

## Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras<sup>1</sup>

### Therapeutic practices in the informal net with emphasis on mental health: caregiver's histories

### Prácticas terapéuticas en la red con énfasis en salud mental: los historiales de los cuidadores

Alynnne Mendonça Saraiva<sup>I</sup>, Maria de Oliveira Ferreira Filha<sup>II</sup>, Maria Djair Dias<sup>III</sup>

#### RESUMO

O crescimento de práticas terapêuticas não alopáticas em saúde mental é uma forma diferenciada de cuidar dos que sofrem de transtorno psíquico, já que os serviços oficiais de saúde ainda não são suficientes para garantir um atendimento adequado nessa área. Nesse estudo, objetivamos conhecer as histórias das cuidadoras da rede informal de saúde que usam práticas não alopáticas no cuidado com a saúde mental. Utilizamos, para isso, o método de história oral temática. Foram entrevistadas nove cuidadoras que trabalham no Centro Holístico da Mulher – AFYA, no município de João Pessoa – PB, no período de maio a agosto de 2007. Dentre os principais resultados, observamos que algumas das cuidadoras se aproximaram dessas práticas devido a sofrimentos vivenciados e à necessidade de aprendizado e socialização. De acordo com elas, a maioria das pessoas busca essas práticas terapêuticas quando não encontram respostas satisfatórias no sistema de saúde formal. As cuidadoras perceberam mudanças no estado de saúde daqueles que utilizaram as práticas, relatando que, através do resgate da auto-estima, essas pessoas reconstruíram suas identidades. Esclarecemos que as práticas não alopáticas não são uma alternativa ao modelo biomédico, já que possuem próprios métodos de diagnósticos e tratamentos, mas podem sim estar num eixo de complementariedade.

**Palavras chave:** Saúde mental; Mulheres; Cuidadores; Serviços de saúde.

#### ABSTRACT

The growth of non-allopathic therapeutic practices in mental health is a differentiated way to take care of people suffering from mental disorder, since the official services of health not yet are enough to guarantee an attendance adjusted in this area. In this study, we objectify to know the caregivers' histories of

the informal health net that use non-allopathic practices in the mental health care. We use, for this, the method of oral history theme. Nine caregivers that work in the Women's Holistic Center - AFYA, in the city of João Pessoa - PB, had been interviewed in the period between May and August of 2007. Amongst the main results, we observed that some of caretakers came to these practices due the lived deeply sufferings and to the necessity of learning and socialization. According these women, the majority of these people seeking these therapeutical practices when they do not find satisfactory answers in the formal health System. The caretakers noticed changes in the health status of people that using the practices and reported that they reconstruct their identities through the redemption of self-esteem. It should be noticed that non-allopathic practices are not an alternative to the biomedical model, which already have their own methods of diagnosis and treatment, but rather may be an axis of complementarity.

**Key words:** Mental health; Women; Caregivers; Health services.

<sup>1</sup> Pesquisa resultante da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. UFPB

<sup>I</sup> Professora Efetiva do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: [alynnems@hotmail.com](mailto:alynnems@hotmail.com).

<sup>II</sup> Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Terapeuta Comunitária. Membro do Grupo de Enfermeiras Experts no Ensino de Enfermagem em Saúde Mental das Américas. OPS/ OMS. João Pessoa/PB. E-mail: [marfilha@yahoo.com.br](mailto:marfilha@yahoo.com.br)

<sup>III</sup> Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Terapeuta Comunitária. E-mail: [mariadjair@yahoo.com.br](mailto:mariadjair@yahoo.com.br).

## RESUMEN

El crecimiento de prácticas terapéuticas no alopáticas en la salud mental es una forma diferenciada de cuidar de las personas que sufren trastornos mentales, ya que los servicios oficiales de salud aún no son suficientes para garantizar un atendimento adecuado en esta área. En este estudio, objetivamos conocer las historias de las cuidadoras de la red informal de la salud que usan prácticas no alopáticas para el cuidado con la salud mental. Utilizamos, para eso, el método de historia oral temática. Fueron entrevistados nueve cuidadoras que trabajan en el Centro Holístico de la Mujer - AFYA, en la ciudad de Joao Pessoa - PB en el período de mayo hasta agosto de 2007. Entre los principales resultados, se observó que algunas de las cuidadoras se aproximaron de esas prácticas

debido a sufrimientos vivenciados y a la necesidad de aprendizaje y socialización. Según ellas, la mayoría de las personas buscan esas prácticas terapéuticas cuando no encuentran respuestas satisfactorias en el sistema de salud formal. Las cuidadoras percibieron cambios en el estado de salud aquellos que utilizaran esas prácticas, relatando que a través del rescate de la autoestima, esas personas reconstruyeron sus identidades. Esclarecemos que las prácticas no alopáticas no son una alternativa para el modelo biomédico, ya que tienen sus propios métodos de diagnóstico y tratamientos, sino que pueden sin estar en un eje de complementariedad.

