depressão na atualidade. Até que ponto as indústrias farmacêuticas financiam a depressão? E até que ponto a depressão financia a indústria farmacêutica? Será que as pessoas têm o direito de aproveitar a sua essência hoje em dia? Pode-se sentir tristeza, angústia, desamparo? Posso eu andar por estas vias sem cair nas vias da depressão ou da melancolia? O ser humano engajado e integrado não teme viver toda a sua potencialidade. O homem na contemporaneidade está exposto a diversos fatores que propiciam estados permanentes de tensão e desequilíbrio, o que, por sua vez, propicia a mais adoecimento psíquico.

Zimerman (1999), um dos psicanalistas contemporâneos que tem estudado a depressão, destaca que são várias as causas que podem remeter as pessoas a quadros depressivos. Em seus estudos, apresentou as seguintes etiologias como possíveis causas de depressão:

- Depressões **anaclíticas** - descrevem como vivências depressivas singulares relacionadas a experiências traumáticas primitivas ou a ôcos de experiências afetivas de contato, constituindo o que denomina de “núcleo de mágoa crítica”. Estas vivências traumáticas tendem a se

[4] Grifo da autora.

repetir quando estimuladas por certas experiências atuais que se configuram como catástrofes iminentes;

- Depressões por **identificações com os objetos perdidos**: A sombra do objeto recai sobre o ego);
- Depressões **resultantes de perdas**. Estas podem se referir a um ente querido, uma relação amorosa, perda de emprego, condição social, ou algo que tenha grande importância;
- Depressões **por culpas**, quando se verifica a presença de um superego extremamente severo, que acusa o indivíduo diante de qualquer manifestação de sua especificidade ou instintividade;
- **Rupturas com os papéis designados**- A depressão provém de um ego ideal (expectativas gradiosas);
- **Depressões narcisistas** são decorrentes da decepção do indivíduo consigo mesmo, com os ideais que projetou para si mesmo;
- Depressões **resultantes de identificações patógenas** que ocorrem em pessoas cujas figuras parentais apresentam quadros de depressão, e que lhes fornecem modelos de identificação;
- **Pseudodepressão** - Pessoas cuja existência é fundamentada em sentimentos de desvalor, desamor. São niilistas por natureza

As referências sobre depressão apresentadas do ponto de vista psicanalítico servirão posteriormente como categorias analíticas para compreensão dos dados colhidos na pesquisa

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, onde a Terapia Comunitária é o objeto de avaliação. Foi escolhida a abordagem qualitativa tendo em vista a busca de um caminho metodológico apropriado ao entendimento dos aspectos dinâmicos, individuais, grupais da experiência humana. Turato (2003) destaca que a pesquisa qualitativa é um meio científico de conhecer e interpretar os significados de natureza

psicológica e psicossocial, principalmente os relacionados à saúde-doença. Ele descreve a pesquisa qualitativa como:

> O estudo teórico - e seu uso correspondente em investigação - de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e os significados atribuídos a fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos, sejam pacientes ou qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde parentes, membros da equipe profissional e da comunidade. (TURATO, 2003, p. 240)

.

Na abordagem qualitativa utilizada nesta pesquisa se buscou criar um enquadramento da relação face a face, valorizando os traços afetivos, e escutando a fala do sujeito com foco sobre os tópicos ligados a saúde-doença e aos processos terapêuticos, observando a linguagem corporal e o comportamento dos sujeitos.

Foram utilizados conceitos da área da saúde coletiva com intercessão com a saúde mental e ainda conceitos básicos da psicanálise buscando responder as questões norteadoras. Na investigação clínica em psicologia utiliza-se de conceitos que são aceitos e entendidos por outros profissionais de saúde. Figueiredo e Tenório (2002) afirmam que a psicologia e a psicanálise comportam uma dimensão clínica e uma dimensão de pesquisa, um método terapêutico e um método de investigação. Esse mesmo autor sugere que há muitas maneiras de estudar o conteúdo psicoterápico com a finalidade de melhorar o entendimento de como ele funciona.

Embora a abordagem qualitativa tenha permeado toda a pesquisa, utilizou-se também procedimentos quantitativos, para revelar dados quantificáveis de interesse para o estudo.

7.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Petrópolis, situado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Possui uma extensão de 776,6 km², distribuídos em cinco distritos, com uma população de 306.645 habitantes (BRASIL, 2005a), onde 94% concentram-se na região urbana e 6% na região rural do município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,804, situando-o entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8), fazendo com que ocupe a sétima posição no Estado em relação a

este índice, tendo apresentado um crescimento relativo de 7,06% no período de 1991-2000. Sua posição é igual ou superior a de 91,3% dos municípios do Brasil. A educação foi a dimensão que mais contribuiu para o crescimento do IDH do município no período 1991-2000, seguida pela renda e pela longevidade.

Dados do sistema de informação da atenção básica (SIAB 2006) informam que das famílias cadastradas na ESF do município, 43,34% são abastecidas pela rede pública de água; 28,31% das famílias referem consumir água sem tratamento; 6,22% têm o seu lixo enterrado/queimado ou a céu aberto; 9,54% da população têm os dejetos despejados “a céu aberto”; 93,77% da população acima de 15 anos são alfabetizadas; 89,16% da população de 7 a 14 anos estão na escola; 12,71% são cobertas por plano de saúde; 3% participam de associações comunitárias; 89,99% usam ônibus como meio de transporte mais utilizado; e 82,45% têm a televisão como o meio de comunicação mais utilizado. As principais atividades econômicas da cidade estão relacionadas ao setor industrial e agropecuário, têxtil, de vestuário, moveleiro e serviços de manutenção e reparo.

A ESF no município atinge 133.800 mil Petropolitanos (45 % da população) e conta com 40 EqSF em 35 Unidades de Saúde da Família - USF.

A pesquisa foi realizada em uma das USF do município localizada no bairro “Meio da Serra”, no período de junho a agosto de 2009. A população do bairro é de 3.073 pessoas, com 943 famílias cadastradas. A EqSF é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde(ACS). A população tem como fonte de renda o trabalho no comércio local, e algumas famílias vivem de trabalho autônomo como pedreiro, carpinteiro, emprego doméstico, dentre outros.

A escolha desta unidade se deu por indicação da Coordenação da ESF do município, por identificar que o bairro Meio da Serra tem um número significativo de pessoas em sofrimento psíquico, com queixas de depressão, e que na unidade ainda não tem nenhum tipo de atendimento em grupo voltado para esta problemática, características estas que, segundo a coordenação facilitariam o desenvolvimento da pesquisa.

7.3 Sujeitos da Pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa com grupo específico, a escolha dos sujeitos do estudo foi intencional. Contudo obedeceu aos critérios pré-estabelecidos: residir na área geográfica de atendimento da USF, bairro Meio da Serra e apresentar sinais e sintomas clínicos de depressão e participar em 80% dos encontros de TC

Para a seleção dos sujeitos foi aplicado o questionário inventário de Beck. Assim, fizeram parte da pesquisa, 20 pessoas, do sexo feminino, com idade entre 15 à 75 anos. Os usuários foram encaminhados a pesquisadora pela EqSF, em dia previamente marcado, para aplicação do instrumento de confirmação da presença de sinais e sintomas de depressão.

As mulheres foram nomeadas com rosas, a fim de manter o anonimato exigido para pesquisas envolvendo seres humanos.

7.4 Instrumentos e técnica de produção do material empírico:

Foram utilizados nesta pesquisa dois instrumentos: o Questionário Inventário de Depressão de Beck (para seleção dos sujeitos do estudo), o questionário de Eficácia da TC criado por Barreto (2005), para avaliar o impacto da TC na formação de vínculos e recuperação da autoestima, e a técnica da Terapia Comunitária (Barreto 2008) para avaliação da TC no tratamento da depressão a partir dos depoimentos dos usuários.

O Questionário de Inventário de Depressão de Beck, (Anexo), é um instrumento fechado que possibilita uma classificação de graus de depressão a partir da pontuação das respostas obtidas. Este instrumento (BDI) foi criado pelo Dr. Aaron T. Beck. Trata-se de uma escala de auto relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos É um 21 múltiplo de perguntas e auto escolha e é provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, com base na gravidade dos sintomas. Escore de 0 a 12 indicam sem depressão, 13 a 20 indicam depressão

leve, 31 a 63 indicam depressão grave; O diagnóstico é dado de acordo com o somatório das pontuações de cada questão.

O questionário de Eficácia da TC (anexo) é um instrumento para avaliar o impacto da terapia comunitária. Foi elaborado por Barreto (2005), criador da TC e contou com a participação de Miriam Rivalta Barreto, mestre pedagoga, psicóloga, formadora e intervisora da Terapia Comunitária. A avaliação é feita nos planos individual (dados pessoais, vínculos e autoestima) e coletivo (mudanças geradas no campo social). O instrumento é composto de 28 perguntas distribuídas de modo a contemplar os seguintes vínculos: familiar, conjugal, filial, moradia, comunitário, leitura, escrita, profissional, econômico, religioso, saúde física, saúde psíquica, apoio social, segurança, lazer, alimentar, tecnológico, amizade, documentação, cidadania, solidariedade, dependência, espiritual. A pesquisa priorizou a análise dos vínculos: familiares, conjugal, comunitário, profissional, nos portadores de depressão do ESF de Petrópolis, assim como da auto estima.

Barreto (2008) identifica três tipos de vínculos que precisam ser avaliados quando se faz uma pesquisa qualitativa em TC, que seriam vínculos saudáveis, vínculos frágeis, vínculos de risco.

> *Os **vínculos saudáveis** são os vínculos que nos ligam aos outros de maneira positiva deixando-nos felizes e confiantes, consolidando a vida em sociedade. (ter um trabalho, uma moradia, possuir documentos, votar nas eleições, etc). Os **vínculos frágeis** demonstram confiança abalada, pois as situações nos deixam desconfortáveis. (por exemplo, manter um diálogo muitas vezes difícil na família, ou no emprego, no qual trabalhar sem carteira assinada produz insegurança). Os **vínculos de risco** separam-nos uns dos outros, prejudicando a nossa saúde, como por exemplo, sentir-se sem apoio e privados do suporte solidário diante das dificuldades de emprego, de saúde, de perdas e tantas outras. Consta também deste instrumento, a **avaliação da autoestima**, pois ela é a chave que nos possibilita sair destas situações de sofrimento psíquico. (BARRETO, 2008, p.304)*

A Terapia Comunitária foi utilizada também como técnica de produção do material empírico e foi aplicada em oito momentos, utilizando o protocolo da TC, ou seja obedecendo todas as etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.