**Palabras clave:** Salud mental; Mujeres; Cuidadores; Servicios de salud.

## REFLEXÕES INICIAIS

Apesar de avanços obtidos pela política econômica, no que diz respeito aos índices de empregos, escolaridade, melhoria do sistema de saúde, e de benefícios gerados pelas políticas sociais, ainda podemos encontrar pessoas vivendo em condições de extrema pobreza.

Já é conhecido o apelo das organizações internacionais, a exemplo da OMS/OPS<sup>(1)</sup> a qual vem chamando a atenção dos países para a falta de políticas de inserção social mais abrangentes, pois o desemprego, a falta de moradia, saúde, educação e aceitação social também são considerados os principais fatores de desajustes e desequilíbrios familiares e individuais e, conseqüentemente, desencadeadores de transtornos e sofrimentos psíquicos. Os transtornos psíquicos não são restritos a classes sociais baixas. O acúmulo de trabalho e as exigências do mercado competitivo também resultam em sofrimento psíquico.

Os transtornos psíquicos acometem, a cada dia, um maior número de pessoas. Pesquisas feitas em populações ocidentais mostram que a prevalência destes transtornos está na faixa de 12,5% nos homens e 20% nas mulheres. Os transtornos mentais contribuem para um terço de dias perdidos por doença no trabalho e um quinto das consultas de atenção básica<sup>(2-3)</sup>.

Os problemas familiares e econômicos, geralmente, levam as pessoas a buscarem os serviços de saúde com queixas variadas e imprecisas como nervosismo, preocupação, tristeza, cansaço, dores em vários locais do corpo, medo, ansiedade, desânimo, entre outros. Essas queixas revelam sinais de uma crise extensa e complexa que perpassa os aspectos sociais, culturais e espirituais dos indivíduos e que fornece um retrato aproximado do modo de pensar, sentir e adoecer da maioria da população brasileira. São sintomas para os quais o sistema de saúde não dispõe nem de recursos suficientes, nem de profissionais qualificados para sua escuta e cuidados. O resultado é a medicalização de problemas que não têm origem orgânica e, conseqüentemente, não diminuem o sofrimento da população<sup>(4-5)</sup>.

Como conseqüência, as pessoas seguem em busca de outros recursos que atendam não só às necessidades físicas, mas também psicológicas e espirituais. Um exemplo disso se encontra no Nordeste, onde é comum observarmosromeiros em peregrinações, pagando promessas a santos, em busca de cura para as dores da alma, as quais Barreto<sup>(6)</sup> define como sendo distúrbios de abandono, insegurança e baixa auto-estima.

Nesse cenário, acabam por emergir algumas maneiras de cuidado e tratamento, no intuito de dar uma resposta mais alentadora à dor e ao sofrimento emocional. A exemplo,

temos o arsenal de práticas terapêuticas que vêm sendo desenvolvidas na rede informal de saúde, por cuidadores que, muitas vezes, não são reconhecidos pelo sistema formal, sendo, portanto, excluídos. Entretanto, suas práticas de cuidado têm ajudado um número considerável de pessoas a encontrar alento e, muitas vezes, até a cura para suas dores.

O surgimento da abordagem holística na saúde está relacionado a diversas crises paradigmáticas: à fragmentação do conhecimento, levando à construção de modelos explicativos e reducionistas sobre o processo saúde-doença reducionistas; avanço e predominância do modelo tecnicista no tratamento e na recuperação da saúde; valorização do ter mais do que o ser; objetificação do ser humano, nos aspectos econômicos, políticos e sociais, entre outras. Tudo isso pode ter levado a humanidade a um síndrome coletiva de mal-estar que resulta na perda de valores essencialmente humanos<sup>(7)</sup>.

Na atualidade, a OPS/OMS, o Ministério da Saúde/Brasil, Estados e Municípios brasileiros já reconhecem a necessidade de avançar na construção do modelo coletivo de saúde mental, de base comunitária. Os fracassos acumulados impulsionam a busca pelo cuidado integral. Já não se discute mais a necessidade de que o ser humano venha a ser cuidado nas suas dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais. É evidente que a saúde aconteça nas interações entre corpo/mente e espírito e entre o indivíduo e o ambiente<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, o modelo comunitário deve ser inclusivo, buscando aproximação entre o saber científico e o saber popular. A interação do profissional com a comunidade pode ser um campo fértil de construção de vínculos em que as pessoas podem reencontrar sua identidade cultural, social e histórica, construindo redes de apoio social, visando melhorar as condições de saúde<sup>(6)</sup>.

A Enfermagem vem se interessando por essas novas concepções de saúde, principalmente ao abordar o assunto *cuidado* de uma forma holística. O conhecimento das práticas não alopáticas, adquirido pelos enfermeiros, talvez possa indicar uma maior capacidade de humanização, além de

proporcionar uma visão mais ampla sobre as possibilidades de *cuidado*.