Na primeira roda de TC participaram 12 pessoas, na segunda 19, na terceira 28, na quarta 36 na quinta 40 na sexta 42 e na última 49 usuários.

As rodas de TC têm um caráter de grupos abertos; o foco interventivo e preventivo favorece uma adesão bastante significativa. Uma das suas características

é ser grupo heterogêneo quanto ao sexo, etnia, religião, idade, classe social, etc.. Geralmente, o que as pessoas têm em comum, é o sofrimento psíquico, neste caso associado à depressão.

A abordagem grupal, através das Rodas de TC, proporciona o compartilhamento de experiências e conseqüentemente, facilita a percepção do funcionamento do indivíduo por identificação com os demais membros do grupo.

7.5 Aspectos éticos:

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá, sendo considerado adequado para ser realizado em população humana.

7.6 Procedimentos

A pesquisa de campo obedeceu o desenho metodológico descrito a seguir:

I – Realização de uma palestra com EqSF para apresentar a TC e a pesquisa a fim de sensibilizá-la para participar e apoiar a pesquisa.

II - Realização de palestra sobre saúde mental e tratamento da depressão dirigida aos usuários da USF, com a finalidade também de apresentação da pesquisa sendo descritos seus objetivos e procedimentos.

III - Aplicação do Questionário Inventário de Beck, aos usuários encaminhados pela EqSF com queixas e sintomas de depressão para confirmação diagnóstica e seleção dos sujeitos do estudo. O questionário foi aplicado aos 20 participantes e todos foram selecionados para a pesquisa.

IV - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos usuários escolhidos. Os dados coletados foram analisados protegendo os voluntários quanto sua identidade. A adesão dos usuários foi voluntária, sem nenhum comprometimento do atendimento recebido nas unidades da ESF caso não desejassem participar.

V - Realização de 8 rodas de TC com os sujeitos do estudo, com duração de 1h40min cada e intervalo de uma semana entre uma roda e outra. O número de rodas foi pré determinado, por se tratar de um grupo de mútua-ajuda, onde o processo psicoterápico acontece a partir do primeiro encontro.

VI- Aplicação do Questionário de Eficácia da TC - Na primeira e na oitava rodas, filmadas pelos auxiliares da pesquisa (conforme acordado previamente com o grupo), tendo em vista a necessidade de coleta de dados dos usuários, no início e no final da pesquisa, oportunidade de registro de dados com relação a autoestima e relatos dos vínculos. O intervalo entre a 1ª e 8ª rodas foi de dois meses, tempo suficiente para avaliar mudanças na qualidade dos vínculos. A aplicação deste questionário permite quantificar e qualificar os vínculos das pessoas que trazem suas dificuldades e sofrimento para a Terapia Comunitária. Esses dados permitem verificar como se configura as relações sociais que as pessoas estão estabelecendo, podendo compreender de que forma os vínculos podem ser afetados pelo o adoecimento da depressão. Ainda é possível através deste questionário, avaliar aspectos da auto estima das participantes. O questionário oferece uma fórmula, onde é possível fazer a contagem com a interpretação dos resultados apresentados.

7.7 Análise do material empírico

Os dados coletados pelo inventário de Beck e Questionário de eficácia foram submetidos ao tratamento estatístico simples e são apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Além da identificação dos graus de depressão através do inventário de beck, foi feita também uma classificação dos tipos de depressão dos usuários, com base nos critérios estabelecidos pelo psicanalista Zimerman (1999). Este autor relata que são várias as causas que ocasionam a depressão, chegando a classificar os tipos de depressão. Ressalta que, além das causas orgânicas que predispõem alguns a depressão, há que se considerar as questões psicológicas, cujas questões podem ser categorizadas em:

1. Depressão anaclítica (resulta de um primitivo “vazio de mãe”);

2. Depressão por identificação com o objeto perdido - (a sombra do objeto recai sobre o ego);
3. Depressão por perdas - tanto de objetos importantes como processos involutivos (ficar mais velho);
4. Depressão por culpa - ação punitiva de um superego tirânico;
5. Identificação Patógenas - Identificação com a vítima;
6. Ruptura com os papéis designados - A depressão provém de um ego ideal (expectativas grandiosas);
7. Depressão do fracasso narcisista - Resultante de enormes demandas de obtenção de êxito;
8. Pseudodepressão - Pessoas que atravessam a vida inteira com sentimento de desvalia, desamor (pessoas niilistas).

Para a análise do material empírico produzidos nas rodas de TC foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2002, p. 35), se constitui em um *"conjunto de técnicas de análise das comunicações*" que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto. Na verdade, a principal pretensão da análise de conteúdo é vislumbrada na possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do *verdadeiro* significado.

Bardin (2002, p. 9) considera que uma boa análise se define como:

> [...] uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação a análise de conteúdo oscila entre dois pólos: do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. É tarefa paciente de "desocultação", (...) analisar mensagens por esta dupla leitura onde uma segunda leitura se substitui à leitura "normal" do leigo, é ser agente duplo, detetive, espião [...]

A análise de conteúdo pressupõe uma (des) construção, necessária à realização da análise propriamente dita que através da inferência, ou seja, da dedução lógica por parte do investigador, assume uma nova construção. Nesta perspectiva a análise de conteúdo permite fazer inferências, deduções sobre a fonte, a situação em que os dados foram produzidos e o material que se constitui objeto de análise. Baseia-se, para isso, em uma lógica explicitada e de acordo com o objeto a ser analisado.

Bardin (2002) ressalta que uma boa análise de dados deve seguir o rigor do método escolhido e na análise de conteúdo o melhor caminho a seguir é fazer uma pré-análise : no primeiro momento com material colhido ¨leitura flutuante¨, para em seguida fazer uma ¨descrição analítica¨ onde serão Levantadas as hipóteses a serem testadas (nas etapas consecutivas) e, por último, fazer a ¨interpretação inferencial¨. Das hipóteses formuladas se buscará obter as categorias. Com os temas apresentados na rodas de TC, buscou-se aferir as categorias codificadas por Barreto (2008).

Para se chegar a classificação da depressão segundo Zimerman, utilizou-se também a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002), buscando extrair das falas dos usuários, e dos questionários respondidos inferência que levariam a compreensão dos fatores psicodinâmicos que predispões a depressão os usuários em estudo.

A lógica da análise seguiu este raciocínio de inferências e deduções sobre os dados produzidos conforme apresentado nos resultados.

8 ANÁLISE DOS DADOS

O delineamento inicial do estudo se deu utilizando o Questionário do Inventário de Beck como critério de seleção da amostra e confirmação diagnóstica do sofrimento apresentado, aplicado nos 20 componentes que participaram em até 80% da pesquisa e estavam dentro dos critérios estabelecidos O questionário é composto por 21 perguntas obedecendo a seguinte classificação:

- 0 - 12 pontos ..... Ausência de depressão Clínica
- 13 - 20 pontos ..... Sintomas depressivos leves
- 21 - 30 pontos ..... Depressão moderada
- 31 ou mais pontos ..... Depressão severa

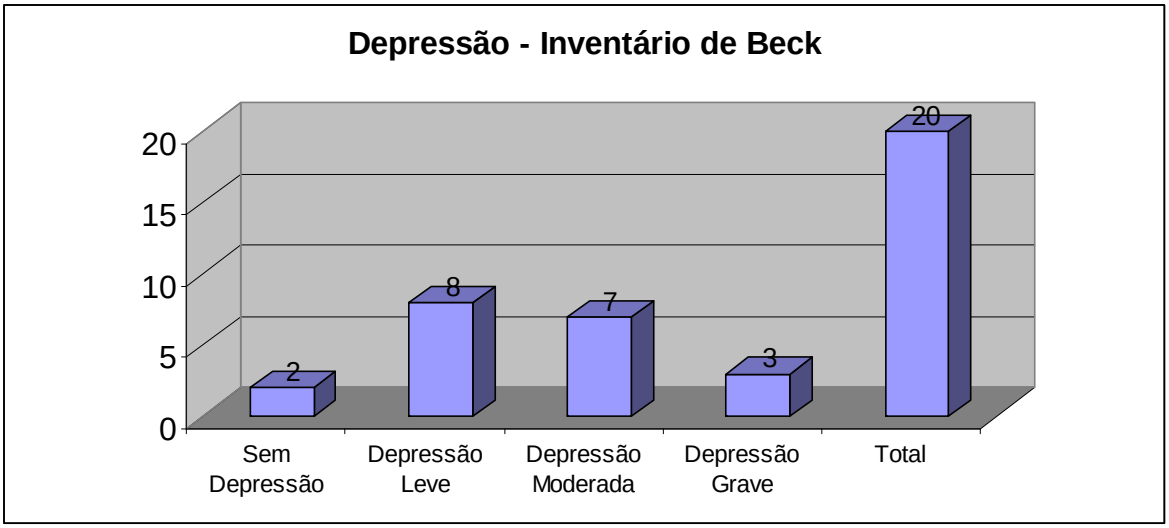

Gráfico 1 – Depressão avaliada através do Inventário de Beck na USF.
Local USF/Meio da Serra/ Petrópolis. 2009.

O grupo estudado foi composto predominantemente por mulheres, onde 03 se apresentavam com depressão grave, 07 com depressão moderada; 08 com depressão leve e 02 em estado remissivo do quadro depressivo.

O Inventário de Beck (1998) tem a finalidade de detectar a sintomatologia depressiva, e explorar os sentimentos de tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciacão, autoacusacões, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição da libido.

As condições socioeconômicas das participantes foram colhidos através dos questionários do Inventário de Beck, e de Eficácia da TC, apresentando as seguintes características descritas.