A utilização de práticas terapêuticas demonstra novos tipos de estratégias frente às carências do sistema de saúde, principalmente em relação à saúde mental. E cada vez mais a população tem buscado outros terapeutas, que nem sempre são profissionais graduados, para sanar os problemas vivenciados no cotidiano.

A relevância desse estudo apontou para a necessidade de integrar os cuidadores da rede formal com os da rede informal, tendo em vista que ambos buscam a melhoria da saúde daqueles que cuidam. Os cuidadores da rede informal, mesmo não tendo passado pela academia, podem contribuir com os profissionais de saúde em geral, em especial com o enfermeiro, que se beneficiará com uma visão da saúde e do cuidado de modo mais ampliado.

Nessa perspectiva, objetivamos, neste trabalho, conhecer as histórias de cuidadoras da rede informal de saúde, buscando a revelação de suas características pessoais e como elas se tornaram cuidadoras; identificar, a partir do entendimento das cuidadoras, o que motivou a procura de práticas terapêuticas na rede informal de saúde e conhecer aspectos associados às práticas utilizadas e à condição de saúde das pessoas, relatadas pelas cuidadoras.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Para valorizar o universo qualitativo e subsidiar este estudo utilizamos estratégia da História Oral Temática, que, de acordo com Meihy<sup>(8)</sup>, parte de um assunto preestabelecido, comprometendo-se com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre algum evento definido.

O estudo foi realizado no Afya - Centro Holístico da Mulher, localizado no conjunto dos motoristas, no bairro Alto do Mateus, município de João Pessoa - PB, na periferia da capital paraibana. Esse bairro abriga comunidades carentes e tem infra-estrutura precária. Seu nome surgiu devido a Igreja de São Mateus, construída no alto do morro.

O Afya é uma Organização Não Governamental (ONG), criada, em 1998, por um grupo de mulheres. Sua sede se localiza em

uma casa comum, de alvenaria, situada em uma rua sem saneamento básico. O interior da casa foi reestruturado para melhor distribuição das atividades. Possui sala para massagem, sala para atendimento bioenergético, sala para argiloterapia. Em volta da casa encontra-se um jardim com plantas medicinais.

Afya é uma palavra Swahili, a língua nacional da Tanzânia e da África Oriental, e significa saúde. O trabalho no Afya é desenvolvido prioritariamente para o cuidado de mulheres e adolescentes. Dentre suas principais atividades, podemos citar: cursos, oficinas, atividades de educação em saúde e desenvolvimento de terapias holísticas.

A seleção de colaboradores esteve vinculada à formação da colônia, ou seja, uma coletividade que tem objetivos comuns. Neste estudo, a colônia foi composta pelas nove mulheres que trabalham no Afya - Centro Holístico da Mulher, desenvolvendo alguma prática não alopática.

A produção do material empírico foi feita através da entrevista, com a utilização do gravador. Essa teve como base a experiência das cuidadoras, que são as colaboradoras do estudo. As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2007 e foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada colaboradora, solicitando-lhe a autorização para o uso do gravador e respeitando o tempo e local desejado. Antes de iniciar cada entrevista, foi apresentado o termo de *Consentimento Livre e Esclarecido* para ser lido e assinado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto desta pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob o número do protocolo: 1009/07.

Com relação ao anonimato, foi sugerida a criação de pseudônimos para resguardar o caráter confidencial das informações, porém as colaboradoras preferiram autorizar a divulgação de seus nomes, como consta no registro civil.

A análise do material foi guiada pelo tom vital. As expressões fortes que surgiram das narrativas procederam de um diálogo, iluminado pelos autores que compõem a literatura pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material empírico produzido permitiu, por meio de repetidas leituras, a identificação do *tom vital* considerado como a expressão forte capaz de reunir os elementos significado da entrevista, ou seja, permite entender a melodia da narrativa de cada colaboradora seguida pelos eixos temáticos que fortalecem a discussão guiada pelo *tom vital* e iluminado pela literatura pertinente.

O Tom vital, a leitura e o estudo do material empírico levaram à formulação e identificação de temas que foram captados no significado das palavras, gestos e falas. Dessa forma, organizamos os tons vitais de acordo com os temas evidenciados, procurando atender aos objetivos propostos pelo estudo. Os resultados foram divididos em três eixos temáticos: Em busca de Cuidado, Em busca do ofício sagrado e da liberdade de ser, A falência do modelo biomédica e a procura por práticas acolhedoras.

### Em busca do cuidado: a cuidadora que se cuida resgatando a auto-estima

Os relatos a seguir, extraídos dos textos das colaboradoras, trazem fragmentos de suas histórias, as quais revelam como elas se inseriram no centro holístico de cuidado da mulher e os motivos que as levaram a tornarem-se cuidadoras, transformando seu sofrimento em fonte de competência:

*Eu vim com um problema seríssimo de saúde... estava muito inchada... eu vi meu estado e isso me deixou em uma depressão muito grande... Passei quinze dias recebendo compressas de barro, massagem e tratamento psicológico [...].* (Maria da Guia)

*Eu era muito deprimida, porque eu sofri muito na infância... perdi meu pai muito cedo. Minha auto-estima era muito baixa... mas depois que eu conheci o Afya, eu cresci! [...].* (Maria José)

Verificamos que os relatos dessas cuidadoras revelam algo em comum: todas estavam passando por um período de adoecimento quando chegaram ao Afya. O sofrimento em si leva as pessoas a buscarem recursos diversos para reconstituir a saúde e o bem-estar.