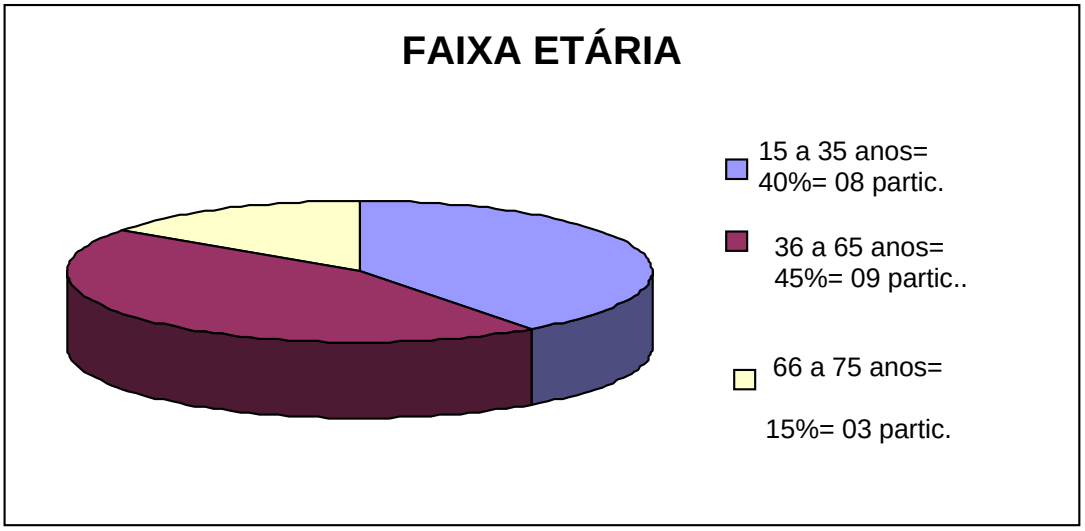

Gráfico 2 - Faixa etária das participantes
Local: USF/ Meio da Serra- Petrópolis 2009
Dados colhidos através do Questionário de Inventário Beck compilados pela autora

O grupo se mostrou heterogêneo com relação à idade com 08 adultos jovens e 09 a partir da meia idade e somente 03 participantes com idade acima de 66 anos.

Os aspectos religiosos estiveram presentes no grupo, utilizando a expressão da fé na nutrição da esperança e na luta contra as adversidades vividas, assim configuradas.

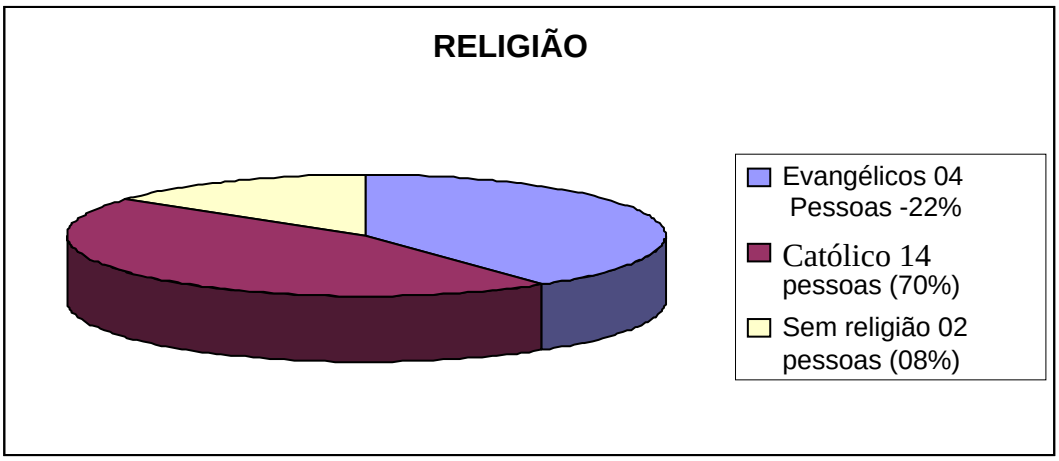

Gráfico 3 – Religião professada pelas participantes
Local: Meio da serra/Petrópolis. 2009.

A expressão da espiritualidade foi vista nos depoimentos e nos rituais de agregação. 4 participantes declararam- se evangélicas, 14 católicas, e 2 pessoas relataram não possuir religião. Foi interessante observar que, apesar de expressarem uma denominação como afirmação de seu credo, o sincretismo do viver espiritual era expresso quando muitas das que se diziam católicas também afirmavam que participavam de alguns rituais da religião espírita.

A situação conjugal das participantes, expressadas através do questionário de inventário de Beck, e nos relatos de suas falas apresentaram dados importantes com relação a esta vinculação. A mesma era relatada por algumas como um lugar de dor e sofrimentos, enquanto que para um pequeno grupo a situação conjugal era vista como um lugar de apoio e ajuda no seu adoecimento. A configuração da situação conjugal se apresenta conforme gráfico.

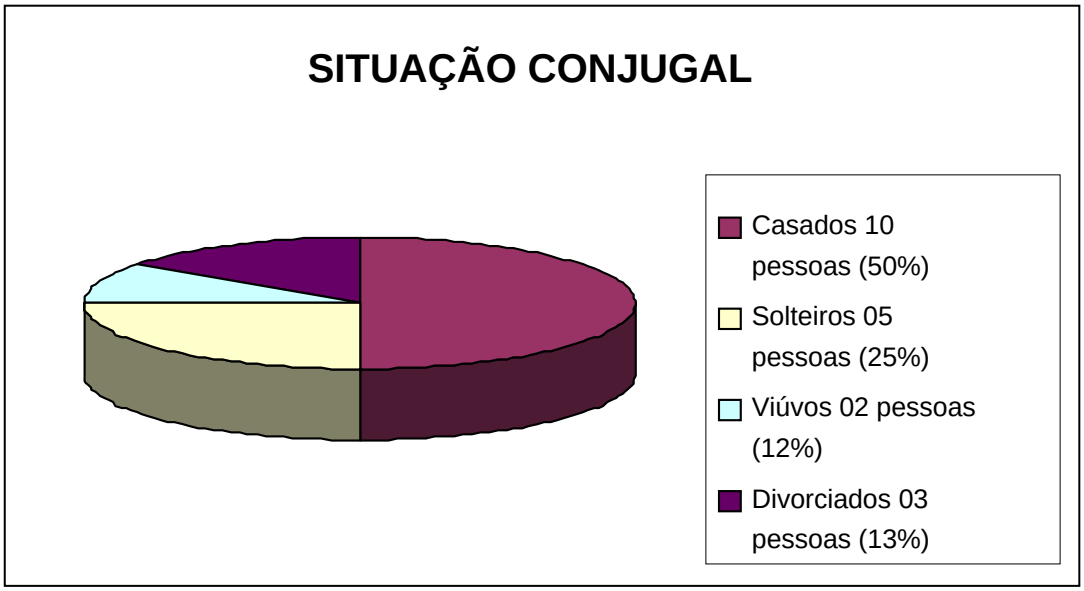

Gráfico 4 - Situação conjugal das participantes
Local : USF. Meio da Serra/Petrópolis. 2009.
Dados colhidos através do Questionário Inventário de Beck e relatos nas rodas de TC. Compilados pela autora

A grande maioria do grupo, 10 pessoas, era casada, 05 solteiras, 02 viúvas e 03 divorciadas. Esta heterogeneidade, com relação ao vínculo conjugal, foi enriquecedora quando do desenvolvimento das rodas, pois as fraturas afetivas expostas nas rodas com relação a esta vinculação eram trabalhadas, a partir da troca de experiências diferenciadas, onde a ressonância dos afetos encontrava lugar de partilha.

As questões ligadas ao trabalho estiveram presentes em todas as rodas. As participantes relatam que não têm muitas oportunidades de trabalho, moram em um bairro afastado da cidade, no meio da serra, tendo grandes dificuldades financeiras. A OMS (2001) afirma que o desemprego coloca em risco muitas famílias, pois a ansiedade suscitada pela insegurança profissional atinge gravemente a saúde.

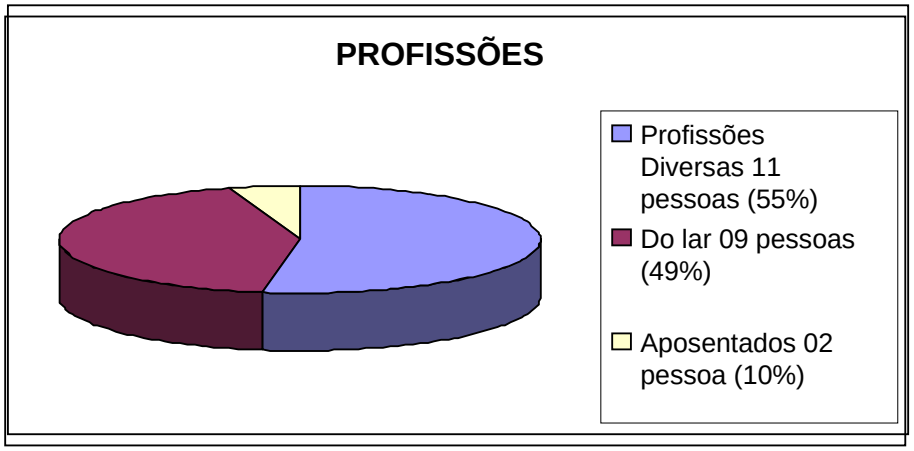

Gráfico 5 – Profissão das participantes
Local USF. Meio da Serra/Petrópolis. 2009.
Dados colhidos através do Questionário de Eficácia TC e das falas nas rodas de TC. Compilados pela autora

A grande maioria das participantes (55% - 11 pessoas) atuava em diversas profissões que vão desde serviços domésticos, a funcionalismo. 09 pessoas estavam naquele momento desempregadas e somente 09 faziam serviços domésticos e 02 participantes são aposentadas.

Com os dados colhidos foi possível compreender a expressão da dor e do sofrimento psíquico dos participantes, procurando nomear e classificar esse sofrimento relacionado à queixa de depressão, utilizando a teoria psicanalítica, conforme discriminado.

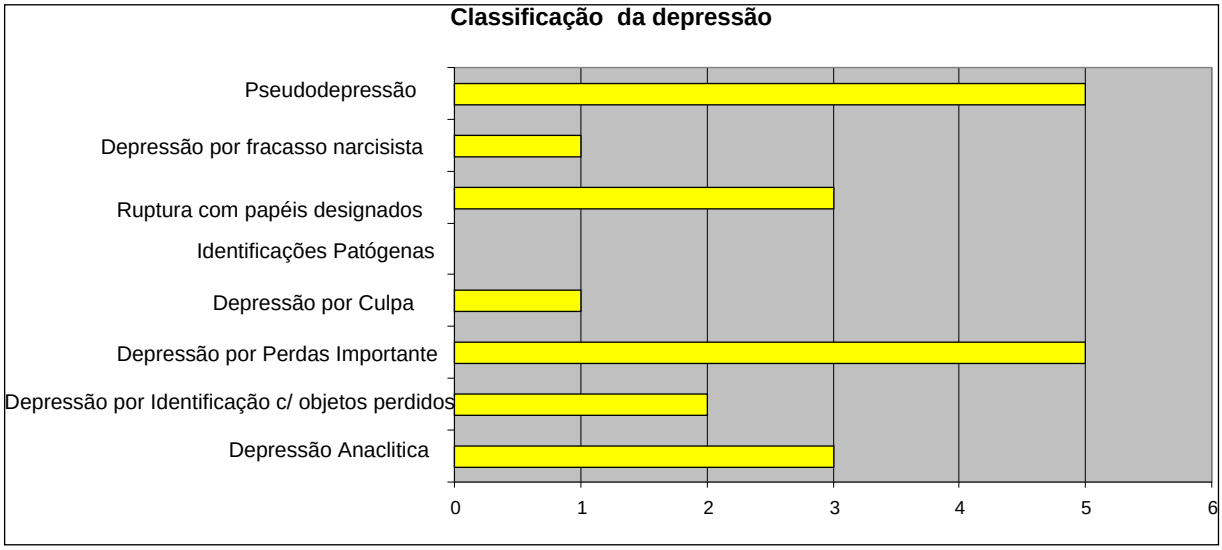

Gráfico 6 - Classificação da depressão a partir da psicanálise
Local USF no Meio da Serra / Petrópolis. 2009.
Dados organizados e compilados pela autora de acordo com a classificação de Zimerman

As depressões têm aspectos psicológicos que precisam ser levados em conta, quando do manejo do trabalho terapêutico. Com o grupo pesquisado observou-se que 03 pessoas tinham depressão anaclítica, com fortes sentimentos de vazio, 02 apresentaram depressão por identificação com objetos perdidos - vivência de luto, por perdas de familiares, 05 apresentaram depressão por perdas importantes – como desemprego, abandono do esposo, perda de imóveis, 01 por exigência de um superego tirânico; 03 por rupturas com papéis designados ‘crise do ninho vazio’, perda do papel de esposa, e 05 com pseudodepressão (expressão característica da ciclotímica).

Os temas apresentados nas rodas de TC foram analisados e elencados dentro das categorias apresentadas por Barreto (2008) para compreensão do sofrimento psíquico. O autor sistematizou os temas apresentados na rodas de TC por categorias de temas com seus respectivos códigos conforme representado.

Código 1: Tema – estresse: angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, raiva, vingança, desânimo, encosto, desprezo...	**Código 2: Tema – Conflitos familiares** – marido e mulher, separação, pais, filhos, irmãos, avós, netos, traição, ciúmes...
Código 3: Tema – Alcoolismo e outras drogas: tráfico, prisão, furto, dependências, remédios, agressões, em contexto intra-familiar e comunitário...	**Código 4: Tema – Trabalho** : desemprego, falta de reconhecimento, insatisfação, insegurança, agrtessão física/verbal e moral, dificuldades financeiras, endividamento...
Código 5: Tema – Depressão/Perda: pai/mãe/esposo(a), companheiro(a), filho(a), vizinho(a), parentes, animal de estimação, insucesso...	**Código 6: Tema – Violência**: gangues, sexual, assalto, homicídio, intrafamiliar contra mulher/homem, criança, adolescente, idoso, policial...
Código 7: Tema – **Abandono/rejeição/ discriminação:** (fratura dos vínculos sociais): adoção, poder público, esposo(a), filho(a), companheiro(a), amigo(a), irmão/irmã, autorejeição, parente, colega de trabalho, por questões de cor, raça, gênero, doença...	**Código 8: Tema- Conflitos:** posse de terra, habitação, religião, vizinho, justiça, escola, trânsito...
Código 9: Tema – Prostituição: criança, adolescente, adulto...	**Código 10: Tema – Deficiências mentais**: epilepsia, autismo, psicose...
Código 11: Tema – Problemas escolares: aprendizagem, reprovação e outros...	

Quadro - Código de Categorias de temas apresentados em rodas de TC.

Fonte: Barreto (2008, p. 333-334) .

As rodas desenvolvidas na pesquisa apresentaram as seguintes temáticas representadas no gráfico 7, a seguir.

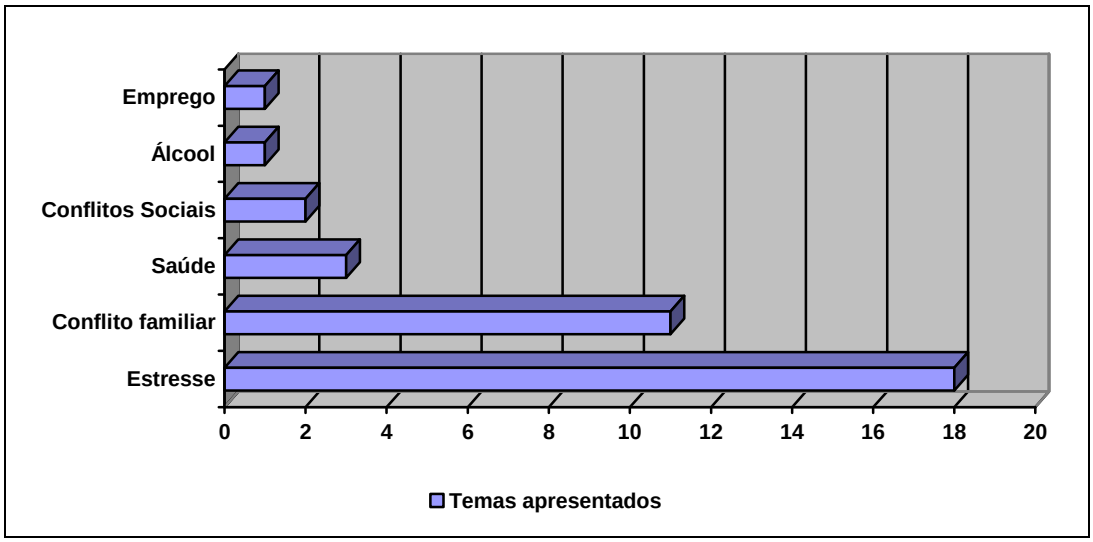

Gráfico 7 - Temas apresentados nas Rodas de TC
Local USF. Meio da Serra / Petrópolis. 2009.
Dados colhidos através da falas nas rodas de TC e compilados pela autora

Os temas relatados nas rodas de TC expressam conforme, códigos de categorias desenvolvidas por Barreto (2005), os seguinte resultados: Códigos: !- Estresse, insônia, medo, ansiedade; Código II – Configurações Familiares- representando os conflitos vivenciados; Código III – Saúde, e uso de álcool; Código IV -Trabalho/desemprego; Código VII- Depressão por perdas de pai/mãe, companheiro; Código VIII- refere-se Conflitos com habitação, vizinho, comunidade. As categorias que não estiveram presentes nas falas foram: Cód. IX relativo à prostituição; e Cód. X relativo à deficiência mental; e o Codigo. XI referente a problemas escolares.

Os temas apresentados nas rodas de TC (conforme gráfico 7) apresentam dados relevantes para compreensão dos determinantes sociais da saúde. Barreto (2008) esclarece que as causas comuns de adoecimento e mortalidade nas populações, no seu conjunto, são influenciadas pelo meio social, e identifica dez determinantes sociais de saúde que são: as desigualdades sociais, o estresse, a primeira infância, a exclusão social, o ambiente de trabalho, o desemprego, o apoio social, as dependências, a alimentação, o transporte. Em nossa pesquisa, encontramos como dor e adoecimento psíquico os determinantes relacionados a seguir:

Estresse/Ansiedade – 18 participantes apresentaram ansiedade e estresse relacionados às dificuldades vivenciadas, sendo que 6 relataram fazer uso de ansiolíticos e antidepressivos;

Conflito familiar – 11 participantes referiram conflitos familiares, apresentando crises familiares severas, algumas advindas do desemprego, do uso e abuso de drogas e da violência doméstica;

Saúde – 03 participantes referiram problemas de saúde, sendo muitos portadores de diabetes, hipertensão e obesidade;

Conflitos Sociais – 04 participantes relataram dificuldades nas relações sociais, apresentando dificuldades de interação social com apresentação de comportamentos ora evasivos, ora agressivos;

Álcool – 02 participantes queixaram do uso de álcool pelos parceiros ou outros membros da família, referindo tristeza e o desenvolvimento de comportamento agressivo, não sabendo o que fazer para ajudar o familiar em crise;

Emprego – 04 participantes apresentaram insegurança e ansiedade suscitada em função do desemprego e da carência dos elementos básicos à sobrevivência.

As participantes, quando necessário, foram encaminhadas para acompanhamento médico e/ou psicológico. Foram realizados 04 encaminhamentos, com diagnóstico de depressão grave (3) e um em estado moderado.

A avaliação qualitativa dos vínculos de cada participante se deu como resultado das rodas de TC e da avaliação do "Questionário de Eficácia da TC". Com os dados colhidos na variação coletiva de frequência dos vínculos "saudáveis, frágeis e de risco", no pré e pós-questionário de acordo com critérios do Questionário de Eficácia da TC. Foi realizada a avaliação da qualidade dos vínculos e da autoestima.

Tabela 1 - Vínculos apresentados na Rodas de TC na USF estudada

Vínculos qualitativos no geral	1ª Aplicação	2ª Aplicação
Vínculo saudável	42,86 %	86,93 %
Vínculo frágil	58,69 %	26,55 %
Vínculo de risco	53,21 %	32,35 %

Dados colhidos através do Questionário de Eficácia TC, compilados pela autora

.