Geralmente, ao serem acometidas por algum tipo de enfermidade física, as pessoas procuram por cuidados que muitas vezes não têm o efeito esperado, levando-as a um sentimento de frustração e sofrimento psíquico.

O sofrimento está diretamente relacionado ao modo como cada indivíduo percebe e reage aos eventos da vida, envolvendo-o de forma integral, não se restringindo apenas ao corpo físico, mas afetando também seu lado emocional e espiritual<sup>(9)</sup>.

O relato de Maria da Guia pode servir de exemplo de como alguma enfermidade física pode prejudicar a saúde mental, principalmente se esta enfermidade afetar a imagem corporal. Mudanças no corpo, provocadas por alterações físicas e patológicas, podem levar o indivíduo a uma auto-imagem depreciativa e, conseqüentemente, ao surgimento de transtornos depressivos relacionados à baixa auto-estima.

Outro fator importante elucidado na fala de Maria José foi a relação do estado depressivo com a morte do pai ainda na infância. Quando laços de convivência são rompidos pela morte, sentimentos de tristeza e angústia invadem nosso interior, deixando-nos, muitas vezes, sem perspectivas quanto ao futuro.

Nessa perspectiva, Abreu<sup>(10)</sup> enfatiza que o luto acarreta mais ansiedade nas mulheres do que nos homens e justifica esse fato à importância dada pelas mulheres às relações interpessoais, enquanto os homens se importam mais com a carreira e a realização pessoal.

Mesmo sendo a morte a maior certeza do ser humano, a perda de um ente querido fragiliza qualquer pessoa, independente de sexo, idade ou classe social, e faz emergir sentimentos de impotência, acompanhados por atitudes de revolta ou conformação.

Ao relacionarmos que as situações de sofrimento foram os motivos pelos quais essas cuidadoras buscaram ajuda no Afya, consideramos que as práticas terapêuticas lá utilizadas restabeleceram o bem-estar, o que pode ter levado essas mulheres a buscarem conhecimento e aumentarem suas crenças no poder de cura das práticas não alopáticas.

Andrade<sup>(11)</sup> corrobora com a idéia acima quando expõe que o alívio do sofrimento, seja

ele físico ou mental, é o principal motivo que impulsiona pessoas comuns a se tornarem cuidadoras. Outro fator seria uma maior identificação com o processo de cura aliado à espiritualidade.

Quando entendemos realmente a natureza dos nossos sofrimentos, somos capazes de ajudar outras pessoas e a nós mesmos. Ao resgatar nossa história, encontrando as raízes do nosso sofrimento, somos capazes de transformá-lo em pérolas e, diante da realidade, encontrar soluções para nossos problemas. As pessoas tomam a decisão de virarem cuidadoras porque reconhecem a experiência construída no interior do seu ser, valorizando as práticas de cuidados recebidos.

As práticas terapêuticas não alopáticas, ao focalizarem o sujeito como ser integral, valorizam não apenas seus aspectos físicos, mas também as emoções e a espiritualidade, proporcionando um cuidado mais tênuo e menos racional, fruto de um vínculo afetivo e solidário entre cuidador e cliente<sup>(11)</sup>.

As cuidadoras, além de perceberem mudanças no estado de saúde das pessoas que utilizaram os recursos não alopáticos, relatam que as mesmas passam por um processo de reconstrução de suas identidades, através do resgate da auto-estima:

*Depois que fazem as terapias, as pessoas mudam, ficam mais empolgadas, aumentam a auto-estima, saem mais alegres e renovadas. Então eu me sinto muito feliz quando aplico reiki e ligo pra mim dizendo: 'Maria José eu já estou bem melhor daquele problema, consegui dormir... estou outra pessoa'.... (Maria José)*

O próprio contexto no qual cada pessoa está inserida e estabelece suas relações pessoais pode funcionar como recurso terapêutico na reestruturação da auto-estima e da confiança.

A auto-estima é um sentimento desenvolvido ao longo da vida de cada pessoa através das relações interpessoais em que predominam a valorização do ser, fornecendo subsídios para o autocuidado. Desse modo, a auto-estima se desenvolve dentro de um contexto social que possa prover contingências positivas para a pessoa, favorecendo seu auto-reconhecimento<sup>(12)</sup>.