A configuração dos vínculos estudados estão apresentados na tabela 02, abaixo discriminados:

Tabela 2 - Configuração dos vínculos na 1ª Aplicação do Questionário

Tipos de Vínculos	Saudáveis (Nº participantes)	Frágeis (Nº participantes)	Risco (Nº participantes)
Conjugal	03	12	05
Familiar	04	08	08
Comunitário (Rede Social)	06	10	04
Profissional	07	10	03

Dados colhidos através do Questionário de Eficácia da TC.
Compilados pela autora

Quando da 1ª aplicação do questionário os vínculos frágeis e de risco prevaleciam em todos os tipos de vínculos. Porém, à medida que iam ocorrendo as rodas de TC, esses vínculos foram sendo fortalecidos devido ao processo de empoderamento, autoafirmação e autoresponsabilidade e cuidado que as participantes iam desenvolvendo. As redes sociais se expandiam para além das rodas. Foi possível, após o término da pesquisa, desenvolver um grupo operativo

voltado para a tarefa. As participantes criaram um grupo de trabalho utilizando a arte e já se projetam para fabricação de sabonetes artesanais.

Com o desenvolvimento das rodas houve uma melhoria na qualidade dos vínculos para algumas das participantes conforme demonstrado na tabela 3, abaixo .

Tabela 3 - Configuração dos vínculos na 2ª Aplicação do Questionário de Eficácia da TC

Tipos de Vínculos	Saudáveis (Nº participantes)	Frágeis (Nº participantes)	Risco (Nº participantes)
Conjugal	06	08	03
Familiar	08	04	03
Comunitário (Rede Social)	14	02	01
Profissional	12	06	03

Dados obtidos através da aplicação do Questionário de Eficácia TC.
Compilados pela autora

Os vínculos apresentados na segunda aplicação se configuram mais saudáveis, fruto desse cinturão de cuidado desenvolvido nas rodas de TC. Em todos os tipos de vínculos pesquisados houve melhora na qualidade desses vínculos.

Com relação à autoestima, Barreto (2008), relata que pessoas com vínculos frágeis e de riscos geralmente possuem baixa autoestima.

Percebeu-se que 12 pessoas apresentavam baixa autoestima e 16 com tendência a baixa autoestima, E que à medida que os vínculos se fortaleciam, a autoestima aumentava.

- **Estratégias de Enfrentamento dos problemas apresentadas nas rodas de TC**

Na dinâmica de funcionamento e solução de problemas da TC, os participantes são motivados, através de um mote, a dizer como resolveram seus problemas, a fim de ajudar o protagonista que fala de seu sofrimento. As estratégias apresentadas durante os encontros de TC e utilizadas pelos participantes para aliviar seus sofrimentos estão representadas, no gráfico 8 abaixo.

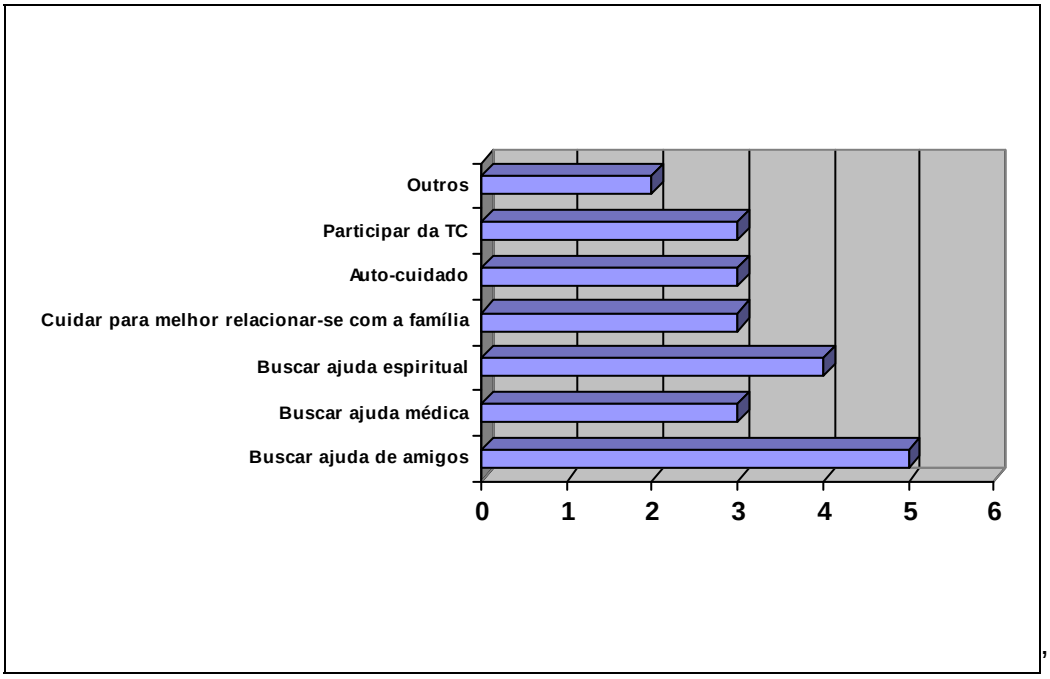

Gráfico 8 - Estratégias de enfrentamento dos problemas
Dados compilados pela autora através das falas nas rodas de TC

As estratégias apresentadas pelas participantes para enfrentamentos dos problemas apresentados demonstram que "buscar ajuda de amigos" é a estratégia mais recorrente para alivio de suas dores. Percebeu-se também que a rede social é acionada quando da vivência do sofrimento psíquico. A socialização das redes de apoio como vínculo com amigos são referidas como:

> [...] Telefono para meus amigos, e quando dá visito, pois percebo que quando estou com alguém que gosta de mim. Sinto-me melhor. (Rosa)
>
> [...] Tenho uma amiga, que quando estava bem mal, era que me ajudava nas tarefas de casa. Pois às vezes nem conseguia cozinhar para as crianças. (Azaléia)

"Buscar ajuda médica" foi utilizado por participantes, que referem utilizar a USF. Algumas falas remetiam a este tipo de estratégia para enfrentamento da depressão.

> [...] Nem sei como o pessoal do posto de saúde ainda me agüenta, já vim Tantas vezes aqui, com estas minhas crises
>
> [....] Agora é que me sinto mais aliviada. Mas já foram muitas as vezes que Busquei ajuda aqui no posto.

O "Autocuidado e a participação nas rodas de TC" representam também estratégias de enfrentamento. As participantes relataram que as rodas de TC eram um do melhores momentos. Possibilitava entender melhor os seus problemas.

Outras relatam que com a TC aprenderam a buscar formas de aliviar suas dores, e que às vezes pesquisam na internet para conhecer mais sobre a doença.

> [...] Prá mim participar das rodas de TC, me ajudou a entender melhor o que tenho. (Azaléia)
> [...] Com esta doença aprendi, que agente precisa se cuidar. Vivia uma vida de correria e cansaço, mas agora sei que não posso dar conta de tudo. Tenho é que relaxar. Senão na sei o que será de mim. (Camomila)
>
> [...] Aprendi que esse sofrimento não é pra morte. Pois antes pensava até que ia morrer. Com a TC, estou mais confiante. Pois com ajuda de você sei que vou vencer. (Orquidea)
>
> [...] Acho que a equipe do postinho, já nem aguenta mais me ver. Pois quando estou mal é aqui que corro. (Girassol)
>
> [...] Estou com estas doenças há, um ano, e só ajuda de Deus, ajuda do médico para enfrentar esta crise. (Alfazema)

No enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano, a fé e a crença em Deus, é apontada como uma estratégia presente, considerada, muitas vezes, a única ferramenta de resolução da dificuldade vivenciada. Muitas participantes referiram a ajuda espiritual como o remédio para suas dores, sendo que relataram que vêem na Igreja um lugar de conforto. Professam sua fé e reconhecem a força de sua fé, como ajuda terapêutica.

> [...] É a minha fé que tem aliviado minhas dores. (Malva Santa)
>
> [...] Só Deus sabe o que tenho sentido este ano. Foi muito difícil minha vida, com tantos problemas que tenho enfrentado. (Jasmim)

Percebeu-se que mesmo as pessoas que estão enfrentando problemas estressantes e graves conseguem demonstrar uma capacidade resiliente e solidária diante da dificuldade das companheiras que participaram das rodas. No momento da partilha das experiências as falas traduziam este estado de espírito. Barreto ressalta que “a TC reforça os vínculos entre as pessoas, respeitando a cultura de cada um, mobiliza os recursos e competências culturais locais, constrói uma rede social de proteção e cuidado”. (2008, p. 35)

Abaixo, alguns recortes de falas das participantes nas rodas de TC, que indicam que a rede de proteção e cuidado que a TC oferece permite que à promoção e a prevenção em saúde mental se torne possível. Mostra também que prevenir é sobretudo estimular o grupo a resgatar os seus próprios recursos terapêuticos .

> [...] Já aprendi que não se deve desistir. (Azaléia)

> [...] Esse meu jeito isolado e solitário, não me levou a lugar nenhum. Sei que preciso me relacionar. (Acácia)
>
> [...] Cada dia tenho mais certeza que o bom é ter fé, para na vida vencer. (Malva Santa).
>
> [...] Já cansei de ser violenta, eu quero mais é paz. (Jasmim)
>
> [...] Desesperar jamais. (Camomila)
>
> [...] Vou devagar, pois já corri muito e só arrumei problemas com isso. (Bouganville)
>
> [...] Dei um deixa pra lá na bagunça dos meus filhos. (Melissa)
>
> [...] Superei voltando a trabalhar. (Begônia)
>
> [...] Chamo cada um e converso. (Rosamar)

Barreto destaca que a TC é "*um espaço de promoção de reisilência, pois pela partilha de experiência de vida, os indivíduos reforçam a autoestima, fortalecem os vínculos inter-pessoais, bem como estimulam a autonomia*". (2008, p. 100).

9 RESULTADO E DISCUSSÃO

A fim de um melhor rigor científico, não nos contentamos em trabalhar apenas com a etiqueta de depressão. Para assegurar que os participantes da pesquisa fossem de portador de depressão, decidimos aplicar o questionário de Inventário de Beck que classifica os diversos tipos, apresentando os seguintes dados:

- **Categorização do grau de depressão das participantes pesquisadas**

Percebemos que as participantes apresentavam um quadro de depressão, sendo que 03 com depressão grave, 07 com depressão moderada, 08 com depressão leve 02 em remissão do quadro de depressão. Os dados mais relevantes com relação ao grau de depressão é a ocorrência das variáveis psicossociais relacionadas com depressão, sendo que os sintomas mais sérios sinalizados por autores como Beck e Steer (1998) e apontados no DSM-IV estiveram presentes 75% das participantes. O sentimento de tristeza foi assinalado por 14 participantes. Sentimentos de culpa estavam sendo experimentados por 09 mulheres durante grande parte do tempo.

A possibilidade de ser punida foi referida por 09 participantes e 04 achavam que estavam sendo punidas. O sentimento de decepção consigo mesmo foi compartilhado por 06 mulheres e 04 se mostraram aborrecidas consigo mesmo.

Com relação à crítica, 10 relataram que se criticavam por suas fraquezas e erros e 03 disseram que se culpavam por tudo de mal que acontecia. Entretanto, a maioria (14) referiu estar de bem consigo mesmo. Somente uma mulher referiu ideação suicida e uma relatou que chorava o tempo todo, enquanto a maioria (12) relatou não chora mais do que o habitual e 03 disseram ser incapazes de chorar mesmo que o quisessem. O fato de se irritar mais facilmente do que costumavam foi assinalado por 10 das participantes, e somente uma relatou se irritar o tempo todo; 09 referiram não se irritar mais do que costumavam se irritar. Duas perderam todo interesse pelas outras pessoas.

Das 20 participantes, 09 mostraram-se menos interessadas nas pessoas do que costumavam ser. A preocupação com a aparência foi relatada por 07 , enquanto 13 não estavam preocupadas com mudanças na aparência e 02 se consideravam feias. A maioria (16) relatou que não tinha problemas para tomar suas decisões; 02 referiram adiar as tomadas de decisões; 02 mostraram dificuldades ao tomar decisões; e somente uma referiu não conseguir mais tomá-las. Problemas com sono também foram relatados por 16 participantes (10 relataram não dormir como costumavam dormir, 04 acordam mais cedo e têm dificuldades para voltar a dormir e 02 acordam várias horas mais cedo e não conseguem voltar a dormir).

O cansaço também foi um sintoma freqüente na depressão, sendo assinalado por 17 participantes que referiram se cansar com mais facilidade. Das 20 participantes, 09 apresentam problemas com apetite, Com relação à perda de peso, 13 disseram que não perderam peso e, entre as que perderam, essa perda foi intencional. Metade das participantes disse que se preocupava com problemas físicos e 02 estavam tão preocupadas que não conseguiam pensar em outra coisa.

O interesse por sexo não sofreu mudanças em somente 06 participantes; 08 relataram que não se interessam mais como antes; 03 estão menos interessadas atualmente; e 03 perderam completamente o interesse.

Das participantes, 03 que se encontravam em estado grave de depressão foram encaminhadas para USF.

Esses dados levantados pelo Questionário do Inventário de Beck se confirmaram nas falas das participantes quando da participação nas rodas falando

de seus sofrimentos, esses problemas apresentados foram analisados e configurados como:

- **Principais Problemas apresentados e associados á Depressão entre as participantes**

As 20 participantes relataram a vivência de muito estresse, 11 viveram conflitos familiares de ordem severa como violência doméstica e alcoolismo, 14 viveram problemas econômicos, 12 falaram de muito sofrimento com o cônjuge, 06 relataram queixas de saúde e 04 relataram conflitos sociais e dificuldades de interação social. Desses, 02 relataram problemas com familiares em relação às questões de uso de álcool, 14 vivem de trabalho diário ou de pequenos bicos, 03 têm sérios problemas financeiros e 11, que relataram viver com seus conjugues, apresentaram queixas relativas ao relacionamento, tais como uso de álcool pelo parceiro, desemprego do parceiro, violência, fraco vínculo de comunicação e ausência de companheirismo.

Os achados relativos a problemas com o conjugue, familiares e sentimentos negativos com relação a ele são preditivos de depressão, o que corrobora os achados da literatura, onde Barreto destaca que "*a família é o lugar primordial para dar e receber apoio, acolhimento e pertencimento aos seus membros"* (2008, p. 338). Quando esses vínculos são frágeis ou de risco, a dor e o sofrimento psíquico se tornam presentes.

Autores como Yapko (2007), destaca que fatores biológicos podem predispor algumas pessoas ao adoecimento psíquico, em nossa pesquisa algumas participantes apresentavam queixas biológicas. Entre as participantes, 04 apresentavam uma ou mais doenças, sendo hipertensão arterial (HA) e diabetes *mellitus* (DM) as mais frequentes. Para alguns estudiosos, a presença de doenças crônicas é fator de risco para a depressão (KNAP, 2004). O hábito de beber entre os familiares (observado em 05 casos) pode provocar desestabilização das relações intrafamiliares, sendo fator que contribui para o retraimento da mulher, bem como sua baixa autoestima, por se sentir impotente diante da situação. A ocorrência de óbito nos últimos 12 meses também predispõe à depressão, pois pode estar associado à vivência do luto. Esse fato foi observado em 03 casos.

Vários estudos apontam o desemprego como um fator altamente preditivo de sintomas de depressão. Barreto (2008) e também Ferreira Filha (2002) associam

tais fatores. O desemprego na família é um fator que levaria a problemas de autoestima, tendo em vista as dúvidas e outras dificuldades decorrentes do problema econômico e estaria diretamente relacionado à presença de reações depressivas. Em nossa pesquisa, 04 apresentaram o problema do desemprego e os agravos que isto ocasiona à família. A significativa existência de sinais de depressão deve ser acompanhada e orientada tendo-se em vista a utilização de recursos de saúde, por essas participantes, principalmente nas ESF. Nesse grupo, observou-se que os sintomas sugestivos de depressão em quase metade das participantes, podem estar relacionados aos fatores psicossociais, que estão vivenciando, somados às questões biológicas.

Os fatores psicossociais estiveram presentes em todas as participantes como precárias condições de vida agravados por condições socioeconômicas, somadas ao alto nível de ansiedade e estresse. As 03 em estado grave apresentaram como agravo da depressão aspectos biológicos que acentuavam o seu estado como hipertensão, diabetes e insuficiência renal. Esse subgrupo, quando da participação nas rodas de TC, apresentou, nas primeiras sessões, dificuldades no processo de comunicação, cuja expressão facial e corporal denotava baixa autoestima, porém à medida que iam falando sobre suas dores e sofrimentos, estas dificuldades iam se modificando, surgindo uma nítida mudança nas atitudes, melhorando sua apresentação, os braços descruzavam-se, o corpo encurvado ia aos pouco se erguendo, o olhar ia buscando contato.

O cuidado que a TC oferece na sua terapêutica, respeitando a singularidade do sujeito, aceitando a manifestação dos valores culturais, oportuniza aos participantes evocar suas dores e conflitos, ecoando com os outros participantes ressignificando as suas angústias. Durante todas as rodas de TC, conforme a sessão acontecia, as pessoas relatavam seus sofrimentos e apoiados pela partilha dos outros membros iam construindo um lugar de cuidado de terapêutica aos seus sofrimentos. Foi possível perceber que mesmo com dor e sofrimento psíquico as participantes buscavam estratégias de enfrentamento apresentadas nas suas falas:

- **Principais estratégias utilizadas como recurso terapêutico**
  - Buscar Ajuda dos Amigos - Acesso à rede Comunitária Social - 05 pessoas;
  - Buscar Ajuda Médica - 03 relataram como sua 1ª estratégia de enfrentamento;

- Buscar ajuda espiritual - 04 relatam que sua fé tem sido a melhor estratégia de enfrentamento da depressão;
- Cuidar melhor, relacionar com família e autocuidado em geral - 03 têm aprendido que é preciso saber cuidar-se para poder se relacionar melhor com a família;
- Participar das rodas de TC - 03 destacam que a TC tem sido sua arma para enfrentamento da sua dor.

Ainda foram relatadas pelas participantes outras estratégias de enfrentamento que utilizavam para lidar com a depressão como: uso de remédios caseiros, técnica de relaxamento, atividade física. Todos esses achados possibilitaram classificar o sofrimento psíquico dessas mulheres, caracterizados na forma de depressão. Conforme a psicanálise que pontua que, independente da personalidade, a depressão é uma doença com uma sintomatologia onde o funcionamento de uma estrutura psíquica se descompensa e se torna mórbida. (Lacan, 1997). Zimerman (1999) ressalta que cada estrutura psíquica é produto do alcance e da realização de determinadas etapas do desenvolvimento psicoemocional do sujeito e são várias as causas de adoecimento de uma estrutura. Nesta pesquisa, foi possível identificar as seguintes categorias apontadas pela psicanálise para compreensão da depressão (ZIMERMAN, 1999):

- **Tipos de Classificação de depressão conforme a Psicanálise e encontradas nas participantes da pesquisa**

  03 depressão anaclitica;
  02 depressão por identificação com os objetos perdidos;
  05 depressão por perdas importantes;
  01 depressão por culpa;
  00 identificação pátogena;
  03 depressão por ruptura pelos papéis designados;
  01 depressão por fracasso narcisista;
  05 pseudodepressão.

Roudinesco e Plon (2001) concluem que na depressão o sujeito é invadido por afetos contraditórios devido a *déficit* o enfraquecimento da estrutura psíquica, onde o sujeito é afetado por uma angústia em grau acentuado. Zimerman (1999)

destaca que não há uma causa única para a depressão. É preciso ver as contingências que o sujeito está inserido e sua condição psíquica para enfrentamento das situações dolorosas.

Outro aspecto relevante da pesquisa foi a percepção de determinantes sociais de saúde que estiveram presentes no sofrimento psíquico das pessoas pesquisadas acometidas de depressão, tais como estresse, conflito familiar, alimentação, conflitos sociais, álcool, emprego, que deixavam vulneráveis ao sofrimento emocional com queixas recorrentes de depressão.