A rede de apoio social favorece a troca de experiências de enfrentamento dos problemas, gerando apoio mútuo e solidariedade, além de promover a criação de laços de amizade e confiança, o que favorece positivamente o resgate da auto-estima. Na narrativa abaixo, Maria de Lourdes fala da importância do acolhimento e do apoio no processo de cura:

*[...] Aqui as pessoas têm a oportunidade de conversar, desabafar os problemas desde a infância, e quando a pessoa continua o tratamento, se liberta daquela depressão. Às vezes eu... fico encantada, porque a pessoa chega tão caída, desanimada e, quinze dias depois, a pessoa já diz: 'Dona Lurdes, eu estou muito feliz, porque graças a Deus eu encontrei um lugar que me deu apoio', porque o que ela quer é atenção. (Maria de Lourdes).*

As atitudes de cuidado, voltadas para o acolhimento e troca de experiências, trazem também sentimentos de pertença a um determinado grupo ou comunidade. Ser incluso em uma comunidade ou em uma rede de relações sociais ajuda o indivíduo a reconstruir sua própria identidade, atribuindo novos sentidos e significados a sua vivência pessoal.

Ao resgatarmos nossa auto-estima e confiança, somos capazes de cuidar de nós mesmos. Luz<sup>(13)</sup> afirma que os recursos não alopáticos permitem a vivência da subjetividade e da sensibilidade corporal, permitindo um autoconhecimento de si próprio, levando-nos à busca de uma maior autonomia no processo de cura e na reconstrução da saúde:

*Essa é outra forma de tratamento. Quem vai cuidar de você não é o médico, mas você mesmo. Isso é um processo maravilhoso de cura. Na verdade, a cura já começa quando a pessoa se responsabiliza pela sua própria saúde... A partir do cuidado físico, o espírito já melhora, tem um equilíbrio emocional, o sistema nervoso vai acalmando e a pessoa começa a ser responsável por ela mesma. (Efu) Existem muitas maneiras de se cuidar da saúde e eu falo sempre quando as pessoas estão precisando. Nas oportunidades que tenho eu sempre favoreço um conhecimento para que as pessoas possam ter um autocuidado maior com seu corpo. (Ana Maria)*

Os relatos acima revelam que é através do cuidado integral que se pode reconstruir a autonomia do indivíduo, incentivando-o a retomar ativamente o controle de sua vida.

Ao focalizarem o indivíduo em sua totalidade, como centro das práticas de cuidados, os cuidadores que trabalham com práticas não alopáticas vão incentivando o autocuidado, a autonomia, fazendo com que os indivíduos que busquem cuidados se tornem agentes ativos, compartilhando das ações em busca da recuperação de sua saúde e de uma melhor qualidade de vida<sup>(9)</sup>.

Todos esses depoimentos reafirmam o que muitos estudiosos vêm descrevendo em suas pesquisas sobre a importância de se levar em conta o ser em sua totalidade, promovendo um cuidado integral, através de ações acolhedoras que possam aproximar os profissionais da população, como intuito de construir práticas integradoras que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas.

### **Em busca do Ofício Sagrado e da Liberdade de Ser**

O cuidador ou terapeuta se designa como aquele que zela, que dá atenção. Quando o humano é capaz de interessar-se pelo outro, pelo cosmos, e agir de forma cuidadora, começa, então, a tornar-se mais semelhante do Criador<sup>(14)</sup>.

Desse modo, o ato de cuidar traz em sua gênese um universo envolto pelo sagrado. Cuidar é uma arte capaz de aproximar o humano do divino. Aquele que tem o cuidado como ofício sagrado o faz não apenas por bondade, mas pela interação que o cuidado promove. Ao cuidar do outro, estamos cuidando de nós mesmos.

Nos próximos relatos, podemos perceber que o interesse de algumas mulheres se tornarem cuidadoras se deve à necessidade de aprendizado, socialização e de ter um ofício, um serviço fora do lar:

*[...] me sentia muito presa, porque meu marido era muito ciumento... queria fazer um trabalho que eu gostasse... A mulher tem que ser livre... não pode ficar em casa, entre quatro paredes... ela tem que arrumar um trabalho para ocupar a*

*mente... Hoje eu tenho liberdade! [...].* (Maria Ventura)

*[...] sou muito tímida... vivia muito presa em casa, só cuidava dos filhos e do marido. Vim conhecer o Afya, gostei e fiquei. Isso me ajudou muito... passei a conhecer muita coisa que não conhecia [...].* (Vera Lúcia)

Embora já tenham ocorrido várias transformações sociais no que se refere ao papel da mulher na sociedade, observamos, nos relatos, que as mulheres de baixa renda ainda assumem prioritariamente funções domésticas. Em países subdesenvolvidos, a educação da mulher ainda se restringe às atividades do lar, criação dos filhos e obediência ao esposo.

Todavia, a responsabilidade pelo trabalho doméstico e as funções desempenhadas como mãe e esposa não estão satisfazendo as mulheres. Estas, por sua vez, buscam novos caminhos que supram suas necessidades de aprendizado e cidadania.