Com relação à avaliação qualitativa dos vínculos e da autoestima das participantes depois das rodas de TC, observou-se uma mudança nos valores dos vínculos quando comparado os dados da 1ª aplicação com os dados da 2ª aplicação do Questionário de Eficácia TC. Foi percebido também que os vínculos saudáveis tiveram um considerável aumento, acarretando, como consequência, uma redução dos vínculos frágeis e de risco, sendo a redução dos vínculos frágeis a mais significativa.

Estes dados corroboram para a afirmação de que a Terapia Comunitária influencia diretamente as relações interpessoais, familiares e sociais. Através das rodas, algumas participantes adquiriram empoderamento e fortalecimento dos vínculos, conforme relatos:

> [...] Agora sei, que não preciso me quebrar toda, brigar com todos, principalmente com meu marido. Aqui apreendi que posso falar. (Begônia)
>
> [...] Não tinha coragem de falar sobre a frustração do meu casamento. Tinha vergonha do meu fracasso. Mas sei que a culpa não é só minha. Sei que tem solução para tudo na vida... E agora vou lutar pela minha vida. (Acácia).

Barreto conclui que “o diálogo aberto, franco, em clima de respeito das expressões, sentimentos e emoções parece facilitar a construção de vínculos de apoio. Poder falar em grupo, liberar as tensões e ser acolhido liberam as pessoas para estabelecer um relacionamento mais saudável, sem medo de julgamento” (2008, p. 354). A TC também propiciou às participantes a ampliação dos seus vínculos, resgatando relacionamentos e permitindo novas redes de apoio. Conforme pode ser visto na falas abaixo

> [...] Eu vivia só e depois da tc tenho vários amigos [...]. (Acácia)
>
> [...] Não vejo a hora de chegar o dia da TC. Pois aqui encontro pessoas que me compreendem [...]. (Bougnville)

> [...] Vocês não sabem como tem sido bom estar aqui e poder compartilhar com vocês um pouco da minha vida". (Malva Santa)
>
> [...] Já não me sinto tão só. Aqui me sinto em casa. (Jasmim)

Barreto destaca que a *"base da autoestima se constroem nas relações familiares e se consolida através do estabelecimentos ou ampliação das relações sociais"* (2008, p. 309). À medida que as participantes falavam de suas dores e do seu sofrimento nas rodas de TC, iam se aliviando e resgatando força e coragem para enfrentar seus problemas, buscando no grupo ajuda para suas dificuldades, resgatando, com isto, sua autoestima onde a autoaceitação, autoafirmação se desenvolviam. Algumas compreendiam que os erros e dificuldades vividos poderiam ser superados e que para isto não precisavam ser adversárias de si mesmas, e que as carências e dificuldades na vida podem gerar competência. As falas, a seguir, deixam claro que as participantes se reconhecem nos seus sofrimentos, mas que com a participação nas rodas de TC, cuja abordagem trata-se, sobretudo, de uma terapia de cuidado, preventiva, onde a partilha, experiência de vida e saberes torna-se terapêutica, cada um tornam-se terapeuta de si mesmo a partir da escuta de si e dos outros. E ainda essas falas especificam como a autoestima de algumas melhoraram nas questões de autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação e empoderamento.

> [...] Sei que apesar dos problemas preciso me cuidar. (Rosa)
>
> [...] Agora com a TC, percebo que estou melhorando, sinto até mais vontade de me arrumar, estou com mais vida. (Lavanda)
>
> [...] Ah! Antes de participar da terapia eu não tinha nem ânimo para sair. Agora fico torcendo para chegar quarta-feira. Pois sei que aqui vou me descobrindo me conhecendo e me aceitando. (Begônia)

Barreto considera que o cuidado e, o acolhimento presente na rodas de TC faz com que "*cada um torne-se terapeuta [...] e co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios cotidianos".* (2008, p. 52)

Com a participação nas rodas, muitas participantes (86%) relataram que seus relacionamentos com familiares e com a comunidade melhoraram. Na terapia foram construindo novas amizades, com as quais puderam contar, fortalecendo o vínculo de amizade. Fato este bem representado na fala de uma das participantes.

> [...] Agora tenho amigas com quem posso desabafar. Aqui na terapia descobri que é possível se fazer amigos. Agora não me sinto só. (Flor de Liz).

Ainda com relação aos vínculos estudados podemos perceber que o vínculo religioso é uma estratégia que as participantes utilizam para amenizar seus sofrimentos. Muitas das participantes, durante as rodas de TC, relataram seu credo e puderam expressar sua sensibilidade espiritual, fato este que foi possível observar nos rituais de agregação, durante suas falas na roda de TC.

> [...] Agora tenho esses dois lugares que gosto de ir, a minha igreja e tenho esperado pela quarta feira...Pois aqui, não vejo nem as horas passar. Ruim é como estava naquele quarto escuro sofrendo sozinho. (Margarida)
>
> [...] Eu era uma pessoa fechada não falava meu problema a ninguém, a não ser quando procurava meu pastor, mas agora aqui sinto-me segurança. (Melissa)
>
> [...] Com essas conversas aqui, sinto mais vontade de viver... até tenho me arrumado mais [...] Antes até a igreja estava difícil de ir. Agora não, tenho tido mais vontade de sair. (Hortência)

Muitas das falas relatadas pelas participantes do grupo revelaram que, através das rodas de TC, há um empoderamento, onde elas ganharam confiança para falar de si, elevaram sua autoestima, conseguindo mudar a percepção sobre si mesmo, encarando, de forma mais otimista a realidade, onde vivem e resgatando força para lutar pela sua existência. Em todas as participantes houve um desenvolvimento de vínculos saudáveis com os membros do grupo e familiares, aumentando o sentimento de pertença. As mesmas obtiveram nas rodas novas estratégias de enfrentamento aos seus sofrimentos. Buscaram novas formas de vivenciar seu cotidiano resgatando sonhos, desejos e vontade para fazer coisa e idealizar projetos. Tais mudanças possibilitaram eliminar algumas crenças disfuncionais sobre sua forma de vida, elevando sua autodeterminação.

O compartilhar no grupo propiciou ajuda mútua sendo ora cuidadas ora cuidadoras umas das outras. Barreto (2005) ressalta que o homem que ajuda o outro, de certa forma, se ajuda. Só reconheço aquilo que conheço.

Com relação a aspectos relacionados à autoestima, Barreto destaca que *"a miséria é uma construção humana... cada um de nós detém a chave do próprio sucesso e do próprio fracasso"* (2005, p. 308). Branden (1999) enumera seis grandes pilares que dão sustentação à autoestima: viver conscientemente, autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação, intencionalidade, integridade pessoal.

Os relatos apresentados acima são eloqüentes e levam à compreensão dos aspectos relacionados à autoestima. Nota-se que alguns participantes apresentavam

vínculos frágeis e de risco, principalmente em relação à família e à comunidade a que pertencem. No entanto, suas histórias revelam que a partir da participação e do engajamento no grupo de Terapia Comunitária, onde se descobriram como atores sociais, compreendendo seus potenciais de transformação pessoal e social, houve o fortalecimento do vínculo familiar, vínculo social e comunitário.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a técnica da Terapia Comunitária como abordagem terapêutica no tratamento da depressão na ESF do município de Petrópolis oportunizou a pesquisadora, como terapeuta que cuida, repensar e refazer a clínica nas ações básica da saúde mental, numa abordagem integrativa e sistêmica. Como profissional, já tendo atuado nos serviços públicos nos espaços da atenção básica, me sinto confrontada diariamente com um número significativo de pessoas em sofrimento psíquico, em grande parte com queixa de depressão.

Foi possível vivenciar e consolidar a importância de pesquisar a clínica psicoterápica, confrontada com os limites e possibilidades do método e o instrumental técnico usado na práxis cotidiana em grupo, desvendando minha ignorância, enfrentando minhas dificuldades provenientes dos meus limites pessoais enquanto pesquisadora. A pesquisa sobre a TC como estratégia para lidar com a depressão oportunizou, de forma ímpar, verificar o tamanho do sofrimento, da dor e autodestruição que essa doença ocasiona aos seus portadores, e perceber que estratégias de cuidado em grupo como a terapia comunitária são eficazes ao tratamento complementar da depressão.

Investigar a utilização da técnica da TC como estratégia para usuários da ESF portadores de depressão, possibilitou identificar os indicadores psicossociais do sofrimento que acomete esses usuários tais como: ansiedade e estresse relacionados às dificuldades vivenciadas, conflitos familiares, uso e abuso de substância quimica, violência doméstica, queixas somáticas, conflitos sociais, desemprego e carências dos elementos básicos à sobrevivência. Todos esses sofrimentos eram temas recorrentes nas rodas de TC evidenciando que esses indicadores psicossociais foram prevalentes na depressão.

Os resultados apontaram que na percepção dos usuários a TC é um espaço para falar, desabafar, ser escutado pelo grupo, melhorar os sentimentos de tristeza e medo e sair do isolamento. Além disso, para eles, ela possibilita a troca de experiência e a aprendizagem. A TC foi percebida pelo grupo como facilitadora do diálogo e da partilha, possibilitando a expansão desse diálogo para além das rodas, para atingir as relações familiares e sociais.

Foi possível perceber que o uso desta técnica quando aplicada na atenção básica contribui para um atendimento humanizado, ajudando na formação de redes solidárias, estabelecendo vínculos, o que nos leva a sugerir que a TC possa ser implantada em Petrópolis e em outros municípios brasileiros, inserida como uma das técnicas de promoção de saúde, uma vez que está em vigor um convênio firmado com MS para a formação de terapeutas comunitários para atuar junto a ESF em todo território nacional.

A TC foi percebida pelo grupo como uma experiência positiva, uma contribuição à saúde emocional, promotora de bem-estar, de socialização (ambiente de encontro com amigos um local de diálogo, onde pessoas estão dispostas a escutar), momento de confraternização e lugar de alívio do sofrimento psíquico assim como ressignificação das necessidades dos usuários (solução de problema, desenvolvimento e um caminho facilitador da saúde mental). Pode-se verificar que as 20 mulheres que participaram da rodas de TC e tinham vínculos frágeis e de riscos obtiveram grande melhora na qualidade desses vínculos.