Os múltiplos papéis desempenhados pela mulher podem vir a ter efeitos significativos no seu bem-estar. O aumento de sintomas depressivos foi observado em mulheres que assumem somente a função doméstica. A rotina das tarefas de casa, a falta de reconhecimento dessas atividades, a responsabilidade pelo bem-estar da família são fatores que podem levar ao isolamento social e, conseqüentemente, ao desgaste emocional<sup>(15)</sup>.

### **A falência do Modelo Biomédico e a procura por práticas acolhedoras**

O modelo biomédico vem se caracterizando, ao longo dos tempos, por dar ênfase aos aspectos físicos, ter uma visão fragmentada do ser humano e se colocar como saber hegemônico frente ao saber popular. Estes fatos mostram-se opostos à idéia de cuidado integral e acolhimento do ser humano<sup>(13)</sup>.

Atualmente, algumas ferramentas de cuidado não alopático estão tendo uma maior notoriedade no cenário de saúde. São vários os motivos que levam as pessoas a buscarem ajuda em serviços que não se encontram inseridos na rede formal de saúde. Nas próximas narrativas descobriremos que muitas pessoas procuram o Afya por não encontrarem

respostas para os seus problemas no sistema de saúde vigente:

*[...] as pessoas já vêm para cá com depressão... porque fazem o tratamento médico e não dá certo [...].* (Efu)

*[...] a gente escuta muita queixa... que no hospital não tem bom atendimento, o tratamento não é bem feito[...].* (Maria de Lourdes)

Mesmo com a criação do SUS e uma proposta de assistência universal, integral e descentralizada, os serviços de saúde da rede formal continuam sendo alvo de críticas e discussões, principalmente no que concerne ao atendimento, à atenção dada pelos profissionais, estrutura organizacional e técnica.

O crescente aumento na quantidade de pessoas que buscam os serviços de saúde acarreta à diminuição no tempo de duração das consultas e interfere na resolubilidade dos problemas, gerando conflitos e queixas freqüentes na relação profissional-cliente. O desgaste dessa relação é elucidado nos seguinte relato:

*[...] o médico não tem uma palavra de amor... não senta para conversar [...].* (Maria Ventura)

As queixas sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde, em especial os médicos, são freqüentes e se estabelecem como um dos principais problemas encontrados no funcionamento do SUS.

Pinheiro<sup>(7)</sup> descreve que o principal fator que leva a deterioração da relação profissional-cliente é a não valorização das relações pessoais nas ações de saúde como uma ferramenta de cuidado.

Na realidade, a dificuldade dos profissionais de saúde em ouvir as queixas da população está relacionada com a dificuldade em lidar com a subjetividade. Em vez disso, os profissionais preferem lidar com a doença e intervir nas enfermidades corporais, visto que os resultados são "visíveis". Isso leva a um verdadeiro desencontro entre o saber médico e o relato da população, haja vista o profissional, muitas vezes, não ser atento às histórias de vida de seus clientes, deixando que fatos importantes passem despercebidos.

Como se não bastasse a assistência centralizada na doença e a não valorização dos

sentimentos, crenças, emoções das pessoas, os profissionais de saúde acabam não considerando os sinais de adoecimento psíquico, expressos por sintomas como ansiedade, depressão, estresse.

Esse conjunto de fatores, característicos do modelo biomédico, são os principais motivos que levam a população a procurar práticas não alopáticas de cuidado, como mostra o relato da cuidadora:

*As pessoas estão procurando muito por essas terapias, principalmente devido a má alimentação e ao estresse do dia-a-dia... elas vêm com problemas para dormir, com depressão, ansiedade, estresse, baixa auto-estima [...].* (Maria José)

A ocorrência de transtornos mentais está relacionada à "correria do dia-a-dia". Entendemos isso como a elevada carga de trabalho imposta hoje em dia para atender as demandas de um mercado capitalista. O aumento da carga horária semanal, o baixo salário, custo de vida elevado, principalmente das grandes cidades, fora os outros papéis, desempenhados dentro da sociedade, fazem com que a maioria das pessoas trabalhe sobre excessiva carga emocional.

Entretanto, é importante ressaltarmos que, muitas vezes, os próprios profissionais estão condicionados a fatores estressantes ao se submeterem a cargas excessivas de trabalho, em condições insalubres e baixa remuneração. Não devemos esquecer que o profissional de saúde é aquele que se propôs a cuidar, ou seja, ser um cuidador, embora muitos tenham se desviado desse caminho. Os cuidadores também podem ser feridos e precisam ser cuidados.

Ao nos referirmos ao sofrimento mental, o quadro se agrava mais quando visto pela questão de gênero. De acordo com as cuidadoras do Afya, a mulher desempenha muitos papéis e acaba se descuidando de sua própria saúde, como podemos perceber na seguinte narrativa:

*A maioria das mulheres chega com depressão, estressadas, choram... eu acho que devido aos problemas de casa, da família, do marido [...].* (Maria Ventura)

Não só a multiplicidade de papéis desempenhados pela mulher pode atingir a sua integridade emocional, mas a violência, a pobreza e o machismo, que são apontados por uma das cuidadoras como fatores desencadeadores de sofrimento mental:

*[...] raramente encontra-se uma mulher que largou os filhos. O homem larga, e a mulher fica com os filhos e vai trabalhar lavando roupa ou fazendo qualquer coisa para ajudar as crianças. A pobreza, o machismo, tudo atinge os nervos da mulher. Ela carrega a pobreza no corpo, na cabeça e na barriga dela, fora a violência física e psicológica que a maioria sofre.* (Efu)

A discriminação e submissão ainda estão presentes na vida da maioria dessas mulheres, acarretando sofrimento emocional, através de sentimentos de insegurança, medo, ansiedade. Andrade, Viana e Silveira<sup>(16)</sup> mostram que a maior prevalência de transtornos de ansiedade e afetivos estão associados ao sexo feminino, justificando que as mulheres têm uma maior aceitação cultural do medo.

Seja relacionado a fatores sociais ou de gênero, o aumento de transtornos mentais tem se tornado preocupante. Embora novas estratégias de enfrentamento desses problemas tenham sido desenvolvidas após a Reforma psiquiátrica, a OMS<sup>(3)</sup> revela que as verbas destinadas às políticas de saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos gastos totais em saúde.

A maioria das pessoas que buscam por serviços de saúde com algum sofrimento mental acaba sendo medicada para problemas que não têm origem orgânica. A prescrição de psicofármacos vem aumentando a cada ano, principalmente para as pessoas mais pobres<sup>(5)</sup>.

Outro problema evidenciado pelas cuidadoras em suas narrativas é o alto custo das medicações e os efeitos colaterais provocados por essas drogas, que muitas vezes têm ação paliativa e não tratam a origem da doença em si:

*Chegam muitas pessoas fazendo uso de medicação sem ter conhecimento. Vão ao médico, tomam um remédio, tomam outro, vão somando os medicamentos e intoxicando o corpo. A gente sabe que os medicamentos cuidam, mas estão tratando somente os*



*sintomas, e isso não faz bem, cada vez mais vai complicando a saúde das pessoas... Mas hoje elas estão mais conscientes que os medicamentos não estão resolvendo seus problemas, não estão curando a essência da doença, são apenas paliativos.* (Ana Maria)

Não podemos afirmar que a procura por práticas terapêuticas na rede informal esteja associada única e exclusivamente à fragilidade da biomedicina em lidar com questões subjetivas da vida cotidiana.

O capitalismo, incorporado à maior parte das sociedades atuais, é responsável por transformações intensas nas vidas dos indivíduos e das interações sociais, comprometendo a qualidade de vida das pessoas. Isso leva o ser humano a experimentar uma vida cheia de inquietação, medo e dificuldade de estabelecer comunicação efetiva<sup>(17)</sup>.

A solidão, o descaso, o desamor acabam se instalando pouco a pouco na vida cotidiana, trazendo sentimentos de insegurança, baixa auto-estima, tristeza. A busca pelo cuidado seja ele alopático ou não, pode vir a ser um reflexo dessa situação. Além das necessidades biológicas, todos nós precisamos de atenção, de zelo, de cuidado, de uma palavra que nos conforte de alguém que nos acolha.

A humanização das ações e dos gestos se torna necessária para o enfrentamento de nossos problemas e para a continuação da vida. Atitudes de promoção à vida e práticas que valorizam o outro vêm, significativamente, sendo o diferencial. Esse resgate permite desenvolver a capacidade de emocionar-se, envolver-se e de criar vínculos<sup>(17)</sup>. Por isso, hoje, grande parte das pessoas busca outros tipos de cuidados, como revela a cuidadora abaixo:

*Hoje eu acredito que as pessoas procuram pelas terapias porque aqui nós damos mais assistência, tem o aconchego de receber a pessoa e conversar com ela.* (Dona Lourdes)

O cuidado se inicia a partir da escuta e do interesse pelo sofrimento do outro. A pessoa, ao se sentir compreendida e acolhida, terá confiança em expor seu íntimo, seu sofrimento e suas dúvidas. O vínculo estabelecido entre o cuidador e a pessoa que recebe cuidados é

fundamental para o processo de reconstrução da saúde, uma vez que ambos serão beneficiados pela troca de cuidados.

## REFLEXÕES FINAIS

O progresso sócio-cultural, ocorrido nas sociedades, advindo das transformações dos sistemas políticos e econômicos, vem modificando a maneira de viver das populações e, conseqüentemente, afetando de forma significativa a qualidade de vida, causando desajustes sociais.

Como fruto dessa mudança, os laços de identidade e cultura foram se rompendo e repercutindo na saúde física e mental das pessoas, ocasionando queixas como dores musculares, insônia, ansiedade, medo e depressão. Esses sintomas são vistos frequentemente como as principais queixas que levam as pessoas a buscarem ajuda nos serviços de saúde.

No entanto, diante da fragilidade do modelo biomédico e da busca incessante por cuidados que extrapolem a dimensão física, a cada dia aumenta o número de pessoas em busca de recursos terapêuticos não alopáticos que possam oferecer cuidados holísticos que abranjam os aspectos físicos, mentais e espirituais.

Neste estudo, a análise do material empírico permitiu conhecer um pouco mais sobre o universo terapêutico das cuidadoras que trabalham na rede informal de saúde e utilizam as práticas não alopáticas como ferramentas de cuidado.

Durante os diálogos que permitiram o desenvolvimento desta pesquisa, as colaboradoras expressaram pelo menos dois motivos que as levaram a tornarem-se cuidadoras: a vivência de algum sofrimento; a "cura" obtida através de algumas dessas práticas e/ou o desejo de terem um ofício fora do lar que lhe permitissem expressar a liberdade de ser.

De acordo com as colaboradoras, a depressão e a diminuição da auto-estima são os principais motivos que levam as pessoas a buscarem ajuda no Afya. Além disso, se ouvem frequentemente relatos da insatisfação com os profissionais de saúde, principalmente médicos,

e com o atendimento e a resolubilidade dos serviços.

Embora saibamos que a relação profissional-cliente seja de fato um ponto primordial na resolubilidade das ações, devemos considerar também que na maioria das vezes o profissional de saúde faz seu papel em meio às exigências de uma sobrecarga de trabalho elevada, baixo salário e desmotivação com o próprio serviço.

Todavia, não é apenas a falência do modelo biomédico que contribui para a proliferação das práticas não alopáticas. A população sofre na alma, por falta de escuta, de acolhimento, de carinho, de apoio, de amor. E esses recursos terapêuticos, além de favorecerem o vínculo e a solidariedade através do apoio mútuo, promovem um maior contato com a espiritualidade, através da interação com o ser e com a energia universal.

Outro fato importante a ser ressaltado é que nem sempre a pessoa que presta cuidados precisa ter uma formação científica. Se entendermos que a experiência de vida, os valores culturais e o saber popular constituem também uma forma de conhecimento, poderemos valorizar esses cuidadores que se encontram fora da rede formal de saúde. O cuidado humanizado necessita da compaixão do outro e da sensibilidade pela dor do outro, pelo sofrimento humano.

Sentimentos de ajuda, de partilha e de acolhimento se encontram afastados da maioria dos serviços de saúde. O cuidado holístico, humanizado, seja individual ou coletivo, é a única forma de aliviar o sofrimento, favorecer a construção de vínculos sociais na busca por melhores condições de vida.

É importante ressaltarmos que além dos aspectos positivos evidenciados na utilização das práticas não alopáticas, não podemos deixar de lado a importância dos avanços da medicina nos tratamentos e métodos diagnósticos e preventivos, principalmente em doenças que antes não tinham cura nem profilaxia. É necessário considerarmos que as práticas não alopáticas não seriam uma alternativa ao modelo biomédico, pois têm seus próprios métodos de diagnósticos e

tratamentos, podemos considerá-las dentro de um eixo mais amplo de complementaridade.

## REFERÊNCIAS

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud; 1997. 590 p.
2. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública. 2003;19(6):1713-20.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra (Suíça): Organização Mundial da Saúde; 2001.
4. Ferreira Filha MO, Silva ATMC. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. Revista Conceitos. 2002 1(1):102-7.
5. Valla VV. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: Vasconcelos EM, orgs. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-295.
6. Barreto AP. Terapia Comunitária: passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.
7. Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2006.
8. Meihy JCSB. Manual de História Oral. São paulo: Loyola; 2005.
9. Lacerda A, Valla VV. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4th ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO; 2007. p. 171-198.
10. Abreu WC. Saúde, doença e diversidade cultural. Instituto Piaget. Lisboa: Stória editores; 2003.
11. Andrade JT. Medicina Alternativa e Complementar: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA; 2006.
12. Guilhardi HJ. Auto-estima, auto-confiança e responsabilidade [Internet]. In: Brandão MZS,

Conte FCS, Mezzaroba SMB. Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. Santo André: ESETEC Editores Associados; 2002. [cited 2008 dec 31]. Available from: [http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima\\_conf\\_respons.pdf](http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf).

13. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005;15 Suppl:145-76.

14. Brustolin LA. A vida: dom e cuidado. Antropologia Teológica e ética do cuidado. Teocomunicação [Internet]. 2006 junho [cited 2008 dec 31];36(152):441-60. Available from: URL: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/viewFile/1732/1265>.

15. Hita MG. Identidade Feminina e Nervoso: crises e trajetórias. In: Alves PC, Rabelo MC, orgs. Antropologia e Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998, p. 179-213.

16. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [cited 2008 dec 31];33(2):43-54. Available from: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>.

17. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007;9(1):79-92. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>

Artigo recebido em 11.02.08.

Aprovado para publicação em 31.12.08.