Percebe-se através desta pesquisa que os portadores de depressão com perdas na qualidade de seus vínculos e fragilizados na sua rede de sustentação afetiva, quando da participação na rodas há um fortalecimento desses vínculos e o aumento da capacidade de resiliência.

Ficou claro também, através deste grupo estudado, a distinção entre sofrimento e patologia. A patologia é da competência dos profissionais e o sofrimento não pode ser medicalizado, pois geraria mais sofrimento. O sofrimento precisa ser acolhido e a comunidade deve assumir sua co-responsabilidade na atenção básica. Como refere Barreto (2005), acolhimento do sofrimento é uma ação cidadã. Podemos constatar que as medicações utilizadas pelas participantes foram tão importantes quanto o apoio recebido nos grupos, em forma de abraços, de experiências. Diante disto, vemos que a força da comunidade, quando inserida nas ações de promoção de saúde, pode ser de ajuda na redução dos sofrimentos.

Os saberes e práticas, não somente técnicos, devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, tornando os serviços de saúde mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão às práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudável. Portanto, investir em técnicas na atenção básica que sejam voltadas a tratar do sofrimento psíquico é necessário, uma vez que o próprio Ministério da Saúde reconhece dentro das ações de saúde mental que *"todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde". Nesse sentido, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica/saúde da família*.(MS, 2005)

Os recursos comunitários não podem ser negligenciados no tratamento médico. No nível básico tem coisas que eles podem fazer e a TC é um desses espaços de agregação de recursos e mobilização, já com relação aos outros níveis de cuidado a prescrição deve ser feita quando necessária por um especialista. Entretanto, há que se ter cuidado com a medicalização do sofrimento emocional. Os psicofármacos devem ser considerados como parte do arsenal terapêutico para tratamentos das doenças mentais e não como a única alternativa. Porém, outras abordagens terapêuticas devem ser acionadas com relação ao sofrimento psíquico. E os três níveis de cuidado precisam ser articulados integrando as ações de saúde e cuidados uma vez que, nem só práticas de auto-ajuda resolvem, nem só remédios, nem só hospitalização, mas os três recursos articulados de forma sinérgica.

A oportunidade de aplicar a TC em um grupo específico como esse, composto de portadores de depressão, possibilitou ver que dentro da realidade brasileira, existem tecnologias de cuidado eficazes para a promoção da saúde mental, e que se faz necessário implementar estas técnicas para acolher aqueles que se encontram em sofrimento.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, N. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artemed, 2001.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M.T.A.D.; PERES, M.F.T. **O conceito de saúde mental. Revista USP**, São Paulo, v. 43, p. 100-125, 1999.

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____ **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro, 2005.

ANDRADE, S.R.; BUCHELE, F.; GEVAERD, D. **Saúde Mental na Atenção Básica** Global do Brasil. **Enfermería Global**, 2007. Disponível em: http// www.um.es/eglobal Acesso em: 02 fev. 2010.

ASSOC IAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária Passo a Passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

_____. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2008.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory**. Manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1998. .

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BERTALANFTY , L. **Théorie generale dês systemes**. Paris: Dumont, 1975.

BRANDEM, N. **Os seis pilares da autoestima**. São Paulo: UNESP, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 10216, 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. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programaseprojetos/saudemental/lei10216.htm>. Acesso em: 22 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Reforma psiquiátrica e manicômios judiciários**: relatório final do seminário nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. (Série D. Reuniões e Conferências)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações Gerais de Saúde**. Brasília: DATASUS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005b.

_____.Ministério da Saúde Portaria 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 04 maio 2006a. Seção 1, p. 84.

_____.Ministério da Saúde- Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1.

---------- Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009.

BREDA**,** M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O **cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde:** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 25-35, 2003. Disponível em: <www.cpqam.fiocruz.br/aggeu/depsaudepub2003.php-18k>. Acesso em: 27 nov. 2008.

CAETANO, D. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas / Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 351 p

Camarotti, M.H.; Silva, F.R.S.; Medeiros, D.; Lins, R.A.; Barros, P.M.; Camarotti, J.; Rodrigues, A. **Terapia comunitária**: **relato da experiência de implantação em Brasília –** Distrito Federal. In: Congresso de Terapia Comunitária, 2., 2002, Ceará. **Anais...** Ceará: Mismec-DF, Mismec-CE, 2002. p. 54-67.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão cientifica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2006.

CORDEIRO, H. **Sus – Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Rio, 2005.

FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FERREIRA FILHA, M. O. **A prática dos enfermeiros no campo da atenção psicossocial**: uma tipologia da ação. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

FERREIRA FILHA, M.O. et al. A Terapia Comunitária como Estratégia de Promoção a Saúde Mental: O Caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf**., v. 11, n. 4, p. 964-970, 2009.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. **O diagnóstico em psiquiatria e Psicanálise**. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**., v. V, n.1, p. 29-43, 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Governo adota terapia comunitária em Programa Nacional de Saúde,** São Paulo, 5 abr. 2008. Disponível em: <http://wwww.integrando.org.br/tousarticles.php>. Acesso em: 11 nov. 2008.

FORTES, S.; FURLANETTO, L. M.; CHAZAN, L. F. **Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família** (PSF). **Boletim Científico**. 4 ed., dez. 2005. Disponível em: <www.acs.**min**-saude.pt/wp-content/uploads/.../2009-11-04_wonca_final.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009>.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. **Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis.** Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários á prática educativa. São Paulo: País e Terra, 1970.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 24.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 158p.

FREUD. S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imado, 1988.

GRODDECK, G. (1923). **O livro d'Isso***.* São Paulo: Perspectiva, 1988.

IACOPONI, E. **The detection of emotional disorders by primary care physicians**: a study in São Paulo, Brazil. London: University of London, 1989.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LACAN, J. (1957). **A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud**. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 10.ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LIMA, M.S. **Epidemiologia e Impacto Social**. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v.21, S.1, maio 1999.

LYRA, M.A.A. **Desafios da saúde mental na atenção básica. Cadernos** IPUB. Saúde Mental na Atenção Básica. **IPUB/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, mar./abr. 2004.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MERHY, E. E. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3.ed. Paris: Stória, 1990.

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo saúde mental** - nova concepção, nova Esperança. Washington: Opas/OMS, 2001.

PERES, U.T. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

PICHON, R. E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

RODRIGUES, P.H.A.; SANTOS, I.S. **Saúde e cidadania** - uma visão histórica do SUS. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROSA, W. A.G.; LABATE, R.C. **A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família**. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL INOVAÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM, 2003, Ribeirão Preto: Simpósio Internacional Inovação e Difusão do Conhecimento em Enfermagem, 2003.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

SHUA-HAIM, J.R. et al. Conversando sobre depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003. Disponível em: <www.hoje.org.br/.../20070825-Conversando-Sobre-a-Depressao.ppt>. Acesso em: 02 dez. 2009.

SIAB - Sistemas de Informação da Atenção Básica. **Dados sobre o Município de Petrópolis**. 2006. Disponível em: http://Portal.Saúde.gov.br/portal/se/DATASUS/área. Acesso em: 12 mar. 2008.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2005.

TORRES, C. A. **Educação e democracia**: a práxis de Paulo Freire. São Paulo: Cortez, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa**: construções teórico-epistemológicas, discussão comparada e aplicação nas áreas da Saúde e Humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAN DER HEYDEN, J.; VAN OYEN, H.; GISLE, L. **The classification of health problems in health interview surveys**: using the International Classification of Primary Care (ICPC). **Soz Praventivmed**, v.49, n. 2, p. 161-163, 2004.

WAINER, R.; MADEIRA, M.J.P.; PICCOLOTO, M.N. **Psicoterapias cognitivas**: convergências e divergências entre as abordagens construtivistas e do processamento da informação. Porto Alegre: Aletheia, 1999. v .10.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, H.J.; D. JACKSON, D. D. **Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Cultrix, 1967.

YAPKO, M.D. **Compreendendo a depressão**. Belo Horizonte: Diamante, 2007.

ZIMERMAN, D. **Manual de técnica psicanalítica**: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 1999.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) Senhor(a)

Sou Ana Lúcia da Costa Silva, Psicóloga Clínica e mestranda na Universidade Estácio de Sá - RJ, no curso Mestrado em Saúde da Família e estou desenvolvendo um estudo sobre: **TERAPIA COMUNITÁRIA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO - UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE MENTAL NO PSF DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS.** Solicito sua colaboração na participação desta pesquisa, aceitando que eu aplique e registre as informações colhidas com a técnica da Terapia Comunitária desenvolvida na pesquisa.

Os dados serão apresentados no Curso do Mestrado Saúde da Família - Unesa, respeitando o caráter confidencial da identidade. Pretendo com esta pesquisa obter informações sobre a eficácia da Terapia Comunitária na promoção da saúde mental com alivio do sofrimento psíquico.

Aceitando participar tem a garantia de que seu nome não será divulgado. Se durante o andamento da pesquisa você resolver desistir, terá toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento na unidade.

Estou ciente que durante a pesquisa a pesquisadora filmará a 1ª roda da Tc e 8ª, dando meu conssentimento para as gravações que se fazem necessária.

Ressalto que estou ciente de que terei:

1- A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa;

2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa;

3- A segurança de que não haverá divulgação personalizada das informações;

4- Receberei as informações atualizadas sobre os resultados da pesquisa.

Para possíveis esclarecimentos a pesquisadora estará disponível neste endereço: Rua Narciso de Castro 255. Q. Ingelhein Petrópolis – Tel.: 24. 2244 - 5242. e-mail: acosta.da.lua@hotmail.com.

Atenciosamente:

Petrópolis, _____

_____ _____

Assinatura do Participante Ana Lúcia da Costa Silva

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: ____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim ____ Não ____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

0 Tomo decisões como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).

15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.
0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.
0 Não tenho observado qualquer alteração recente
No meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do
Que costumava.
2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____ **Classificação: _____**

0 a 12 pontos: pessoa sem depressão clínica

13 a 20: sintomas depressivos leves

21 a 30: depressão moderada

31 ou mais: depressão severa

APENDICE 3 – FOTOS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA