

Universidade do Vale do Paraíba  
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento

SILVIA HELENA DOS SANTOS

**A DOR CRÔNICA NO COTIDIANO DE MULHERES CUIDADORAS DE  
PORTADORES DE DOENÇA MENTAL**

São José dos Campos, SP

2006

Silvia Helena dos Santos

**“A dor crônica no cotidiano de mulheres cuidadoras  
de portadores de doença mental”**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas da Universidade do Vale do Paraíba, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Biológicas

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Viviane Santalúcia Maximino

São José dos Campos, SP

2006

S238a

Santos, Sílvia Helena dos

A dor crônica no cotidiano das mulheres cuidadoras de portadores de doença mental/ Sílvia Helena dos Santos. São José dos Campos: UniVap, 2006.

1 disco laser, color

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

I. Dor 2. Mulheres 3. Terapia Ocupacional I. Maximino, Viviane Santalúcia, Orient., II. Título

CDU: 615.851.3

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores ou transmissão eletrônica, desde que citada a fonte.

Aluna:

Data:

10/11/06

**“A DOR CRÔNICA NO COTIDIANO DE MULHERES CUIDADORAS DE PORTADORES DE  
DOENÇA MENTAL”**

Silvia Helena dos Santos

Banca Examinadora:

Profª. Dra. **FERNANDA CRISTINA MARQUETTI** (UNIVAP)

Profª. Dra. **VIVIANE MAXIMINO** (UNIVAP)

Profª. Dra. **MARIA INÊS BRITTO BRUNELLO** (USP)

Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco  
Diretor do IP&D - UniVap

## **Dedicatória**

Em meu caminho profissional tenho tido inúmeros encontros e percorrido caminhos com pessoas que a cada momento me ensinam o verdadeiro valor da vida. A essas pessoas, com muito carinho, dedico este trabalho que é fruto do desejo de, cada vez mais, aprender e fazer novas descobertas.

Às pessoas que, com seu jeito singular de ser, possibilitaram-me conquistar mais um sonho.

Obrigada a todos os pacientes e às cuidadoras que, com enorme dedicação, concordaram em percorrer comigo este novo caminho.

*“A vida passa e abre caminhos que não são  
percorridos em vão”.*

**Frida Khalo – O diário de Frida Khalo**

## **Agradecimentos**

Agradeço, primeiramente, a Deus e a duas pessoas que me ensinam constantemente o verdadeiro valor da vida e do amor – aos meus Super Pais – Jussara e Sergio.

Sem sombras de dúvidas, as profissionais que me ensinaram a trilhar na Terapia Ocupacional um caminho de descobertas e paixões pelo “Ser e Fazer” – Solange Tedesco, Sonia Ferrari e Jô Benetton.

Aos poucos, mas importantes amigos que estão a minha volta nas inúmeras horas de tristezas e alegrias com que foi elaborado este estudo – ao meu irmão “Ché”, à minha cunhada Mary, à minha “irmã do coração” Leila, à minha “super” prima Helenice, à minha avó Lourdes, à minha tia Yara e amigas Paula, Marcinha, Tatiana.

Pela consideração e crédito profissional que o Grupo da Fraternidade “Irmão Altino” tem depositado em mim nesses seis anos de trabalho no Departamento de Saúde, coordenado pela batalhadora Sra. Fernanda, meu muito obrigada.

Com todo respeito e consideração por todos “meus amigos de trabalho” do “Irmão Altino” que, companheiramente, nos suportaram em todos os momentos de intensa ansiedade, de tristeza e de choro, mas também de muitas alegrias, piadas e intensa satisfação e orgulho de poder construir junto deles esta pesquisa, que não é fruto somente do meu empenho, mas do entusiasmo de todos pela Saúde Mental – enfim, a **TODOS**.

A Equipe do “Consultório” que, de modo sempre muito amigável e sincero, recebe todas aquelas pessoas que, em algum momento de suas vidas, precisam de acolhimento – a “super secretária” Nara, ao Rafael e ao Manoel.

E aos pacientes e cuidadoras que, sem exceção, participaram, sendo fundamentais na construção desta pesquisa, meu muito obrigada por acreditarem em meu trabalho.

As TOs da UNIVAP, que colaboram no fortalecimento do trabalho que tem sido desenvolvido por minha orientadora “Vivi” – Viviane Maximino. A “Vivi” em especial, obrigada por me aceitar como orientanda e me apresentar a “dor crônica”, tema pelo qual tenho tido intenso interesse em pesquisar e estudar. A ela presto a minha homenagem e apresento os sinceros agradecimentos pela compreensão frente à minha ansiedade e a presteza em responder os nossos “insistentes” e-mails, através dos quais nunca se furtou em apresentar importantes observações para o desenvolvimento de nosso estudo.

*Todo este universo é um livro em que cada um de nós é uma frase. Nenhum de nós, por si mesmo, faz mais que um pequeno sentido, ou uma parte de sentido; só no conjunto do que se diz se percebe o que cada um verdadeiramente quer dizer.*

**Fernando Pessoa**

# **A DOR CRÔNICA NO COTIDIANO DE MULHERES CUIDADORAS DE PORTADORES DE DOENÇA MENTAL**

## **Resumo**

Em continuidade da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial que tem, como objetivo principal, romper com o sistema asilar das instituições de Psiquiatria (como os grandes hospitais psiquiátricos), os indivíduos portadores de transtornos mentais passaram a ser atendidos, em sua maioria, em serviços que prezam pela diminuição da internação integral em hospitais psiquiátricos, propiciando prestar assistência a estes indivíduos sem retirá-los de seu meio social e, principalmente, de seu núcleo familiar. Porém, o movimento da desinstitucionalização, ao remeter o cuidado também para a alçada da comunidade, tendeu a sobrecarregar as famílias. A relação que se estabelece entre um portador de doença mental e um cuidador é intensa e exige do cuidador um empenho emocional importante. Esta interação emocional pode ser, muitas vezes, desencadeadora de alguns quadros de dor. Sabendo-se que a função de cuidar é marcada por gênero – feminino, o objetivo de nossa pesquisa é o de contribuir para uma reflexão e uma avaliação, sob a perspectiva das próprias mulheres cuidadoras, a respeito do aparecimento ou não de dor crônica nessas mulheres, bem como, se essa dor interfere em seu cotidiano e na relação que se estabelece entre a cuidadora e o portador de sofrimento mental. Nossa pesquisa tem relevância no sentido de levantar alguns pontos quanto à saúde biológica, social e psicológica de quem cuida de um portador de doença mental, através de indícios da existência da dor crônica. Vale ressaltar também que, no contexto da reabilitação psicossocial, os cuidadores são fundamentais para a permanência dos indivíduos com sofrimento mental no meio social como cidadãos. Os resultados do estudo demonstram que 84% das mulheres cuidadoras apresentam dores crônicas e compreendem a função de cuidar como uma atividade de intenso grau de comprometimento emocional e de enorme responsabilidade. Portanto, a pesquisa indica a necessidade dessa população ser assistida por uma equipe interdisciplinar de saúde mental.

**Palavras-chaves:** dor crônica, cuidadoras, cotidiano, saúde mental, terapia ocupacional.

# **THE CHRONIC PAIN AT THE DAILY ROUTINE OF THE WOMEN THAT TAKE CARE OF SICK MENTAL PEOPLE**

## **Abstract**

In continuity to the psychosocial reformulating and rehabilitation, which has as a main goal to break the asylum system of the Psychiatric Institutions ( such as in large psychiatric hospitals ), the individual with mental disorder started being attended in its majority at service, which concern about the diminishing of full time admittance in psychiatric hospitals, appealing for assistance to these individuals without taking them out of their. But the no institutional movement, when giving care also to the competence of the community, tends to overload the families. The relationship established between a mental disorder carrier is intense and demands from the caretaker, an important emotional commitment. This emotional bound may be, many times, ignited by some pain periods. Knowing that the function of taking care is booked by gender-feminine, the objective of our research is to contribute to a reflection and evaluation, under the perspective from the very same caretaker women, about the appearance or not of chronic pain in those women, as well as if this pain interferes in daily life and in the relationship which is established between caretaker and the mental suffering carrier. Our researches have importance in the sense of adding some points as for the biological health, socio and psychological of those who take care of a mental disorder carrier, by the indicium's of existence of chronic pain. It is also worth to show that in the psychosocial rehabilitation, the caretakers are fundamental to the permanence of individuals with mental suffering in the environment, as citizens. The results of the study show that 84% of the taking care women present chronic pain and comprehend the function of taking care as an activity of an intense degree of emotional commitment and responsibility. So, the research points the necessity of this population be treated by an interdisciplinary team of mental health.

**Keywords** : chronic pain, take care women, daily routine, mental health, occupation therapy.

## Lista de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela I – Idade das Mulheres Cuidadoras  | 55 |
| Tabela II – Procedência das Mulheres Cuidadoras   | 55 |
| Tabela III – Estado Civil das Mulheres Cuidadoras   | 56 |
| Tabela IV – Filhos  | 56 |
| Tabela V – Número de Filhos das Mulheres Cuidadoras   | 56 |
| Tabela VI – Religião das Mulheres Cuidadoras  | 56 |
| Tabela VII – Escolaridade das Mulheres Cuidadoras   | 57 |
| Tabela VIII – Grau de Parentesco das Mulheres Cuidadoras                                      | 57 |
| Tabela IX – Tempo de Cuidado Com Portador de Transtorno Mental                                | 58 |
| Tabela X – Número de Horas que as Mulheres Cuidadoras Gastam na Função<br>de Cuidar           | 58 |
| Tabela XI – Realização de Atividades Domésticas, pelas Mulheres Cuidadoras                    | 58 |
| Tabela XII – Trabalho Formal das Mulheres Cuidadoras  | 59 |
| Tabela XIII – Horas das Jornadas de Trabalho  | 60 |
| Tabela XIV – Profissões das Mulheres Cuidadoras   | 60 |
| Tabela XV – Frequência Semanal de Atividades Diversas Realizadas<br>pelas Mulheres Cuidadoras | 61 |
| Tabela XVI – Atividades de Lazer Externas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras                | 62 |
| Tabela XVII – Atividades Físicas e/ou Esportivas Realizadas pelas Mulheres<br>Cuidadoras      | 62 |
| Tabela XVIII – Atividades Religiosas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras                     | 63 |
| Tabela XIX – Cursos Diversos Realizados pelas Mulheres Cuidadoras                             | 63 |
| Tabela XX – Atividades de Lazer Realizadas Dentro de Casa, pelas Mulheres                     |    |

|   |    |
|---|----|
| Cuidadoras  | 64 |
| Tabela XXI – Atividade de Assistir TV Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras                      | 64 |
| Tabela XXII – Média Diária de Tempo para Assistir TV  | 65 |
| Tabela XXIII – Constelação Familiar das Mulheres Cuidadoras                                     | 66 |
| Tabela XXIV – Mulheres que Cuidam de Outros Indivíduos além do Portador<br>de Transtorno Mental | 66 |
| Tabela XXV – Presença de Dor Crônica nas Mulheres Cuidadoras                                    | 66 |
| Tabela XXVI – Local e Frequência da Presença da Dor Crônica nas Mulheres<br>Cuidadoras          | 67 |
| Tabela XXVII – Problemas Para Dormir para as Mulheres Cuidadoras                                | 67 |
| Tabela XXVIII – Presença de Outro Problema de Saúde para as Mulheres Cuidadoras                 | 68 |
| Tabela XXIX – As Condições de Saúde Atrapalham o Dia-a-Dia das Mulheres<br>Cuidadoras           | 68 |
| Tabela XXX – Mulheres Cuidadoras que Recebem Assistência dos Profissionais<br>de Saúde          | 69 |

## **Abreviaturas e Siglas**

E – Entrevista

HD – Hospital Dia

SNC – Sistema Nervoso Central

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| 1 Introdução  | 01 |
| 2 A pesquisa  | 09 |
| 2.1 Objetivo geral                                      | 09 |
| 2.2 Objetivos específicos                               | 09 |
| 2.3 Material e métodos                                  | 09 |
| 3 Revisão de literatura                                 | 14 |
| 3.1 Dor   | 14 |
| 3.1.1 Como a dor pode ser percebida (Fisiologia da dor) | 17 |
| 3.1.2 Sistema de inibição da dor                        | 21 |
| 3.1.3 Dor crônica                                       | 23 |
| 3.1.4 Dores crônicas mais comuns                        | 26 |
| 3.1.5 Tratamento  | 33 |
| 3.2 O cuidar, o cuidado                                 | 36 |
| 3.3 Mulheres cuidadoras                                 | 39 |
| 3.4 Cotidiano   | 41 |
| 3.5 Transtorno mental                                   | 46 |
| 4 Resultados  | 54 |
| 5 Discussão   | 74 |
| 6 Considerações finais                                  | 85 |
| Referências bibliográficas                              | 89 |
| Anexo A   | 93 |
| Anexo B   | 97 |

## 1. INTRODUÇÃO

A sistematização da clínica e, conseqüentemente, a produção de um trabalho “científico” faz-se necessária na medida em que ela nos coloca diante de diferentes desafios e nos aponta a necessidade de responder aos questionamentos que elaboramos durante a prática de nossos atendimentos.

Diante desses questionamentos e inquietações que surgem na medida em que aprimoramos nossa especialização e o nosso trabalho na área de Saúde Mental como Terapeuta Ocupacional, atendendo indivíduos portadores de transtornos mentais, bem como seus familiares, deparamo-nos com diversos assuntos inquietantes. Portadores de transtornos mentais geralmente precisam de pessoas que possam, em maior ou menor grau, acompanhá-los.

Muitas vezes este acompanhamento inclui diversos cuidados que vão desde auxílio para o correto uso da medicação até contenção em períodos de crise. Esses cuidadores ficam submetidos a rotinas rígidas e trabalhosas, as quais, juntamente com o tipo de relação que se estabelece nestes casos, podem trazer inúmeras conseqüências para a saúde e para a qualidade de vida.

Considerando que estes dois termos estão diretamente relacionados, verificamos que os comprometimentos na esfera da saúde podem surgir de diversas maneiras. Buscamos conhecer como vivem esses cuidadores e como a atividade de cuidar interfere em seu dia-a-dia. Além disto, elegemos a dor crônica como um índice de saúde e qualidade de vida, pois sabemos que a mesma, geralmente, está relacionada a múltiplos aspectos compondo um panorama complexo e gerando diversas possibilidades de interpretação.

Outro recorte que estamos propondo diz respeito a uma questão de gênero, pois sabemos que tanto a dor crônica quanto a atividade de cuidar são predominantes nas mulheres. Neste trabalho, portanto, visa-se verificar a dor crônica e a organização do cotidiano em mulheres que são cuidadoras.

“A dor sempre acompanhou o homem em sua trajetória pela terra. Em verso ou prosa, ela aparece retratada de inúmeras formas, segundo as épocas e as crenças de cada povo ou indivíduo. A maneira de lidar com ela também tem variado ao longo da história” (FIGUEIRÓ, 2000, p. 8).

Para cada um de nós, a dor nos é apresentada de um modo diferente, de acordo com aspectos pessoais, genéticos, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Assim, o significado e a percepção da dor, enquanto experiência universal do ser humano, também são modulados pela cultura. O próprio meio cultural onde se é criado desempenha um papel essencial na maneira como cada indivíduo sente e reage à dor (SARTI, 2001; FIGUEIRÓ, 2000).

Embora este tema seja fascinante, pois nos reportaria a forma como a dor foi interpretada e tratada em diferentes momentos históricos marcados pela cultura, não será nosso foco neste trabalho, pois mereceria um estudo aprofundado que sugerimos para pesquisas futuras.

A cada ano vem aumentando o número de profissionais que se especializam no mesmo diagnóstico e no tratamento da dor crônica, reconhecendo assim a importância de se encontrar formas eficazes no acompanhamento dos indivíduos acometidos pela dor.

A sensação de dor traz prejuízos imediatos às atividades diárias e, conseqüentemente, à qualidade de vida, podendo funcionar como porta de entrada para diversas outras doenças, como é o caso da depressão.

A dor constitui-se em um problema que aflige milhões de pessoas e, em muitos casos, leva a inúmeras conseqüências. Segundo a Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor,

a dor afeta pelo menos 30% dos indivíduos durante um momento de sua vida e, em 10 a 40% deles, tem duração superior a um dia. A dor pode ter três fatores desencadeadores, são eles: Biológicos, Sociais e Psicológicos. A dor constitui a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves conseqüências psicossociais e econômicas. Cerca de 50 a 60% dos que sofrem dela ficam parcialmente ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida <<http://www.dor.org.br/>> - > Acesso em: 7 fev. 2006 e 17 set. 2006.

Enxaquecas, dores na coluna, dores articulares, dentárias, nevralgias, distrofias, dor miofacial, dor fantasma, dor neuropática e tantas outras dores resultam em custos exorbitantes para o país, sem contar com o custo social e com o sofrimento psicológico, emocional e físico.

A dor está diretamente associada à questão da saúde, podendo ter como fatores desencadeantes componentes biológicos, sociais e psicológicos. Aguda ou crônica, a dor influencia na vida e no cotidiano de inúmeros indivíduos. Por este motivo, em nosso trabalho, propomos a verificar a incidência da dor crônica no cotidiano de mulheres que têm, como um de seus papéis na vida, o de ser “cuidadora”.

Como continuidade da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, que tem, como objetivo principal, romper com o sistema asilar das instituições de Psiquiatria (como os grandes hospitais psiquiátricos), vários equipamentos de assistência e tratamento ao portador de doença mental foram sendo estruturados e, até hoje, estão sendo aprimorados.

Como exemplos podemos citar as unidades básicas de saúde com mini-equipe multiprofissional de saúde mental, emergências psiquiátricas, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, centros de convivência e cooperativas, hospitais dia, centros de atenção psicossocial e tantos outros, que têm como objetivo prestar assistência de forma humanizada, reaproximando os indivíduos portadores de doença mental de seu contexto familiar, valorizando-os como cidadãos e participantes na sociedade.

Estes novos serviços prezam pela diminuição da internação integral das pessoas que são acometidas por um transtorno mental em hospitais psiquiátricos, propiciando prestar assistência a esses indivíduos sem retirá-los de seu meio social e, principalmente, de seu núcleo familiar.

Porém, o movimento da desospitalização, ao remeter o cuidado também para a alçada da comunidade, gerou uma sobrecarga para as famílias. Principalmente para as mulheres, que têm uma função específica de ser cuidadora de indivíduo portador de doença mental.

Desta forma, os portadores de doença mental passam a estar em sua residência, junto com seus familiares ou responsáveis, num período mais longo de tempo. A interação familiar torna-se ainda mais forte e é um ponto de grande relevância para a atenção dos serviços existentes, tanto na rede pública como na particular e de convênios. Independentemente do diagnóstico médico psiquiátrico, na reabilitação psicossocial que preza e tem seu objetivo principal pautado na interação do portador de doença mental com o meio social, o que deve ser ressaltado é o nível de autonomia, de contratualidade e das interações sociais que esses indivíduos desenvolvem.

Segundo Rosa,

nos anos 1990, cresce o número de pesquisas sobre a relação da família com o portador de transtorno mental orientadas pelos debates e pelas preocupações suscitados pelo movimento de reforma psiquiátrica. Surge uma pluralidade de representações sobre suas relações com o portador de transtorno mental a partir do quadro de intervenção ou do papel que se lhe atribui na realidade social... (ROSA, 2003, p. 80).

A família pode ser constituída de várias maneiras, ou seja, com diferentes graus de parentesco e, até mesmo, de intimidade entre seus membros. Mas é certo que sempre haverá um membro que será o cuidador principal do indivíduo portador de doença mental. Esta escolha pode ter inúmeros motivos, que podem ser explícitos ou implícitos dentro do contexto familiar.

Baseando-nos em Rosa (2003), em consequência de uma herança que remonta aos primeiros grupos e comunidades humanas, a divisão social é marcada por gênero, não só nas relações sociais, mas também, arquetipicamente, no inconsciente humano e nas nossas identidades de homem e de mulher.

Os homens, ao longo dos séculos, foram condenados à provisão material, ao fazer, à razão e ao anonimato da rua e das relações na esfera pública. Às mulheres, o cuidar, o sentir, a emoção e o compromisso pessoal, na casa, ou seja, na esfera privada e no âmbito de reprodução social (ROSA, 2003, p.15).

Portanto, o cuidado cabe às mulheres, até mesmo em consequência da maternagem, que é internalizada por ela durante seu processo de socialização como seu ser. Sendo as responsáveis pelo âmbito privado, em nossa pesquisa enfocaremos a população feminina, pois como ressaltamos anteriormente, por suas características, é sabido que o maior número de cuidadores é do gênero feminino, podendo ser mãe, tia, avó, sobrinha, madrinha, irmã, filha, cunhada, sogra, nora, entre outras.

A relação que se estabelece entre um portador de doença mental e um cuidador é intensa e exige do cuidador, neste caso a mulher, um empenho emocional importante. Esta interação emocional pode ser, muitas vezes, desencadeadora de alguns quadros de dor.

Sendo assim, o objetivo de nossa pesquisa é o de contribuir para uma reflexão e uma avaliação a respeito do aparecimento ou não de dor crônica nas mulheres cuidadoras, bem como, se a função de cuidar e a dor interfere em seu cotidiano e na relação que se estabelece entre a cuidadora e o portador de sofrimento mental.

Desta forma, nossa pesquisa tem relevância no sentido em que levantamos hipóteses de que a função de cuidar pode ser desencadeadora de dor crônica e que essas mulheres têm seu cotidiano limitado, no sentido de realizarem poucas atividades diversas, além da de cuidar. Outra hipótese é que os serviços de saúde, ao focarem a atenção principal nos pacientes designados, não estariam dando a devida importância aos sintomas apresentados por essas mulheres, que não estariam recebendo cuidados profissionais para que possam abordar esta situação.

Vale ressaltar também que, no contexto da reabilitação psicossocial, os cuidadores são fundamentais para a permanência dos indivíduos com sofrimento mental no meio social como cidadãos. Portanto, cuidar de quem cuida é fundamental neste contexto.

Assim, os resultados e a análise da pesquisa estarão distribuídos em itens que contemplam:

– A Pesquisa: abordaremos os objetivos e as questões metodológicas que norteiam este estudo dando ênfase ao método quali-quantitativo.

– Revisão de literatura: através de uma revisão de literatura correlata ao tema abordado dissertaremos sobre a dor, o que é, como ela pode ser percebida (fisiologia da dor), o sistema de inibição da dor e as dores crônicas, enfocando as mais comuns, bem como, sua repercussão na vida da pessoa que é acometida por ela e as formas de tratamento. Ainda dissertaremos sobre a função do cuidar, como o cuidado tem sido caracterizado na contemporaneidade e como se constrói a identidade da mulher cuidadora, seu papel diante do cuidar de um indivíduo portador de transtorno mental. Também dissertaremos sobre a questão de como a dor e a função de cuidar repercute no cotidiano dessas mulheres cuidadoras: o que é cotidiano? Se não cuidarmos do cuidador, quem cuidará do portador de sofrimento mental? Até que ponto a dor crônica influencia na organização do cotidiano? O cotidiano será de escolhas ou de mera repetições de atos automatizados? Finalizando, faremos um breve relato sobre a reforma psiquiátrica, que constitui-se num relevante movimento para a melhora da assistência aos portadores de doença mental.

– Resultados: apresentaremos os resultados da pesquisa lançando mão de tabelas, as quais nos permitirão ter uma visão quantitativa dos resultados relacionados com a função do cuidar, com os indícios de dores crônicas e a repercussão desses elementos no cotidiano das mulheres cuidadoras.

– Discussão: apresentaremos as conclusões que poderão ser deduzidas das análises dos dados obtidos comparando-as com os dados da literatura e ressaltando aspectos importantes e pertinentes ao tema de estudo.

– Nas considerações finais resgatam-se os principais tópicos relacionados à questão da pesquisa, salientando a frequência de dor crônica na população de mulheres cuidadoras, o tipo de dor mais comum, a repercussão da função de cuidar no cotidiano dessas mulheres, se as mulheres cuidadoras realizam outras atividades além do cuidado direto ao indivíduo portador

de transtorno mental e se elas recebem assistência dos profissionais que tratam dos portadores de transtorno mental.

## **2. A PESQUISA**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo de nosso trabalho é verificar e procurar pesquisar de forma sistemática a incidência de dor crônica nas mulheres cuidadoras de portadores de doença mental e estudar como a função de cuidar interfere em seu cotidiano.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Nosso trabalho de pesquisa tem como objetivos específicos a verificação dos seguintes tópicos:

- A frequência de dor crônica na população estudada.
- O tipo de dor crônica mais comum nesta população.
- O comprometimento das atividades do cotidiano causado pela função de cuidar.
- Se as mulheres cuidadoras realizam outras atividades além do cuidado direto ao indivíduo portador de doença mental.
- Se as mulheres cuidadoras recebem cuidados dos profissionais de saúde que tratam os indivíduos portadores de doença mental.

### **2.3 Material e Métodos**

Para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa lançamos mão da metodologia quali-quantitativa. A escolha pela metodologia qualitativa se justifica por ser ela caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos que possuem certo grau de

subjetividade. Segundo Maximino (2001), os fenômenos humanos são dinâmicos, variáveis, polissêmicos e de caráter inconsciente. Portanto, devemos buscar compreendê-los sob uma perspectiva crítica e de conexão de sentidos.

Como nosso foco de investigação são seres humanos e, portanto, estão dentro de um contexto sócio histórico, faz-se importante também poder fazer uma leitura interpretativa e que possibilite argumentação dos dados colhidos através de nosso instrumento – o questionário. Na metodologia quantitativa predominam mensurações, envolvendo algum caráter numérico.

Os dados obtidos pela aplicação dos questionários foram tabulados no programa Microsoft Excel XP, que consiste num aplicativo eficiente de planilha, na qual se pode colocar dados para executar cálculos, gerar gráficos, gerenciá-los e analisá-los através de projeções, modelagens, filtragens e uma série de outras análises. Permite um resultado quantificado em porcentual das perguntas fechadas. Esses dados também foram submetidos à aplicação do Teste do Qui-quadrado e do Teste Exato de Fisher, que é eficiente para avaliar a associação existente entre variáveis.

Já as perguntas abertas, que permitem uma leitura qualitativa, sendo assim uma leitura subjetiva dos dados obtidos, foram analisadas através da identificação dos temas, sendo associadas com as idéias e abordagens das literaturas pesquisadas.

Consiste também em uma pesquisa epidemiológica, pois estamos mapeando como a dor crônica se distribui em um conjunto de pessoas (todas elas mulheres), como é o perfil desta dor e também desta população estudada.

Como instrumento de pesquisa utilizamos entrevistas com questionário semi-estruturado, integrando questões fechadas e abertas, elaborado pela pesquisadora (conforme anexo A). Essas entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, que anotou as respostas em formulário próprio, como acima descrito.

Este questionário foi estruturado com três diferentes partes, cada uma delas com o objetivo de recolher dados específicos, assim constituídas:

– Parte 1 - **Identificação**: constituída por dados pessoais (que se mantêm em sigilo, conforme consentimento livre e esclarecido), dados familiares e de escolaridade.

– Parte 2 - **Cotidiano**: constituído por dados relativos à organização do cotidiano, que inclui a atividade de cuidar (como cuida, o que entende por cuidar, etc.), atividades domésticas, atividade profissional, atividades diversas (passeios, atividades esportivas, atividades religiosas, assistir televisão, e assistir cursos, entre outras). Estas atividades fazem parte da estruturação da cotidianidade de qualquer ser humano, como um ser singular e, concomitantemente, genérico.

– Parte 3 - **Dor Crônica**: colhe dados sobre a existência ou não de dor crônica, a frequência, o local, outros problemas de saúde e se a mulher cuidadora recebe ou não assistência por parte dos profissionais de saúde.

Participaram do estudo 25 (vinte e cinco) mulheres cuidadoras principais de indivíduos portadores de doença mental, sendo que 19 (dezenove) foram do “Espaço Terapêutico – Chácara das Flores”, serviço de Saúde Mental caracterizado como “Hospital Dia” (HD) – que funciona de segunda a sexta-feira, das 8,00h às 16,00h, em regime de semi-internação, situado no município de Guaratinguetá-SP, na região do Vale do Paraíba. As outras 6 (seis) mulheres cuidadoras são provenientes do serviço de Consultório de Terapia

Ocupacional (da pesquisadora) – situado no município de Aparecida-SP, distante 5 quilômetros da cidade de Guaratinguetá, também na mesma região.

Os critérios de inclusão da população estudada obedecem aos seguintes itens:

- Sexo: mulheres.
- Idade: 18 a 90 anos.
- Raça: todas as raças.
- Grau de instrução: primário incompleto a superior completo.
- Religião: todas as religiões.
- Mulheres que sejam *cuidadoras principais* de indivíduos portadores de doença mental, independentemente do diagnóstico médico psiquiátrico destes.

Avaliamos que seja importante salientar que durante a aplicação dos questionários, tanto no serviço de consultório como no do HD, o tempo de preenchimento do questionário ultrapassou o tempo inicialmente previsto (aproximadamente 20 minutos), pois percebemos que as mulheres cuidadoras entrevistadas, além de responder às perguntas previamente elaboradas do questionário, apresentavam a necessidade de falar sobre sua história de vida anterior à atividade de cuidar e também a do momento atual, isto é, enquanto são as cuidadoras principais de indivíduos portadores de doença mental.

Vale ressaltar que autores como Certeau; Giard; Mayol (2005) e Kujawski (1988), embora dêem denominações diferentes, fazem referências a importantes itens do cotidiano, onde o homem interage com o seu próprio eu e com o social, construindo sua identidade.

Atualmente, muitas terapeutas ocupacionais, de diferentes áreas de atuações, têm desenvolvido estudos a respeito do cotidiano, pois é sabido que os portadores de algum tipo de deficiência ou necessidade especial, normalmente, apresentam dificuldades na organização das atividades básicas como atividades da vida diária (auto-manutenção, vestuário, alimentação) até atividades mais complexas como lazer, profissionalização e inter e intra-relações, que constituem o cotidiano.

Desta forma, propomo-nos a verificar e tentar compreender, sob a perspectiva das próprias mulheres cuidadoras, as relações entre dor, função de cuidar e cotidiano. Nossa abordagem teórica estará voltada para uma compreensão sócio-psicológica, pois a amostra pesquisada é caracterizada por gênero, ao mesmo tempo em que entendemos que a dor crônica pode ser um sintoma de um sofrimento psicológico.

Muitas mulheres, inclusive, se emocionaram no momento em que se pergunta se deseja acrescentar algo. Choraram, dizendo que cuidar é uma atividade complexa, que envolve muitos sentimentos, medos, emoções, ao mesmo tempo em que solicitam orientações quanto ao modo de interagir com a pessoa que ela cuida, permitindo ainda intervenções dinâmicas da realidade observada, favorecendo ações transformadoras.

Desta forma, a aplicação do questionário foi uma intervenção que nos parece de efeito benéfico, propiciando a participação ativa das mulheres cuidadoras na pesquisa. Embora não tenha sido nosso objetivo principal, acreditamos que isto tenha sido muito interessante e que por si só justificaria a realização deste estudo.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Dor

Embora no Brasil já se saiba da importância do estudo da dor, até o presente momento existem poucos estudos epidemiológicos sobre as causas, a origem da dor, bem como, políticas e educação em saúde com respeito aos quadros dolorosos e sua repercussão na qualidade de vida do homem. Os dados epidemiológicos da dor, em sua maioria, são de países estrangeiros como Estados Unidos, Suécia, Nova Zelândia, Dinamarca e outros (TEIXEIRA et al., 2001; FIGUEIRÓ, 2000).

Teixeira et al. (2001) e colaboradores referem que os estudos epidemiológicos são de extrema importância para a compreensão da dor, propiciando inúmeras possibilidades de análise de sua distribuição e dos determinantes da sua ocorrência em populações ou grupos de indivíduos. Contribuem, fundamentalmente, na organização de programas preventivos e de tratamento; sinalizam modificações no comportamento dos agentes causais e das condições individuais e definem índices de mortalidade e de controle de doenças, entre outras.

A palavra “dor” advém do latim *dolore*. Em seu dicionário, Ferreira (2006) define “dor” como uma impressão desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado orgânico anômalo (irregular) e ainda a define como sofrimento físico, moral, mágoa ou pesar.

O Comitê de Taxonomia da Associação Internacional Para o Estudo da Dor – *International Association for the Study of Pain* – IASP (apud SERRA, 2003, p. 02), define dor como “experiência sensitiva ou emocional desagradável, associada a dano tissular real ou

potencial”. Outra definição mais próxima da prática clínica: “experiência perceptiva sensitiva desagradável acompanhada de respostas afetiva, motora e vegetativa, associada à personalidade”. Estes componentes possuem vias, centros e mecanismos reguladores próprios. Em algumas ocasiões, o estímulo que ativaria o “centro do sofrimento” seria, efetivamente, a nocicepção, mas, em muitos casos, poderia ser um mecanismo cerebral sem qualquer origem externa.

A experiência dolorosa induz a um conjunto de matizes sensoriais e afetivas. Não sabemos ainda por que a dor “dói”. A dor é o principal motivo de consultas na maioria das especialidades médicas. Além disso, a dor como sintoma fundamental é a principal indicação de que algo não está bem em nosso organismo (SERRA, 2003).

A dor pode ser classificada de cinco formas diferentes:

- Quanto à localização: cabeça, região cervical, tórax, abdômen.
- Quanto ao sistema envolvido: nervoso, gastro-intestinal, musculoesquelético.
- Quanto à característica temporal: aguda, crônica, persistente, flutuante, intermitente.
- Quanto à intensidade: leve, moderada ou intensa.
- Quanto à etiologia ou causa: genética, traumática, resultante de queimaduras, infecciosa, neoplástica, psicológica (FIGUEIRÓ, 2000).

Segundo o DSM-IV-TR<sup>tm</sup> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2002) a dor pode ser de dois tipos:

- Aguda, se a duração da dor é inferior a 6 (seis) meses.
- Crônica, se a duração da dor é superior a 6 (seis) meses.

Aduz também que dores agudas são sanadas em períodos relativamente curtos e quanto mais tempo a dor aguda estiver presente, maior a probabilidade de que ela se torne crônica e persistente.

Figueiró refere que,

a própria caracterização da dor alterou-se: atualmente, ela é vista como uma doença e não apenas como um sintoma. É multideterminada, pois para ela confluem, entre outros, os fatores genéticos, de aprendizado, étnicos, comportamentos, morais, religiosos e psicológicos, que determinam a abordagem diagnóstica e terapêutica multiprofissional e interdisciplinar (FIGUEIRÓ, 2000, p.13).

A dor, portanto, deve ser tratada. Podemos citar como exemplos de dores crônicas os casos de:

- Cefaléia: a dor de cabeça ou enxaqueca.
- Fibromialgia: dor muscular generalizada.
- Dor por esforços repetitivos ou distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho.
- Neuralgia do trigêmeo.
- Dor fantasma e tantas outras.

Como já ressaltamos anteriormente, sabe-se que determinado estímulo pode ser ou não interpretado como dor. Há uma relação direta e uma dependência do modo como cada grupo étnico, social e cultural responde a estímulos dolorosos e no modo como interpreta e expressa suas reações à dor. Certas tribos praticam atos, na iniciação de seus jovens, que são considerados verdadeiras torturas em outras culturas (ABREU, 1999).

Podemos perceber que o fenômeno da dor é altamente complexo e que envolve, não só nosso corpo, mas também nossas emoções. Hipócrates (apud KNOPLICH, 2001), refere que “é mais importante saber que espécie de pessoa tem uma dor do que saber que espécie de doença a pessoa tem”. Segundo Knoplich (2001), Hipócrates atribuía uma grande importância à

reação (psicológica, emocional) que as pessoas tinham em face de algum evento (acidente, morte, perda) que ocorreu durante a vida, provocando uma doença, um sintoma que antes não tinha.

Como dissemos anteriormente, nosso enfoque será dado para a dor crônica e sua influência no cotidiano de mulheres cuidadoras de portadores de doença mental, enfatizando sua localização e a relação da atividade do cuidar com eventual aparecimento da dor crônica.

Assim, faremos um breve relato de como a dor pode ser percebida (sua fisiologia) em nosso organismo.

### **3.1.1 Como a dor pode ser percebida (Fisiologia da dor)**

Embora a dor seja interpretada como “algo ruim”, devemos lembrar que a dor aguda funciona como um alerta de perigo, de aviso, de que alguma situação está desequilibrada. Desta forma, ela pode ser entendida como um forte auxiliar na sobrevivência do organismo. Já a dor crônica – decorrente de estímulo contínuo – embora cause sofrimento e prejudique nossas atividades, tem função biológica menos definida. Há suposições de que esteja relacionada com a memória e com a proteção da região comprometida (FIGUEIRÓ, 2000).

Nosso corpo (organismo) é dotado de receptores que são sensíveis a estímulos mecânicos (picada de agulha), térmicos (calor e frio) e químicos (veneno de abelha ou inflamações). Esses receptores podem ser superficiais (dispostos na pele) ou apresentarem-se de forma mais profunda (paredes das vísceras, dos vasos sanguíneos e no sistema musculoesquelético). Quando há algum tipo de lesão (inflamação, traumatismo, queimadura etc.), ocorre a libe-

ração de substâncias químicas denominadas algio gênicas (produtoras de dor), que regulam a atividade desses receptores. Dependendo da intensidade do estímulo, esses receptores poderão originar descargas elétricas, que serão transmitidas pelos nervos – verdadeiros fios elétricos – que levam essa informação até ao cérebro (FIGUEIRÓ, 2000).

Desta forma, experimentamos a dor quando uma série de regiões específicas do cérebro é ativada; em particular, o córtex somatossensitivo e as áreas afetivas pré-frontais e límbicas. Experimentamos sensações somáticas distintas, dependendo do tipo de receptor responsável pelo desencadeamento dos impulsos nervosos aferentes. É a especificidade anatômica e fisiológica desses receptores que gera a qualidade da sensação que será, finalmente, vivenciada de forma consciente.

Baseando-nos nas leituras realizadas, vamos descrever, de forma didática e simplificada, o “caminho da dor no organismo”.

#### ? Primeira Estação:

Após a ativação dos receptores sensíveis a estímulos mecânicos e químicos, esse estímulo é conduzido através dos nervos (que agem como fios condutores de eletricidade) até ao sistema nervoso central (SNC), constituído pela medula espinal e pelo cérebro. O local exato da primeira estação está situado no corno posterior da medula espinal ou no tronco cerebral.

Essas duas regiões têm a função de coletar as informações sensitivas transmitidas e de, também, interferirem no processamento, ou seja, funcionam como um filtro que pode inibir ou facilitar a transmissão da corrente para as porções superiores do SNC. Nessa transmissão, chamada de sinalização celular, ocorre a troca de substâncias químicas, denominadas de cito-

cinas, como glutamato aspartato, substância P e calcitonina, entre outras, que facilitam, acrescentam ou provocam a convergência de novos estímulos.

Essas substâncias são capazes de provocarem alterações na estabilidade dos neurônios, assim como, em sua própria estrutura, colaborando na manutenção e na cronificação da dor e na memória do evento doloroso e da própria dor, através de um mecanismo que tem sido foco de constantes e profundos estudos, hoje conhecido como neuroplasticidade.

O consenso atual é que toda lesão provoca alguma mudança na organização fisiológica e farmacológica do SNC. Esse conceito é conhecido como *plasticidade* do SNC e evidencia a capacidade que a própria dor tem de alterar e modular os sistemas que a controlam, o que modificou radicalmente o modo de compreender a sistematização do caminho da dor (FIGUEIRÓ, 2000). Como exemplo da neuroplasticidade, podemos citar Figueiró:

suponhamos que você queimou a ponta do dedo. Um simples toque na região afetada, antes indolor, é suficiente, agora, para causar dor. Essa maior sensibilidade se estenderá, depois de algumas horas, por todo o dedo. É a esse mecanismo possibilitador da sensibilidade dolorosa que chamamos neuroplasticidade (FIGUEIRÓ, 2000, p. 21).

? Segunda Estação:

Localizada acima da primeira estação e constituída pela formação reticular no tronco encefálico, pelo tálamo e hipotálamo. Após o processamento dos estímulos na primeira estação, o estímulo elétrico é transportado por vias ascendentes, que o conduzem para esses locais superiores.

Nessas regiões do SNC, ocorre novo processamento da informação: as diferentes formas de sensação são integradas e moduladas (amplificadas ou reduzidas): o organismo elabora algum tipo de adaptação à nova condição e são esboçadas algumas reações. O tálamo, por exemplo, tem porções motoras, sensoriais e emocionais. As informações que aí chegam são direcionadas para essas diferentes áreas e daí se projetam para regiões superiores do SNC – como o córtex – onde ocorrem a percepção da sensação, a reação emocional e o controle das reações motoras. Empregando ainda o mesmo exemplo anterior: no caso de você queimar o dedo, o estímulo da sensação de dor vai até o cérebro, em lugar específico, on-

de, integrado, aciona a área motora (o movimento). Assim que o estímulo alcança a medula, o nervo periférico de respectivo braço provoca o afastamento do dedo do fogo (FIGUEIRÓ, 2000, p. 22).

É justamente nessa segunda estação que se organiza um importante e complexo comportamento de defesa – as reações emocionais aversivas e desagradáveis associadas à dor – pois o hipotálamo também é ativado.

O hipotálamo possui três funções principais que são de extrema relevância para que o nosso organismo mantenha-se em equilíbrio. São elas:

– É responsável pela regulação neurovegetativa: controle da frequência cardíaca e respiratória, da temperatura e da sudorese e tantos outros. É por essa razão que, quando estamos com dor, podemos ter o aumento da frequência cardíaca e respiratória e, também, o aumento do suor.

– Controla as emoções: promove reações de raiva e de agressividade.

– Provoca reações neuroendócrinas que, através da secreção de hormônios lançados na circulação, preparam o organismo para enfrentar o estresse por meio das reações de fuga ou de luta.

O hipotálamo constitui ainda uma porta de entrada para o sistema límbico (formado por várias estruturas cerebrais), o qual, por sua vez, é responsável pelo mecanismo da emoção da dor, ou seja, pela ansiedade na dor aguda e pela depressão na dor crônica.

A integração do hipotálamo, do sistema límbico e do tálamo forma um mecanismo harmonioso que, não só elabora o processo subjetivo central da emoção, mas participa de forma ativa em sua expressão.

? Terceira Estação:

Ultrapassando a segunda estação, finalmente o estímulo chega a seu destino, ou seja, ao córtex cerebral. É nesta região que temos as áreas sensoriais primárias, os processos de planejamento, da memória, da percepção das emoções e da consciência, assim completando a experiência dolorosa.

Como acima citado, a integração de diferentes e importantes estruturas cerebrais, tais como, medula espinal, formação reticular do tronco encefálico, tálamo, hipotálamo, sistema límbico e córtex cerebral, possibilita a avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos dos estímulos dolorosos, bem como, o controle sobre o comportamento desencadeado pela experiência da dor.

### **3.1.2 Sistema de inibição da dor**

Até o momento, discorreremos sobre a ativação do SNC na experiência dolorosa, mas outros importantes mecanismos de modulação e supressão da dor também estão envolvidos, podendo facilitar ou inibir a transferência das informações da medula para as regiões superiores do SNC.

No SNC estão presentes vias descendentes que têm capacidade de suprimir a dor provocada. São mecanismos de inibição, ou seja, substâncias produzidas por nosso organismo conhecidas como endorfinas, dinorfinas e encefalinas, com ação semelhante à morfina, capaz de produzir analgesia (ausência de dor). Também têm capacidade de modular a percepção dolorosa – de afetar a intensidade e a qualidade da dor – bem como os afetos e comportamentos associados à dor.

Segundo Figueiró (2000), outro fato importante a ressaltar é que, em muitas situações, as pessoas não se apercebem imediatamente da dor gerada por traumatismos, como podemos observar, por exemplo, num boxeador ou num jogador de futebol durante uma disputa. Já em outras circunstâncias, o estímulo doloroso é percebido com intensidade exagerada, como se nota numa fila de vacinação pela reação das crianças, que se põem a chorar antes mesmo de serem vacinadas.

O estresse é um fator relevante quanto à duração da dor e quanto à ativação dos sistemas moduladores. Os sistemas de ativação e supressão da dor atuam de modo integrado, resultando na interpretação de um estímulo como doloroso ou não. É a partir do equilíbrio do que excita e do que inibe que teremos ou não teremos a experiência dolorosa.

Desta forma, a dor pode ser gerada por excesso de estímulos dolorosos ou por deficiências nos mecanismos de inibição e com a participação de mecanismos neurológicos periféricos e centrais.

Assim, são estabelecidos dois grandes grupos sob o ponto de vista fisiopatológico:

– Dor Nociceptiva: produzida pela ativação normal dos receptores periféricos, que são ativados por um estímulo intenso, como inflamação, queimaduras, traumatismos ou substâncias químicas irritantes. Tem função de “alarme” e proteção do organismo frente a estímulos nocivos e, frequentemente, constitui a via aferente de um reflexo de retirada.

– Dor Neuropática: causada por lesão no sistema nervoso periférico ou central, sendo conhecida, respectivamente, como dor neuropática periférica e dor neuropática central. As lesões podem ser por amputações, tumores cerebrais, herpes-zoster e outros. A dor neuropática é um processo dinâmico, com variação dos sintomas à medida que passa o tempo.

No mecanismo de ambas as dores há interferência do estresse, do medo, da duração da dor, da depressão e da ansiedade. São fatores de facilitação do fenômeno doloroso.

Ao contrário do estresse, que pode acentuar a experiência dolorosa, substâncias químicas produzidas pelo próprio organismo como, por exemplo, as endorfinas, podem auxiliar na diminuição da intensidade da sensação dolorosa. Figueiró (2000) cita um exemplo: uma pessoa que não está acostumada a praticar esportes: se resolver, sem preparo, participar de uma corrida, será bem provável que tenha uma sensação bastante desconfortável. Caso, no entanto, passe a correr rotineiramente, as endorfinas liberadas irão reduzir a sensação desagradável gerada pelo esforço. Estas informações são bastante interessantes para nós que buscamos as relações entre a dor crônica e vida cotidiana, em seus aspectos objetivos e subjetivos.

Ainda baseando-nos em Figueiró (2000), a intensidade da dor e a expressão do sofrimento variam muito de indivíduo para indivíduo, entre os sexos e nas diferentes culturas humanas e espécies animais. Numerosos fatores individuais e ambientais, étnicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, experiências anteriores e o estado mental de cada indivíduo, podem exercer efeito amplificador ou atenuador da sensação e da expressão dolorosa.

### **3.1.3 Dor crônica**

Segundo várias literaturas – Neves (2006), Figueiró (2000; 2004), Serra (2003), DSM-IV-TR tm (2002), Knoplich (2001), Abreu (1999) e Garrote (1991) – uma pessoa pode ser considerada portadora da dor crônica quando apresentar quadro doloroso de duração mínima de seis meses e que interfira de maneira importante nos vários níveis da vida social, profissional, familiar e conjugal, enfim, na organização de seu cotidiano. Pode ser causada por excesso

de estimulação nociva no corpo (por exemplo, câncer ou fratura) ou por alterações no sistema nervoso central (uma alteração da inibição da dor pelo cérebro ou, por exemplo, por um acidente vascular cerebral).

Figueiró (2000) refere que a dor crônica pode surgir em qualquer parte do corpo, da cabeça aos dedos dos pés, da pele aos bem protegidos órgãos internos. As dores mais comuns são a dor de cabeça, a dor nas costas, as dores musculares, as dores do aparelho locomotor, as dores articulares, as relacionadas ao câncer, as dores de dentes e as da região da boca e do rosto, as dores causadas por lesão do sistema nervoso (nervos, medula e cérebro), as vísceras e as relacionadas ao trabalho. Ainda refere que quanto à localização, destacam-se, pela frequência, as dores nas costas e na cabeça e as dores torácicas, abdominais, pélvicas e perineais.

Com o aumento da vida média dos brasileiros, é muito importante prestarmos também atenção às dores dos idosos. Vários núcleos de epidemiologia ligados a centros de formação (universidades e faculdades), como é o caso da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Centro Universitário São Camilo e Universidade de São Paulo (USP-SP), apresentam pesquisas que estão sendo desenvolvidas em núcleos gerontológicos, sabendo-se da importância desse tema para todo o mundo.

Figueiró (2000) aponta para o crescimento da ocorrência da dor, especialmente a dor crônica, que vem crescendo, talvez em virtude dos novos hábitos de vida, da maior longevidade dos indivíduos, do prolongamento da sobrevivência dos doentes com moléstias antigamente fatais, das modificações do meio ambiente e, provavelmente, da diminuição da tolerância do homem moderno ao sofrimento.

A dor crônica, atualmente, constitui-se em um problema de saúde pública relevante para todo o sistema incluindo, desde a pessoa afetada, os familiares e/ou responsáveis até os profissionais de saúde. Ainda há um número insuficiente de especialistas que se dediquem, especificamente, ao diagnóstico e tratamento da dor crônica, sobretudo de profissionais da área de saúde mental. Estes, certamente, poderiam desempenhar um importante e ativo papel na assistência e no tratamento do portador de dor crônica.

Embora a comunidade científica esteja atenta a esse problema, o portador de dor crônica ainda convive constantemente com a falta de um tratamento eficaz, realizando consultas repetidas a múltiplos especialistas, experimentando várias intervenções terapêuticas, enfim, sofrendo uma grave deterioração de seu cotidiano e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida.

Vários são os prejuízos que a pessoa portadora de dor crônica pode apresentar:

- Incapacidade para comparecer ao emprego ou escola.
- Licenças médicas.
- Aposentadoria por doença.
- Indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho.
- Uso freqüente do sistema de saúde.
- Transformação da dor em foco importante e principal na vida do indivíduo.
- Uso substancial de medicamentos.
- Alterações psicoafetivas e problemas de relacionamento, como desajuste conjugal, familiar, social e profissional, e perturbação no estilo normal de vida do indivíduo.
- Inatividade.
- Isolamento social.

- Depressão e/ou ansiedade.
- Redução na resistência física que resulta em mais fadiga e dor.
- Exibição de sintomas neurovegetativos, como alterações nos padrões do sono: início retardado do sono, despertares freqüentes, sono não reparador, redução do tempo de sono, apnéia obstrutiva e mioclonia noturna; apetite, peso e libido, podendo estar associados a irritabilidade e hostilidade, diminuição da capacidade de atenção e concentração.
- Diminuição da realização de atividades que envolvem familiares, profissionais e, principalmente, as socioculturais.

Normalmente, esses indivíduos desenvolvem quadros depressivos que podem magnificar os sintomas ou, inclusive, converter-se no problema principal naquele momento. É possível que apareça um comportamento de ganho secundário, até de modo inconsciente, mas que destrutura as relações mais próximas pela constante manipulação (SERRA, 2003).

Diante das inúmeras implicações que a dor crônica causa na qualidade de vida do indivíduo, bem como na organização de seu cotidiano, o tratamento deve-se dar com uma equipe multidisciplinar de ação interdisciplinar, integrando assim todos os saberes em prol da pessoa que sofre com seu quadro de dor crônica. A abordagem deve ser sociopsicossomática, verificando o possível e provável envolvimento dos fatores sociais, psíquicos e orgânicos.

### **3.1.4 Dores crônicas mais comuns**

Na literatura pesquisada – Cavalcanti (2006), Neves (2006), Serra (2003), DSM-IV-TR tm (2002), Knoplich (2001), Figueiró (2000), Abreu (1999) e Garrote (1991) – os autores descrevem os tipos de dores crônicas mais comuns que uma pessoa pode apresentar. Dentre

elas, de forma breve, já que não é nosso objetivo descrevê-las de maneira aprofundada, podemos citar:

### **? Lombalgia (Dor nas costas)**

Talvez a mais comum de todas as dores crônicas, permanecendo atrás somente das cefaléas. Em alguma fase da vida, 80% da população terá dor lombar, segundo o site <<http://www.portaldacoluna.com.br/conteúdo>> - > Acesso em: 10 out. 2006.

A dor lombar ocorre na região inferior das costas aparecendo, normalmente, após pequenos traumas, levantamento de pesos excessivos, escorregão, idade do indivíduo, tipo de trabalho, atividade física, tensão muscular, artrites, tuberculose, câncer, hérnia de disco, estresse etc. As causas podem ser mecânicas, inflamatórias e neurológicas. Nem sempre se encontra um mecanismo claro de origem do problema. O tratamento pode ser difícil quando não encontradas alterações estruturais nessa região; o mesmo acontece com a dor crônica do pescoço.

### **? Cefaléia (dor de cabeça)**

Segundo Figueiró (2000), cerca de 90% das pessoas já tiveram esse tipo de dor e 20% das mulheres e 8% dos homens têm crises de dor forte. A cefaléia pode variar desde um leve desconforto até uma dor insuportável, que obriga a pessoa a permanecer deitada durante dias. Existem diferentes tipos de cefaléia: a de tensão e a de enxaqueca.

A cefaléia de tensão é uma dor de intensidade moderada ou grave, de início gradual, como se fosse uma pressão sobre a testa, o crânio, a parte posterior do pescoço ou ambos os lados da cabeça e pode acarretar prejuízos às atividades diárias. Já a enxaqueca é marcada por

um dor latejante muito intensa, está associada à intolerância à luz e aos ruídos, acomete um lado da cabeça: têmporas e testa.

Esta dor parece ter um componente hereditário e pode ser provocada por diversos fatores, como pílulas anticoncepcionais, reposição hormonal, ingestão de alguns alimentos (queijos, álcool, cafeína e chocolate), inalação de perfumes, mudanças climáticas, estresse, fadiga crônica, falta de sono, jejum, medicamentos para a pressão e outros.

O medicamento prescrito para este tipo de dor, o analgésico, é um dos medicamentos mais vendidos em todo o país, favorecendo assim, de forma acentuada, o importante faturamento da indústria farmacêutica.

### **? Dores articulares**

Afetam de forma direta o sistema musculoesquelético, causando rigidez nas articulações e pode evoluir para a incapacidade física progressiva com deformidades típicas. As mais comuns são:

a) artrite reumatóide: é uma doença inflamatória, pode ser auto-imune (o organismo produz uma destruição de si mesmo). Afeta mais as mulheres, sua incidência aumenta com a idade e qualquer articulação pode ser afetada com dor simétrica, podendo afetar uma ou mais juntas (articulações dos pulsos, dedos, joelhos e outras);

b) osteoartrose: é degenerativa e causa destruição da cartilagem das articulações. Decorre de muitos fatores, como predisposição genética associada a traumatismos múltiplos e repetitivos e também está ligada ao processo de envelhecimento.

### **? Fibromialgia**

Caracterizada por dor generalizada por todo o corpo envolvendo tendões, ligamentos e, principalmente, os músculos. Tem-se a sensação de que as juntas estão inchadas e doloridas, intolerância ao calor e ao frio (clima e temperatura), dor de cabeça freqüente, sensação de cansaço intenso, alteração do sono, rigidez muscular, problemas nos sistemas digestivo e urinário. É mais comum em mulheres e, normalmente, inicia-se em torno dos 30 (trinta) anos de idade. A causa clínica desta doença ainda não está muito bem esclarecida, mas se sabe que o estresse, a falta de sono, os traumas físicos e emocionais e a falta de condicionamento físico podem desencadear a dor em indivíduos mais sensíveis.

### **? Síndrome da fadiga crônica**

Esta doença ainda não tem seus componentes clínicos esclarecidos, mas seu aparecimento pode estar associado diretamente com problemas psicológicos e emocionais. A sensação constante é de um profundo cansaço, acompanhado de desânimo para realizar os atos diários que antes do adoecimento eram freqüentes, tais como, trabalhar e praticar atos prazerosos, ir ao cinema ou praticar um esporte. Essa fadiga e o cansaço não são aliviados com o repouso e essa sensação pode piorar com o exercício físico ou a atividade mental.

Os indivíduos acometidos por essa doença apresentam ainda baixo nível de atividade física e mental, além de sintomas não específicos como fraqueza, dores musculares, falta de memória e insônia. Esses sintomas podem estar associados a um grande número de doenças orgânicas. Por isso a síndrome da fadiga crônica deve ser um diagnóstico de exclusão.

**? Lesão por esforço repetitivo (LER), atualmente, Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**

Esta doença está relacionada diretamente com a lesão provocada pelo uso excessivo dos músculos e tendões dos membros superiores: mãos, pulsos, braços e ombros. A dor é o sintoma mais acentuado, mas também se tem fraqueza, adormecimento, inchaço e rigidez. Os indivíduos mais acometidos por esse tipo de dor crônica são os usuários de computadores, trabalhadores em esteiras de linhas de produção e cortadores de carne de frigoríficos.

A lesão mais comum é a chamada síndrome do túnel do carpo – resulta do esforço constante do punho e leva à inflamação dos tendões abaixo dos ligamentos do carpo, localizado no lado palmar do pulso. Quando os tendões incham, eles pressionam o nervo logo abaixo desse ligamento, produzindo a dor. Algumas posições acentuam a dor no pulso – como é o caso no momento do sono, pela posição que o punho e o braço se encontram ao segurar um livro na hora da leitura – ou ao segurar o volante do carro.

### **? Dor neuropática (central ou periférica)**

Surge como consequência de uma lesão do sistema nervoso, podendo ser central – dor neuropática central – ou periférica – dor neuropática periférica. Constitui um conjunto de sintomas e sinais, freqüentemente crônicos, caracterizados por dor e com múltiplas causas, como, por exemplo, os efeitos colaterais de medicação, infecções ou deficiências vitamínicas, diabetes, alcoolismo e doenças auto-ímmunes (lúpus e artrite reumatóide). Na dor neuropática periférica as mãos e os pés são mais freqüentemente acometidos. Seguida à sensação de dor, ocorre a dormência desses membros. Vale ressaltar que, algumas vezes, a pele se torna tão sensível que um leve toque pode desencadear um processo doloroso.

### **? Dor do nervo trigêmeo**

O nervo trigêmeo localiza-se no rosto, tomando a região malar, maxilar e mandibular, e é um importante nervo da face, responsável pela sensibilidade. Alguns autores referem que pode ser considerada a dor mais intensa do homem. A dor que o atinge é intensa e do tipo de um choque. Geralmente acomete um lado do rosto em uma ou mais das regiões acima citadas. Essa dor é mais comum em idosos.

Indivíduos acometidos pela dor do trigêmeo relatam que a experiência dolorosa é extremamente desagradável, levando à mudança de hábitos em sua vida. Embora ela dure somente alguns segundos, os vários surtos, em rápida sucessão, podem dar a impressão de uma dor demorada (FIGUEIRÓ, 2000). Pode ser desencadeada ao se lavar o rosto, ingerir líquidos com temperatura fria ou quente, ficar exposto a ventos frios, mastigar ou, até mesmo, falar. À medida que a doença progride, os intervalos sem a dor diminuem, causando intenso sofrimento. Os tratamentos mais indicados para esse tipo de dor são os medicamentos e os bloqueios nervosos através de procedimentos neurocirúrgicos.

### **? Dor do câncer**

Embora cada vez mais se intensifiquem os estudos em relação ao câncer, os programas de diagnóstico precoce e prevenção são muito precários. Por isso, um grande número de pessoas com a doença apresenta dor. Um terço dos pacientes por ocasião do diagnóstico e dois terços com câncer avançado têm dor entre moderada e intensa (FIGUEIRÓ, 2000).

Até mesmo as intervenções diagnósticas e terapêuticas podem ser dolorosas, aumentando, assim, a experiência da dor. A intensidade da dor depende muito da localização do tumor e do estágio de evolução da doença (quanto maior o crescimento do tumor, maior será a dor). As metástases podem provocar dor em locais distantes; por sua vez, o tumor em si causa

dor local. As metástases ósseas, acometimento de vísceras, compressão ou infiltração de nervos são as causas mais comuns de dor em cerca de 70% dos pacientes em fases mais avançadas.

A dor pode aumentar com a movimentação e leva o paciente a permanecer imóvel, o que acarreta o surgimento de dores musculares, agravando-se o problema. Os indivíduos acometidos pelo câncer, normalmente, desenvolvem transtornos afetivos, como ansiedade, alteração do sono, do humor (depressão) e perda do apetite, entre outros.

Embora os recursos terapêuticos estejam aumentando e especializando-se cada vez mais, a dor do câncer ainda é um desafio. Para diminuir o sofrimento da pessoa portadora de câncer são prescritos analgésicos potentes, sistemas de infusão e técnicas neurocirúrgicas que podem assegurar alívio ou eliminação da dor em 80% dos pacientes.

### **? Dor pélvica crônica**

A dor pélvica crônica muitas vezes é causada pelo espasmo da musculatura que forma o assoalho pélvico. Por motivos até o momento desconhecidos, esses músculos não relaxam e causam dor e constipação intestinal. A cólica menstrual também é considerada uma dor crônica pélvica que atinge 50% das mulheres, podendo ser seriamente prejudicial, necessitando de tratamento em cerca de 10% delas (FIGUEIRÓ, 2000).

Afeta homens, mas principalmente mulheres no período pré-menopausa, levando à condições debilitantes. Torna-se importante investigar a causa e determinar, com precisão, o diagnóstico; nem sempre tem causa orgânica facilmente identificável e, frequentemente, torna-se complexa. Alterações da musculatura, doenças inflamatórias crônicas, câncer, alterações

digestivas, doenças urinárias e patologias ginecológicas podem estar envolvidas no aparecimento deste tipo de dor crônica.

Como não é nosso objetivo dissertarmos sobre todas as dores crônicas, escolhemos as mais comuns, associando-as com os dados levantados na pesquisa realizada com mulheres cuidadoras de portadores de doença mental.

### **3.1.5 Tratamento**

Como citamos anteriormente, o tratamento para a dor, seja ela aguda ou crônica, ainda é um desafio para toda a sociedade, para os indivíduos portadores de dor, para os familiares, para os profissionais da saúde e para o serviço público em geral.

Figueiró aponta que o tratamento deve focar três dimensões básicas:

- *Cuidado médico*, através de um diagnóstico preciso e da tentativa de redução ou eliminação da dor.
- *Reabilitação física*.
- *Reabilitação e reintegração psicossocial*. (FIGUEIRÓ, 2000, p. 68).

Considerando as três dimensões descritas pelo autor acima, acreditamos que o enfoque do tratamento da dor crônica esteja intimamente ligado com o perfil do indivíduo que experimenta um processo doloroso. Cabe lembrar que é de importante relevância a atenção para as reações psicológicas e emocionais apresentadas por estas pessoas.

Sendo assim, Garrote descreve as características do perfil geral do paciente:

o paciente se apresenta como incapacitado pela dor, ficando a maior parte do tempo inativo; relata passagem por vários médicos, com inúmeras tentativas de intervenções clínicas e cirúrgicas; em vista do item anterior, e do freqüente insucesso dessas medidas, o paciente manifesta forte desconfiança relativa ao tratamento atual; seu discurso é todo centralizado na dor, sendo difícil a investigação de outros aspectos de sua vida; usa medicação prescrita em excesso, sem alívio do sintoma; é freqüente a dependência física de algumas medicações (diazepínicos, opiáceos); é visível o reforço da dor por circunstâncias ambientais, como atmosfera familiar; pelas características citadas, é comum esse tipo de paciente des-

pertar no médico sentimentos de impotência e irritação, sendo freqüente que o médico subvalorize a queixa dolorosa (GARROTE, 1991, p. 86).

Considerando o caráter complexo do problema e suas repercussões socioeconômicas, o tratamento para dor crônica deve ser realizado com enfoque “biopsicossocial”, com uma equipe interdisciplinar (vale lembrar que os profissionais da área da saúde mental podem muito contribuir no cuidado desses indivíduos) e, de preferência, especializada nesse tipo de patologia. Neste modelo, a dor não é somente vista como um sintoma, mas sim como uma combinação de fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais.

O primeiro passo para um tratamento respeitoso e digno é fazer um diagnóstico correto, recebendo o portador de dor crônica como uma pessoa que apresenta um importante sofrimento em sua vida, o qual pode levar a relevantes alterações em seu cotidiano. Alterações essas que englobam as incapacidades físicas, psíquicas, ocupacionais e sociais, que estão intimamente ligadas às relações – as inter-relações (o paciente com os outros) e a intra-relação (a relação do paciente com ele mesmo). É importante que o paciente sinta que a equipe valoriza suas queixas e que ela está pronta para orientá-lo em todas as suas dúvidas.

O tratamento, portanto, é mais complexo do que apenas a elaboração do diagnóstico e alívio do sintoma – a dor. Ele deve incluir uma abordagem de diferentes especialidades, as quais, como acima descrito, devem integrar seus conhecimentos científicos para alcançarem êxito no tratamento para a dor crônica.

Assim, de forma didática, descreveremos brevemente como deve acontecer a abordagem inicial no tratamento da dor crônica. Como as causas da dor englobam vários fatores, a abordagem no tratamento deve-se iniciar com:

– Assistência médica: o médico será o profissional responsável pela prescrição de medicamentos que levam ao alívio da dor. Entre os medicamentos mais utilizados estão os analgésicos sistêmicos, que geralmente se dividem em três grupos: não-opioides, opioides fracos e opioides fortes. Opióide é um termo que se refere aos medicamentos derivados do ópio, como, por exemplo, a morfina. Os não-opioides são a primeira opção no tratamento; entre eles estão o paracetamol e os anti-inflamatórios não-hormonais, como os salicilatos (aspirina). Esses medicamentos são largamente usados para lombalgias, dor menstrual, cefaléias, dor muscular.

Tem-se ainda os medicamentos denominados de drogas adjuvantes, sendo considerada uma estratégia terapêutica não-convencional, que faz uso de antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos (que auxiliam na diminuição da psicomotricidade). Estes potencializam a ação de outros analgésicos. São indicados para cefaléia, artrite, lombalgia, neuropatias e dores psicogênicas. Para finalizar, temos ainda os anestésicos e analgésicos tópicos, que são aplicados em área dolorida (SERRA, 2003; FIGUEIRÓ, 2000).

Ainda sob a responsabilidade dos médicos, estão as intervenções cirúrgicas, mas por apresentarem um caráter invasivo, elas não são a primeira opção. São indicadas em casos em que não se tem o alívio da dor com o uso dos medicamentos ou outros procedimentos (fisioterapia, massagem etc.).

– Assistência de variados profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e afins, é de extrema importância, pois amplia o “olhar” para o tratamento da pessoa portadora de dor crônica, considerando-a como um ser dotado de diferentes e variadas experiências de vida, portanto, de uma personalidade única dentro de um contexto familiar, social, cultural e econômico, que se faz de extrema importância no tratamento da dor crônica. Não podemos deixar de lembrar também da importância que se deve dar à assistência familiar. O familiar que está próximo da pessoa que apresenta a experiência de vivenciar um quadro doloroso deve receber orientações em relação aos mecanis-

mos perpetuantes da dor. Cabe ressaltar que cada profissional possui seu arsenal terapêutico específico e deverá usá-lo da melhor maneira possível no tratamento da dor crônica.

### **3.2 O cuidar, o cuidado**

Durante a busca de referências para a estruturação de nossa pesquisa, percebemos que o cuidar, o cuidado, está intimamente ligado à prática da enfermagem como ciência e arte do cuidado. Na enfermagem tem-se a estruturação do ato de cuidar como uma intervenção objetiva e previamente construída conforme regras e normas (ROCHA, 2006).

Mas sabemos que o cuidar, ou seja, o cuidado consiste em uma atividade que não se aplica somente à enfermagem, mas também as diferentes áreas profissionais da saúde. Na terapia ocupacional o cuidado com o outro, que por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresenta, temporária ou definitivamente, dificuldades na inclusão e participação na vida social, é uma atividade desenvolvida desde a estruturação da profissão. O cuidar está intimamente ligado à organização do cotidiano do indivíduo que apresenta, neste caso, um transtorno mental.

Cabe ressaltar que nosso objetivo é dissertar sobre o cuidado “informal”, que é inerente à prática do homem, o qual pode ser modificado, diferenciado de acordo com o contexto social e cultural deste. Porém, avaliamos que para dissertarmos sob esta ótica, devemos lançar mão de conceitos de variadas áreas, como da saúde, das ciências sociais e de outras afins.

No dicionário Ferreira (2006), a palavra *cuidar* significa “imaginar, meditar, julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; ter cuidado; fazer os preparativos; pre-

venir-se e ter cuidado consigo mesmo”. Em relação ao *cuidado*, ele refere “atenção, cautela; desvelo; zelo”.

Para Campos (2005, p. 30), “cuidar significa preocupar-se, envolver-se, comprometer-se com o ‘objeto’ a ser cuidado”.

Na mesma forma de compreensão, Boff refere que:

cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2003, p.33).

É o que se opõe ao descuido. Aduz que a

atitude é uma fonte, gera muitos atos que expressam a atitude de fundo. Quando dizemos, por exemplo, ‘nós cuidamos de nossa casa’, subentendemos múltiplos atos como nos preocuparmos com as pessoas que nela habitam, dando-lhes atenção, garantindo-lhes as provisões e interessando-nos por seu bem-estar. ...Zelamos pelas relações de amizade com os vizinhos e de calor com os hóspedes. ...Alimentamos uma atitude geral de diligência pelo estado físico da casa, pelo terreno e pelo jardim. Ocupamo-nos do gato e do cachorro, dos peixes e dos pássaros que povoam nossas árvores. Tudo isso pertence à atitude do cuidado material, pessoal, social, ecológico e espiritual da casa (BOFF, 2003, p.33).

Entretanto, o cuidado é ainda algo mais que um ato e uma atitude entre outras (BOFF, 2003, p. 33).

Disse o filósofo que melhor viu a importância essencial do cuidado, Martin Heidegger (apud BOFF, 2003)

em seu famoso *Ser e Tempo*: Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato. Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. Significa reconhecer o cuidado como um *modo-de-ser* essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão frontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada (apud BOFF, 2003, p. 34).

Reportando-nos ao que Boff refere em seu livro,

o cuidado é inerente à natureza e à constituição do homem. O modo-de-ser cuidado demonstra como é ser humano – homem e mulher. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana (que responde à pergunta: o que é o ser humano?). O cuidado há de estar presente em tudo (BOFF, 2003, p. 34).

Nas palavras de Martin Heidegger (apud BOFF, 2003, p. 34), “cuidado significa um fenômeno ontológico – essencial básico. Traduzindo: um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

O grupo de pesquisa em Epidemiologia do Cuidador da Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP (apud MAXIMINO, 2005), descreve o perfil do cuidador e constata atributos de gênero: mulheres como principais cuidadoras, proximidade de moradia, de parentesco e de vínculos afetivos.

Cabe ressaltar ainda “que no ideário que a sociedade desenvolve sobre as relações de gênero a mulher é um ser para o outro e exerce a função explícita de cuidar do outro” (SILVA, 1995, p.72).

Nossa pesquisa foi realizada com mulheres que são cuidadoras principais de indivíduos portadores de doença mental e que estabelecem com esses indivíduos diferentes tipos de relação de cuidar (que serão abordados de forma mais completa no capítulo de resultados da pesquisa). Cabe, no momento propriamente dito, dissertarmos sobre as mulheres cuidadoras (mães, filhas, irmãs, esposas, companheiras, tias, madrinhas, noras, sogras).

Segundo Rocha (2006, p. 114), “o cuidado em saúde mental, diferentemente de outras áreas de enfermagem, não pode ser construído previamente”. Para Collière (apud ROCHA, 2006, p. 114) “cuidar é estimular as capacidades de ser e contribuir para desenvolver o poder de existir, de ser reconhecido, de afirmar sua vida, fica evidenciado que não se tratam de intervenções objetivas, previsíveis; portanto, dificilmente podem ser prescritas, visto que uma relação com um indivíduo singular a ser cuidado está sempre se fazendo, se atualizando”.

No transtorno mental o cuidar, o cuidado é muito mais amplo do que desempenhar uma tarefa preestabelecida, ele implica uma atividade que envolve diversos aspectos e contextos. Assim podemos referendar-nos em Boff que refere:

Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (isola-se, deixa de trabalhar e tem de se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?) (BOFF, 2003, p. 143).

Sendo o transtorno mental um sofrimento psíquico de intensidade exorbitante, a relação da cuidadora com quem será cuidado implica inúmeros questionamentos.

### 3.3 Mulheres cuidadoras

A identidade do cuidador vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no fazer que a dimensão de cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É pensando no que faz e nas relações que esta atividade desencadeia em seu cotidiano que ele passa a construir sua identidade de cuidador, identificando-se ou negando essa identidade. É no processo relacional com o outro (paciente) e consigo mesmo que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, sua identidade. É uma mudança que se opera na relação entre ambos, internalizando sua nova condição de cuidador e redefinindo todas as relações que o cercam (MENDES, 1995, p. 80).

“O processo de construção de identidade do cuidador vai sendo operado no enfrentamento de um novo cotidiano posto pela exigência do cuidar” (MENDES, 1995). Especificamente

a relação cuidadora-paciente se dá no dia-a-dia, no ambiente doméstico, enfrentando condições adversas para a manutenção da sobrevivência, tanto em termos financeiros, como de saúde e de moradia. É uma relação que determina e é determinada pelas relações que se estabelecem com o mundo externo. Sendo uma relação que é estabelecida no espaço doméstico, parece negar a existência do mundo externo, que é reproduzida nas relações com o outro (SILVA, 1995, p. 70).

As relações de cuidar podem ser variadas, como cita Silva,

quando se trata de cônjuges, a relação é definida a partir de um projeto comum que terá de ser redefinida em função de doença do outro. Tratando-se de relação mãe-filha, nora-sogra ou irmã-irmão, parte de projetos de vidas diferentes, que serão reconstruídas a partir da doença do outro, pois esse passa a ser o mais importante na vida. O outro passa a ser prioritário (SILVA, 1995, p. 71).

Nesta relação de cuidar, cuidadora e portador de doença mental estabelecem uma nova forma de relação, muitas vezes embasada na relação de dependência.

Essa relação de dependência tem significados diferentes para ambos. Para o paciente, a relação de dependência está inscrita em sua incapacidade de fazer a maioria das atividades sozinho. Para o cuidador(a), a relação de dependência com o paciente está inscrita na necessidade do outro pelos cuidados pessoais e atenções constantes. Não é apenas uma simples mudança de rotinas, mas de condições de existência de cada 'eu' em relação com o outro e consigo mesmo (MENDES, 1995, p. 82).

Cabe ressaltar, que além da relação de dependência que se estabelece entre ambos, tem-se ainda a relação de co-dependência por parte da cuidadora. Nessa interação cria-se um campo de complementaridade onde a mulher cuidadora precisa do outro para desenvolver o seu papel.

Esta “mudança de rotinas” e de “condições de existência” leva à alterações acentuadas e importantes na dinâmica familiar, bem como na organização do cotidiano da cuidadora e também do indivíduo portador de doença mental. Reportando-nos a Mendes,

as alterações bruscas e, muitas vezes, radicais, que se operam na dinâmica familiar quando um de seus membros torna-se dependente, compelindo um outro a assumir o papel de cuidador, desarticulam e desestabilizam as personagens funcionais na dinâmica familiar anterior à doença. Surgem novos papéis e novas relações entre os membros da família (MENDES, 1995, p. 81).

“Analisando cada um dos casos, o ‘olhar’ da cuidadora vai estar ‘contaminado’ pelo lugar que ocupa na dinâmica familiar e no mundo” (SILVA, 1995, p. 71). Embora o cuidar seja inerente ao homem e, principalmente, ao gênero mulher, desempenhar o papel de cuidadora principal de uma pessoa que apresenta um sofrimento psíquico pode ser considerada uma atividade nova para a qual algumas pessoas ainda precisam ser preparadas e orientadas.

A atividade de prover cuidado implica em um custo pessoal, emocional, social e econômico, que compromete a individualidade da cuidadora e também sua organização do cotidiano. A falta de engajamento do portador de transtorno mental no mercado de trabalho envolve

a persistência de um tempo não estruturado, o que exige um tempo maior de dedicação à atividade de cuidar (ROSA, 2003).

Portanto, o desenvolvimento da atividade de cuidar está diretamente ligado à organização do cotidiano, tanto da mulher cuidadora, quanto de quem será cuidado. Desta forma, avaliamos que seja relevante tecermos algumas considerações em relação ao “cotidiano”.

### **3.4 Cotidiano**

O conceito de cotidiano tem sido estudado pelas ciências sociais desde o Século XIX, a partir da herança da Era da Razão. Desde então, ele passou a ser discutido e entendido como um fator pertinente e relevante na constituição da trama social.

Não só para a área do conhecimento social, mas também para a área da saúde, faz-se importante uma discussão a respeito do cotidiano, pois “... na vida cotidiana, o indivíduo se reproduz diretamente enquanto indivíduo e reproduz indiretamente a totalidade social” (CARVALHO, 2005, p. 26) .

Segundo Kujawski (1988), cotidiano significa etimologicamente “cada dia”, é a unidade de medida da sucessão da vida humana, feita um dia após o outro. É o dia-dia, conceito que apreende melhor o caráter fluido, sucessivo e continuado do cotidiano.

Para Mendes:

o cotidiano é o espaço do imediato, onde os indivíduos devem ‘funcionar’ através do saber prático. A crítica (ou reflexão) sobre o cotidiano só é possível de ser realizada através de sua suspensão. A suspensão do cotidiano não o elimina, apenas permite, durante a reflexão, um distanciamento dele. Afastar-se para poder compreender e ver melhor o próprio cotidiano. (MENDES, 1995, p. 81)

Já para nós, terapeutas ocupacionais, concordamos com Benetton; Tedesco; Ferrari que relatam

... a clínica da terapia ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois ele é ou foi violentamente transformado, pela sua interrupção e não pela sua supressão. O cotidiano da clínica da terapia ocupacional, um encontro-construção, é também espaço para “provocar” transformação. (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 38).

Podemos nos reportar a Carvalho (2005, p. 29) “A vida cotidiana, portanto, se insere na história, se modifica e modifica as relações sociais”.

Heller refere que

A vida cotidiana é a vida do homem *inteiro*; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se ‘em funcionamento’ todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias. O fato de que todas as suas capacidades se coloquem em funcionamento determina também, naturalmente, que nenhuma delas possa realizar-se, nem de longe, em toda sua intensidade. O homem da cotidianidade é atuante e fruidor, ativo e receptivo.... (HELLER, 2004, p.17).

Assim, o cotidiano constitui-se em um espaço onde cruzam-se informações, realizam-se buscas, trocas, espaço para o fazer, de criar, de produzir, de construir e de reconstruir história, significados e cultura, lugar que, permanentemente, fermenta transformação.

Para Carvalho (2005, p. 14) “a vida cotidiana é também como um espaço onde o acaso, o inesperado, o prazer profundo de repente descoberto num dia qualquer, eleva os homens dessa cotidianidade, retornando a ela de forma modificada”.

Desta forma, devemos começar a pensar que todos nós temos hábitos, que fazem parte de uma rotina, inserida num cotidiano. Porém, rotina é diferente de cotidiano. Então propomos que comecemos a pensar nesta diferença. Na rotina temos uma seqüência de atos, aspectos, não precisamos parar para pensar ou verificar, eles fazem parte de nosso dia-a-dia, acontecem, formando uma composição já instituída, denominados de hábitos. A rotina faz parte da

vida de todos nós, estruturando-se em uma trama, que pode tanto ser reduzida como ampliada para um indivíduo ou para outro, em alguns momentos de sua vida. “A rotina e os hábitos, entendidos como características da cotidianidade, introduzem uma certa sucessão nas atividades da vida cotidiana” (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 37).

Para Kujawski (1988), a vida cotidiana é estruturada por aquilo que denominou de *articulação funcional do cotidiano em seus principais momentos constitutivos*, composta por: habitação, trabalho, conversa, passeio e culinária. Assim, para ele as atividades do cotidiano estão reduzidas na tradição histórica do:

– Habitar: “A habitação constitui tema antropológico de amplo alcance, na medida em que é essencial á vida humana, para possuir-se a si mesma, instalar-se nesse alvéolo absorvente que é a casa” (KUJAWSKI, 1988, p. 43).

– Trabalhar: o trabalho sempre foi tema debatido em vários momentos históricos da humanidade, tendo valores diferentes de acordo com cada época e com cada sociedade. Segundo Kujawski, o industrialismo veio consagrar o trabalho industrial como o padrão universal e absoluto de qualquer trabalho.

– Conversar:

A troca de experiências na conversação cotidiana nos ilumina novas perspectivas da realidade, com possibilidades e opções diferentes para fazermos nossa vida mais inventiva e mais livre. ... A conversação cotidiana é aquele remanso no qual as águas da história represam por um momento o seu fluxo, a fim de que os contemporâneos contemplem seus rostos refletidos na superfície e procurem adivinhar o que lhes reserva o amanhã (KUJAWSKI, 1988, p. 47).

Outras formas de conversação são: o jornal, literatura, teatro, escolas, universidades, política, arte e outros.

– Passear: “Passear é apropriar-se biograficamente da cidade, do lugar, incorporando-a, sucessivamente, cena por cena, à minha circunstância” (KUJAWSKI, 1988, p. 49).

No hábito de sair pelas ruas exclusivamente para ver e passear baliza, os nosso cotidiano de uma trama de referências e significados interpessoais, constituindo um circuito intra-urbano fechado, que nos per-

mite a grata satisfação do reconhecimento por ele; assim, ganhamos o papel e o argumento que nos estão reservados a nível do cotidiano (KUJAWSKI, 1988, p. 50).

– Comer: “A ação humana de comer vem cercada de certos rituais indispensáveis, que começam pela escolha dos alimentos..., seguindo-se a ação de temperar, elaborá-los ao fogo, servi-los á mesa, com auxílio de talher. Vê-se que o comer humano é todo ele ritual” (KUJAWSKI, 1988, p. 51).

### Segundo Tedesco

Cotidianidade é um conjunto de procedimentos que formam o tecido da atividade social, procedimentos estes que são da ordem tanto do individual (uma vez que são práticas rotineiras do indivíduo na manutenção de sua vida pessoal), quanto do coletivo (são práticas que efetivam construções históricas ao determinarem as maneiras majoritárias de fazer as coisas num grupo social) (apud BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 37).

E são nessas inter-relações, nessa trama, que se compõe e são dados significados ao cotidiano. O cotidiano pode ser entendido desde um lugar da repetição, de um lugar dos acontecimentos concretos, até um lugar das experiências vividas, mas, acima de tudo, ele constitui-se em um lugar de trânsito, um espaço de transformação, pois é nele que ocorrem relações sociais e também construção e desconstrução de inúmeros caminhos. Desta forma, o cotidiano é diferente da rotina, que se constitui em um lugar da repetição.

### Segundo Takatori, cotidiano é

a sucessão de acontecimentos vividos que incluem espaços sociais, tempos, diversos, pessoas e objetos variados e que se desenrolam no dia-a-dia. O sujeito e seu cotidiano são partes inter-relacionadas e constitutivas entre si. Como um cenário, pessoal e inconfundível, o cotidiano se revela e nele acontece a inserção no mundo comunal, compartilhado, social e cultural. (TAKATORI, 2001, p. 372).

Para Kujawski (1988), o cotidiano é um espaço de transformação, de trânsito. No cotidiano também é permitido o reconhecimento da circunstância como nossa circunstância, um meio de nos comunicarmos com o contorno. Sendo assim, consideramos o que ele diz, “a quebra do cotidiano significa nossa ruptura com o contorno, abreviatura do mundo...” e ainda

A perda do cotidiano com sua seqüência, suas formas, cores e sabores peculiares, é o que de mais grave pode comprometer o destino do homem, bloqueando sua capacidade de absorver a circunstância e projetar sua liberdade...(KUJAWSKI, 1988, p. 36).

Considerando Takatori (2001, p. 371), “o cotidiano é construído dia a dia com o fazer singular do indivíduo em diferentes contextos sociais dos quais participa”. Quando um acontecimento (acidente ou doença) ou uma situação (ter uma deficiência) leva ao rompimento da construção contínua do cotidiano do sujeito, a retomada desse processo, muitas vezes, necessita da assistência de um profissional.

Portanto, quando um indivíduo tem seu cotidiano cindido, desorganizado, por um transtorno mental, que é considerado uma doença crônica e, freqüentemente, incapacitante, ele é automaticamente excluído de seu contexto histórico-cultural, biograficamente ele deixa de exprimir sua singularidade e passa a navegar por águas turbulentas sem saber onde irá ancorar.

Muitas vezes, é assim que se sentem cuidadoras e pacientes quando a atividade de cuidar passa a fazer parte de seus cotidianos, constituindo-se em um veículo de relação entre ambos. Além das interações emocionais já vividas pelo vínculo familiar, por algum grau de parentesco ou afetivo, agora o cuidar passa a ser um foco dessa relação que está inserida em um cotidiano.

Assim, tanto para os familiares como, principalmente, para as mulheres responsáveis pelo cuidado, a doença mental acarreta deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo. A persistência do transtorno mental provoca um deslocamento do lugar simbólico do portador de transtorno mental na família, que vai se expressar também na perda de determinados lugares

espaciais e afetivos. Há uma tendência dos familiares a alterar sua visão em relação àquele que sofre psiquicamente (ROSA, 2003).

O cuidado ao portador de transtorno mental é concebido como uma atividade complexa, com acentuado envolvimento emocional e temporal, em que se estabelece uma relação direta, pessoalizada e intensa entre a cuidadora e o indivíduo portador de transtorno mental e com influência mútua. A mulher cuidadora é também afetada subjetivamente com os sintomas da doença de seu familiar ou responsável.

Ambos se lançam numa relação de busca, querendo (re)montar, (re)fazer, (re)estabilizar uma vida cotidiana nos moldes anteriores, o que já não é mais possível. O processo, conflitante, exige tempo para desenhar um novo cotidiano, novas articulações, novos personagens, novas identidades que nascem de uma descontinuidade, mas se mantêm articuladas (ou costuradas) pela história pessoal de cada um (MENDES, 1995, p. 82).

Sendo assim, como o cuidar passa a ser figura central da relação cuidadora-paciente, podemos dizer que o cuidado constitui parte integral da construção do cotidiano de ambos os personagens – cuidadora e portador de transtorno mental. Cuidar e ser cuidado se transforma em insígnia principal da organização e construção do cotidiano.

Como fica então o cotidiano da mulher que, se transformando em cuidadora de alguém com transtorno mental, passa a adquirir uma nova atividade e, portanto, uma nova identidade em sua cotidianidade?

### **3.5 Transtorno mental**

Dissertar sobre psiquiatria, transtorno mental, doença mental ou sobre o sofrimento psíquico causado por uma desordem psíquica nos reporta à história da “loucura”. São inúmeras

ras as formas de representação que a loucura teve durante toda a história da humanidade, considerando cada contexto sócio-econômico cultural.

Como as intenções desta pesquisa não estão no aprofundamento da história da “loucura” ou da psiquiatria, dissertaremos de forma resumida, porém procurando ser fiel sobre o desenvolvimento e a compreensão do que, atualmente, denominamos de transtornos mentais. Cabe ressaltar que nosso foco de estudo são as cuidadoras de indivíduos que são portadores de uma doença, sofrimento ou transtorno mental.

Todas as sociedades tiveram sua visão e conceituação sobre distúrbios, que mais tarde foram considerados mentais ou psíquicos. Nos tempos antigos, quando um indivíduo apresentava uma alteração em seu comportamento, como agressividade, discurso confuso e sem sentido, a tudo isso se atribuía um sentido de que o homem estava sendo possuído por forças exteriores, por almas perdidas, por deuses, por demônios e outros tantos. Rocha nos diz

Hipócrates, na Grécia do século V a.C., rejeitou as explicações que apontavam os deuses como causadores dessas perturbações e estabeleceu uma classificação que incluía a mania, a melancolia, a histeria e a psicose pós-parto, entre outras. O filósofo Empédocles tratou das emoções, afirmando que o amor e ódio tinham grande importância na determinação do comportamento humano. Galeno, no mundo romano do século II d.C., estudou a anatomia e a fisiologia do sistema nervoso e concluiu que este era a sede da alma. Criou a teoria da alma racional, que era dividida em uma parte externa (os cinco sentidos) e outra interna (a imaginação, a percepção, a capacidade de julgamento) (ROCHA, 2006, p. 7).

Na Idade Média as pessoas acreditavam que aqueles que apresentavam atitudes e ações que não eram esperadas, que fugiam do padrão daquela época estavam possuídos pelo demônio. Práticas de exorcismo eram realizadas com o objetivo de expulsar aquilo que não pertencia ao homem. Em muitos casos, os “possuídos” chegavam, até mesmo, a ser condenados à fogueira. Muitas pessoas desta época morreram nas fogueiras, que eram construídas em praça pública.

Mais tarde, na Europa, entre os séculos XIII e XVII, foram criadas as casas de internação com a finalidade de recolher e confinar os “desatinados”, isto é, aqueles que eram “desviados” das normas – doentes pobres, loucos, mendigos, religiosos infratores, libertinos. Estas casas eram instituições dirigidas por leigos ou religiosos, sem qualquer especialidade profissional, que visavam, principalmente, a segregação e a exclusão dessas pessoas da sociedade comum. Em toda Europa foram sendo criadas instituições, com o caráter de separar os indivíduos que perturbavam a paz e a tranqüilidade social, para a preservação da segurança dos “homens de bem”.

Segundo Rocha (2006), no Século XVIII, começou a surgir na Europa, ainda que em condições sub-humanas, instituições para internação específica dos “loucos”, pessoas consideradas “insensatas”, “agressivas” e “imbecis”, que deveriam ser retiradas do meio social, pois não conseguiam seguir normas e, portanto, ameaçavam a sociedade em geral. Eles eram isolados em celas ou masmorras, podendo ser acorrentados, expostos ao frio e ao calor, mal alimentados, chegando a uma situação de limite humano.

Nesta época tinha-se ainda o medo de contágio da loucura. Os “homens de bem” poderiam ser contaminados por esse tipo de comportamento, o que acarretaria um comprometimento vergonhoso do ponto de vista social. Assim, os médicos começaram, ainda que timidamente, a se interessar por esse tema e entraram nos hospícios, grandes asilos, para iniciarem seus estudos.

Desta forma, a medicina passa a encontrar um lugar. Lugar este que possibilita a apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento. Reportando-nos a Frayse-Pereira (2005, p. 83): “O internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto mé-

dico: ganha o valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária”.

Nomes como Samuel Tuke, na Inglaterra e Philippe Pinel, na França, passaram a estar diretamente relacionados com a construção de asilos para os “loucos”, porém com diferenças importantes sob os aspectos religiosos.

No final do Século XVIII, a loucura tornou-se objeto de conhecimento da Psiquiatria, que é uma disciplina científica contemporânea da medicina. Segundo Frayse-Pereira

Hoje, a própria Psiquiatria se encontra dividida. Há desde os que encaram a loucura como uma doença correlacionada a distúrbios bioquímicos até os que a negam totalmente como doença; desde os que justificam o confinamento da loucura nos asilos até os que se engajam em práticas de luta pelos direitos dos loucos. A psiquiatria em um determinado momento histórico, passa a ser o ‘saber sobre a loucura’. FRAYSE-PEREIRA (2005, p. 97).

Segundo Rosa (2003, p. 45 e 49), em nossa sociedade, considerando o ordenamento social, econômico e o político, o “louco” torna-se um “doente mental” e objeto de intervenção estatal e médica. “Ao tornar a loucura administrável, medicalizou-a. Com a exclusão do louco do meio social, por intermédio da internação psiquiátrica e com a mudança de seu estatuto para ‘doente mental’, uma outra relação se constrói entre o louco e sua família...”.

No Brasil, o modelo assistencial psiquiátrico, também foi baseado no modelo hospitalocêntrico, implantado no Século XIX, importado da experiência européia (Século XVIII), principalmente da francesa, embora a realidade histórica brasileira fosse distinta.

Levando em consideração as peculiaridades da sociedade brasileira, na qual as irmandades religiosas dirigiam as instituições de saúde – as Santas Casas de Misericórdia – a primeira insti-

tuição, propriamente dita, voltada para a assistência psiquiátrica no país foi inaugurada em 1852, no Rio de Janeiro – o Hospício Pedro II.

A partir de 1961, na Itália, com a experiência de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, iniciou-se um trabalho que se propunha a desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais. Ele considerava que estas pessoas apresentavam, além da enfermidade, um “sofrimento”, mas que nem por isso deveriam perder sua dignidade enquanto cidadão.

Assim, Basaglia propôs uma reavaliação da psiquiatria, questionando o conceito de doença mental, o papel do manicômio, o poder exercido em nome do saber psiquiátrico, bem como, do sistema social com sua dificuldade diante das diferenças e da promoção dos processos de exclusão.

No Brasil, neste momento, tem-se uma particularidade, pois as problematizações do sistema de saúde advêm do Movimento da Reforma Sanitária, que englobava a assistência psiquiátrica. Mas foi no campo da saúde mental, como desdobramento do Movimento da Reforma Sanitária, que surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Este movimento ganha forças e legitimação um pouco mais tarde, por volta de 1978, quando começa a ganhar independência e identidade própria na luta contra a indiferente assistência psiquiátrica que era prestada aos indivíduos portadores de doença mental, retirando deles qualquer possibilidade de serem cidadãos.

A loucura passa a ser entendida como uma doença que causa um transtorno psíquico/mental, um sofrimento acentuado, que influencia, sobremaneira, nas diversas esferas da vida do indivíduo.

Influenciado pela experiência italiana, da tradição basagliana, o Movimento da Reforma Psiquiátrica também postulava a reversão do modelo hospitalocêntrico (psiquiatrocêntrico) em direção à criação de novos serviços assistenciais extra-hospitalares, baseados no trabalho com equipe multiprofissional.

Esta nova visão e nova forma de entendimento da loucura passam a assegurar ao indivíduo portador de transtorno mental, sua inclusão no meio sociocultural, bem como, a possibilidade de reconstrução de sua cidadania e poder de trocas sociais.

Sendo assim, o que tem sido postulado atualmente é o tratamento em instituições de não internação e o papel ativo da família como parceira na organização e no planejamento das propostas de cuidado social, nos projetos de trabalhos, atuando como co-autora nas decisões e nas ações.

No contemporâneo, ganha força então, o modelo de atenção da Reabilitação Psicossocial, que segundo Pitta

implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 2001, p. 9).

Desta maneira, a assistência em saúde mental, que tem como eixo a reabilitação psicossocial, entende o indivíduo com transtorno mental como um ser integral – biopsicossociocultural – portanto, este deve ser assistido de uma forma interativa e complexa

dentro de uma rede de suporte social, que segundo Campos (2005) consiste em ‘formas de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dão ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico’.

#### Ainda segundo Campos

O conceito de suporte social foi sendo construído nos campos da psicologia social e da saúde comunitária, em torno de duas idéias básicas: de um lado, o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas e, de outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos. (CAMPOS, 2005, p.43).

#### Campos define que

Em síntese, podemos conceituar suporte social como uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dá ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico... (CAMPOS, 2005, p. 47). É fundamental que essa rede propicie a oportunidade de relacionamentos suportivos. Para que haja um relacionamento suportivo é necessário haver alguém que ofereça ou propicie suporte e alguém que o receba: um provedor e um receptor (CAMPOS, 2005, p. 47).

#### Mas, neste momento vale lembrar de Villares relatando que

no Brasil, o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais é recente. Falta implementação de políticas de tratamento e de reabilitação, e faltam estudos para orientar e avaliar as novas formas de intervenção na comunidade. De maneira geral, a abordagem familiar nos serviços de tratamento é desenvolvida dentro de uma questão de bom senso. O profissional sabe que é preciso orientar os familiares a respeito das necessidades e do cuidado do doente mental, mas isso é feito sem que ele se pergunte, por exemplo: o que significa orientar uma família? O que eles precisam? Ou ainda, o que eles querem saber? Mais raramente ainda, se coloca a questão: o que significa entender um problema? Como as pessoas constroem as explicações? (VILLARES, 2000, p.3).

Assim, apesar de toda esta discussão, a assistência em saúde mental ainda não implementou as medidas necessárias para ir de encontro às necessidades desta clientela. Embora tenham sido reduzidos os leitos psiquiátricos em hospitais tradicionais, a cultura manicomial em alguns deles prevalece e não se tem o crescimento proporcional de serviços substitutivos, extra-hospitalares, tais como: Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Dia, Residência Terapêutica, Ambulatórios, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral e tantos outros, que prezam por uma melhor qualidade na assistência em saúde mental.

### Considerando o que relata Rosa

Prestar cuidado a um portador de transtorno mental adulto, com transtornos mentais graves, embora implique uma série de atividades que homogeneizem o cotidiano dos diversos cuidadores, é também uma atividade heterogênea, pois está relacionada a uma série de fatores, dentre os quais se destacam as diferentes formas como se manifesta o transtorno mental na singularidade de cada portador de doença mental, que se pode tornar parcial ou integralmente dependente de cuidados de outras pessoas (ROSA, 2003, p. 290).

Desta forma, para finalizar, gostaríamos de salientar a questão que diz respeito diretamente ao cuidado que o portador de doença mental necessita em seu cotidiano. Esse cuidado é específico, diferenciando-se de outros como, por exemplo, de uma pessoa portadora de deficiência física.

Embora o portador de transtorno mental, muitas vezes, não apresente deformidades físicas, que limitem concretamente suas atitudes e atividades em geral, ele está limitado mentalmente. Essa limitação mental é da ordem da desorganização das idéias, do pensamento, da crítica, do juízo, da instabilidade emocional, o que pode levar a constantes crises e conseqüentemente, a fortes impactos no núcleo familiar e, sobretudo, na mulher cuidadora.

Sendo assim, o cuidado se faz desde o auxílio nas atividades de auto-manutenção (higiene pessoal, alimentação, vestuário e outras), assim como no suporte financeiro, na administração de medicamentos, no acompanhamento do tratamento e na vida social.

## 4. RESULTADOS

Conforme já assinalado, esta pesquisa utilizou um questionário para verificar o perfil da mulher cuidadora de pessoas com transtorno mental com relação aos seguintes aspectos: caracterização geral, organização do cotidiano e aspectos relacionados a condições de saúde. Para tanto, tomamos a dor crônica como o fator indicativo desse perfil.

Nosso interesse era verificar se a mulher cuidadora apresentava dor crônica e quais as relações entre a organização de seu cotidiano e este fator indicativo, considerando que esta organização pode ser causa ou efeito da dor crônica.

Os resultados obtidos conforme a metodologia utilizada em nossa pesquisa foram divididos em dois grupos: quantitativos e qualitativos. Para maior compreensão dos resultados e para finalidades didáticas apresentaremos, primeiramente, os dados quantitativos em percentuais relacionados ao número de mulheres cuidadoras pesquisadas, levando-se em consideração que os dados são complementares e é na relação entre eles que pode surgir uma maneira de compreender fenômenos.

Vale lembrar que todas as mulheres que participaram da pesquisa, num total de 25 (vinte e cinco), são cuidadoras principais de indivíduos que possuem uma doença mental e estabelecem com esse uma relação de cuidado.

Analisando os questionários aplicados verificou-se faixa etária ampla, com distribuição uniforme, sendo que a idade média das mulheres cuidadoras é de 48 anos. A mais nova

apresenta idade de 23 anos e a mais velha apresenta a idade de 76 anos, conforme mostrado na Tabela I:

Tabela I – Idade das Mulheres Cuidadoras

| Idade                       | Qde.         | Porcentagem |
|-----------------------------|--------------|-------------|
| 23                          | 1            | 4%          |
| 24                          | 1            | 4%          |
| 27                          | 2            | 8%          |
| 28                          | 1            | 4%          |
| 35                          | 1            | 4%          |
| 40                          | 1            | 4%          |
| 42                          | 1            | 4%          |
| 46                          | 2            | 8%          |
| 48                          | 2            | 8%          |
| 50                          | 1            | 4%          |
| 51                          | 1            | 4%          |
| 52                          | 1            | 4%          |
| 54                          | 1            | 4%          |
| 55                          | 1            | 4%          |
| 57                          | 2            | 8%          |
| 59                          | 1            | 4%          |
| 62                          | 2            | 8%          |
| 65                          | 1            | 4%          |
| 72                          | 1            | 4%          |
| 76                          | 1            | 4%          |
| <b>Total das amostras</b>   | <b>25</b>    | <b>100%</b> |
| <b>Somatório das idades</b> | <b>1206</b>  |             |
| <b>Média das idades</b>     | <b>48.24</b> |             |

Fonte: Dados da pesquisa

São todas brasileiras, procedentes de diferentes Estados, sendo: 68% de São Paulo, 20% de Minas Gerais, 4% do Rio Grande do Sul, 4% do Maranhão e 4% do Rio de Janeiro, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela II.

Tabela II – Procedência das Mulheres Cuidadoras

| Procedência  | Qde.      | Porcentagem |
|--------------|-----------|-------------|
| SP           | 17        | 68%         |
| MG           | 5         | 20%         |
| RS           | 1         | 4%          |
| MA           | 1         | 4%          |
| RJ           | 1         | 4%          |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

O estado civil que prevaleceu entre as mulheres cuidadoras foi o de mulher casada, envolvendo 40% delas, seguidas de 28% de solteiras, 20% de viúvas e 12% de divorciadas.

Tabela III – Estado Civil das Mulheres Cuidadoras

| Estado Civil | Qde.      | Porcentagem |
|--------------|-----------|-------------|
| Solteira     | 7         | 28%         |
| Casada       | 10        | 40%         |
| Viúva        | 5         | 20%         |
| Divorciada   | 3         | 12%         |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

Do total de 25 (vinte e cinco) mulheres, 80% possuem filhos e 20% não possuem filhos, conforme pode ser visualizado na Tabela IV.

Tabela IV – Filhos

| Filhos       | Qde.      | Porcentagem |
|--------------|-----------|-------------|
| Sim          | 20        | 80%         |
| Não          | 5         | 20%         |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

A média do número de filhos entre as mulheres cuidadoras é de três (03) filhos. O percentual de mulheres que atinge tal média equivale a 40%.

Tabela V – Número de Filhos das Mulheres Cuidadoras

| Número de Filhos | Qde.      | Porcentagem |
|------------------|-----------|-------------|
| 1                | 2         | 10%         |
| 2                | 4         | 20%         |
| 3                | 8         | 40%         |
| 4                | 2         | 10%         |
| 5                | 4         | 20%         |
| <b>Total</b>     | <b>20</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

A religião que prevaleceu foi a religião católica, abrangendo 84% das pesquisadas.

Tabela VI – Religião das Mulheres Cuidadoras

| Religião     | Qde.      | Porcentagem |
|--------------|-----------|-------------|
| Católica     | 21        | 84%         |
| Evangélica   | 3         | 12%         |
| Espírita     | 1         | 4%          |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

A escolaridade prevalente foi o ensino médio incompleto com 28%, mas um número expressivo também apareceu no ensino superior completo, com 24% das pesquisadas. Em seguida, tem-se o ensino superior incompleto e o ensino primário completo, ambos com 16%. Em menor percentual constatou-se o ensino médio completo e o ensino primário incompleto, com 8% cada um.

Tabela VII – Escolaridade das Mulheres Cuidadoras

| <b>Escolaridade</b>        | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|----------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Superior Completo</b>   | <b>6</b>    | <b>24%</b>         |
| <b>Superior Incompleto</b> | <b>4</b>    | <b>16%</b>         |
| <b>Médio Completo</b>      | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Médio Incompleto</b>    | <b>7</b>    | <b>28%</b>         |
| <b>Primário Completo</b>   | <b>4</b>    | <b>16%</b>         |
| <b>Primário Incompleto</b> | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Total</b>               | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

O grau de parentesco que prevaleceu entre as mulheres cuidadoras foi o de mãe, abrangendo 36% delas, seguindo-se a condição de irmã com 20%. Com menor representação pudemos verificar ainda o grau de parentesco como companheira, tia, filha e esposa atingindo 8%, respectivamente e, por último, a condição de avó, amiga e madrinha com 4% cada.

Tabela VIII – Grau de Parentesco das Mulheres Cuidadoras

| <b>Grau de Parentesco</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|---------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Irmã</b>               | <b>5</b>    | <b>20%</b>         |
| <b>Mãe</b>                | <b>9</b>    | <b>36%</b>         |
| <b>Avó</b>                | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>Companheira</b>        | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Tia</b>                | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Filha</b>              | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Amiga</b>              | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>Esposa</b>             | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Madrinha</b>           | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>Total</b>              | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Quando indagadas há quanto tempo cuidam do indivíduo portador de doença mental, prevaleceu o tempo de 1 a 5 anos, com incidência de 28%. Por ordem decrescente, seguem-se:

– menos de 1 ano, de 5 a 10 anos, de 15 a 20 anos e de 20 a 25 anos, com percentual de 16% cada um e, finalizando, de 10 a 15 anos, com percentual de 8%. Não foram assinalados os tempos referidos dos intervalos de 25 a 30 anos e de mais de 30 anos.

Tabela IX – Tempo de Cuidado com Portador de Transtorno Mental

| Há Quanto Tempo Cuida (Nº de Anos) | Qde.      | Porcentagem |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| menos de 1 ano                     | 4         | 16%         |
| 1 a 5                              | 7         | 28%         |
| 5 a 10                             | 4         | 16%         |
| 10 a 15                            | 2         | 8%          |
| 15 a 20                            | 4         | 16%         |
| 20 a 25                            | 4         | 16%         |
| <b>Total</b>                       | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo do dia (24 horas) que é despendido para a atividade de cuidar, obtivemos os seguintes resultados: 32% assinalaram de 1 a 5 horas, 28% de 5 a 10 horas, 24% mais que 15 horas, 12% de 10 a 15 horas e 4% de 1 hora.

Tabela X – Número de Horas que as Mulheres Cuidadoras Usam na Função de Cuidar

| Quanto Tempo do Dia (24 h) Cuida | Qde.      | Porcentagem |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| 1 hora                           | 1         | 4%          |
| 1 a 5                            | 8         | 32%         |
| 5 a 10                           | 7         | 28%         |
| 10 a 15                          | 3         | 12%         |
| mais de 15                       | 6         | 24%         |
| <b>Total</b>                     | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

A grande maioria das mulheres cuidadoras, o que equivale a 92% do total das entrevistadas, realizam atividades domésticas, mesmo que algumas delas mantenham empregadas domésticas em casa.

Tabela XI – Realização de Atividades Domésticas, pelas Mulheres Cuidadoras

| Atividades Domésticas | Qde.      | Porcentagem |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Sim                   | 23        | 92%         |
| Não                   | 2         | 8%          |
| <b>Total</b>          | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

Para o total de mulheres cuidadoras que realizam atividades domésticas, elas relatam que cuidam de “praticamente” tudo que precisa ser feito em casa. Assim, baseando-nos no relato dessas mulheres apontaremos o que elas consideram atividades domésticas, discriminando-se, segundo a ordem decrescente, as atividades que mais foram apontadas:

- Limpeza geral da casa (tirar pó dos móveis, limpar os cômodos, lavar e enxugar louças em geral). Uma das mulheres relata que faz a manutenção da limpeza de casa somente nos finais de semana, já que a atividade é, rotineiramente, realizada por sua empregada doméstica.
- Fazer compras para casa (ir ao supermercado, quitanda e açougue).
- Cozinhar (duas mulheres relatam que cozinham apenas nos finais de semana, sendo que apontam como algo “informal”, pois cozinham doces, bolos etc.).
- Lavar e passar roupas.
- Realizar serviços bancários e pagar contas em diversos lugares.
- Cuidam das plantas, canteiros e da limpeza do quintal.
- Cuidar de animais domésticos como gato, cachorro e galinha.
- Cuidar das crianças.
- Comprar roupas para todos membros da família e arrumar os guarda-roupas de todos.
- Supervisionar o trabalho doméstico realizado pela empregada doméstica, bem como, ensinar e orientar a mesma para desenvolver o serviço doméstico da maneira como desejam.
- Costurar roupas.

56% das mulheres cuidadoras não trabalha fora de casa, enquanto que 44% delas possuem emprego formal.

Tabela XII – Trabalho Formal das Mulheres Cuidadoras

| <b>Trabalha Fora de Casa</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Sim</b>                   | <b>11</b>   | <b>44%</b>         |
| <b>Não</b>                   | <b>14</b>   | <b>56%</b>         |
| <b>Total</b>                 | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à jornada de trabalho, 27% das mulheres que trabalham fora de casa desenvolvem uma jornada diária de 4 horas; 55% desenvolvem jornada de 8 horas, enquanto que 9% desenvolvem jornada de 9 horas e outras 9% desenvolvem jornada de 11 horas. A jornada diária média é de 7 horas e 16 minutos. Cabe observar que a média indicada na tabela seguinte refere-se ao cálculo centesimal (7,27), resultando em 7 horas e 16 minutos.

Tabela XIII – Horas das Jornadas de Trabalho

| <b>Horas de Trabalho Fora de Casa (h)</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|---|-------------|--------------------|
| 4   | 3           | 27%                |
| 8   | 6           | 55%                |
| 9   | 1           | 9%                 |
| 11  | 1           | 9%                 |
| <b>Total Horas</b>                        | <b>80</b>   | <b>100%</b>        |
| <b>Quantidade de Mulheres</b>             | <b>11</b>   |                    |
| <b>Média</b>                              | <b>7,27</b> |                    |

Fonte: Dados da pesquisa

As profissões foram diversificadas, tais como: uma Hoteleira, uma Administradora, uma Técnica de Segurança do Trabalho, uma Técnica da Receita Federal, duas Agentes de Organização Escolar, uma Balconista, duas Domésticas, uma Operadora de Caixa e uma Engenheira. Vale ressaltar que, independente da profissão, todas apresentam dor crônica.

Tabela XIV – Profissões das Mulheres Cuidadoras

| <b>Profissão</b>                        | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|---|-------------|--------------------|
| <b>Administradora</b>                   | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Agente de Organização Escolar</b>    | <b>2</b>    | <b>18%</b>         |
| <b>Balconista</b>                       | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Doméstica</b>                        | <b>2</b>    | <b>18%</b>         |
| <b>Engenheira</b>                       | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Hoteleira</b>                        | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Operadora de Caixa</b>               | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Técnica da Receita Federal</b>       | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Técnica de Segurança do Trabalho</b> | <b>1</b>    | <b>9%</b>          |
| <b>Total</b>                            | <b>11</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

As respostas obtidas na questão em que se indaga se as mulheres realizam outras atividades (além das atividades domésticas e de trabalho rotineiro) foram tabuladas em uma tabela que contempla todas as atividades apontadas no questionário, apresentando o total de atividades realizadas por cada mulher no período de uma semana. As demais tabelas complementares do quesito demonstram a frequência das atividades, a quantidade de mulheres que as realizam e os respectivos resultados expressos em porcentagem. Sendo assim, seguem as tabelas:

Tabela XV – Frequência Semanal de Atividades Diversas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras

| Frequência Semanal de Atividades Diversas |                                    |                   |                       |        |  |    | Total de Atividades Semanais |
|---|------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------|--|----|------------------------------|
| Amostras                                  | a                                  | b                 | c                     | d      | e  | f  |                              |
|   | Cinema, Passeios, Visitas, Sociais | Físicas, Esportes | Atividades Religiosas | Cursos | Leituras, Artesanais, Psssatempo, Música | TV |                              |
| 1   | 4                                  | 4                 | 1                     | -      | 5  | 5  | 19                           |
| 2   | -                                  | 4                 | 1                     | -      | 3  | 5  | 13                           |
| 3   | -                                  | 2                 | 1                     | -      | 7  | 7  | 17                           |
| 4   | -                                  | -                 | 1                     | -      | 5  | 7  | 13                           |
| 5   | -                                  | 3                 | 5                     | 2      | 7  | 6  | 23                           |
| 6   | -                                  | 1                 | 2                     | -      | -  | 2  | 5                            |
| 7   | 1                                  | -                 | 7                     | -      | 7  | 7  | 22                           |
| 8   | -                                  | -                 | -                     | -      | 5  | 3  | 8                            |
| 9   | 1                                  | -                 | 1                     | -      | 1  | 7  | 10                           |
| 10  | 4                                  | -                 | 6                     | -      | 5  | 7  | 22                           |
| 11  | 1                                  | 4                 | 1                     | -      | 3  | 7  | 16                           |
| 12  | -                                  | -                 | 2                     | -      | 7  | 7  | 16                           |
| 13  | -                                  | 7                 | 7                     | -      | 7  | -  | 21                           |
| 14  | 1                                  | 1                 | 4                     | -      | 2  | 1  | 9                            |
| 15  | 1                                  | -                 | 1                     | -      | 3  | 7  | 12                           |
| 16  | -                                  | -                 | -                     | -      | 7  | 1  | 8                            |
| 17  | -                                  | -                 | 1                     | -      | 7  | 7  | 15                           |
| 18  | -                                  | -                 | 2                     | -      | -  | 6  | 8                            |
| 19  | -                                  | -                 | -                     | -      | -  | 7  | 7                            |
| 20  | -                                  | -                 | 1                     | 2      | 7  | 3  | 13                           |
| 21  | 5                                  | 1                 | 1                     | -      | 4  | 7  | 18                           |
| 22  | -                                  | 7                 | 1                     | -      | -  | 7  | 15                           |
| 23  | -                                  | -                 | -                     | -      | 2  | 7  | 9                            |
| 24  | -                                  | 4                 | -                     | -      | 7  | 1  | 12                           |
| 25  | -                                  | -                 | 1                     | -      | 5  | 7  | 13                           |

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação às atividades externas, como: cinema, passeios em geral, visitas a diversos lugares e atividades sociais, verificou-se que 68% das mulheres não realizam qualquer tipo dessas atividades, 20% realizam-nas 1 (uma) vez por semana, 8% realizam-nas 4 (quatro) vezes por semana e 4% realizam-nas 5 (cinco) vezes por semana:

Tabela XVI – Atividades de Lazer Externas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Cinema, Passeios, Visitas, Ativid. Sociais</b> |             |                    |
|---|-------------|--------------------|
| <b>Freqüência</b>                                 | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| <b>0</b>  | <b>17</b>   | <b>68%</b>         |
| <b>1</b>  | <b>5</b>    | <b>20%</b>         |
| <b>4</b>  | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>5</b>  | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>Total</b>                                      | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Na questão que aborda a realização de atividades físicas e/ou esportes, obtivemos resultados, como: 56% das mulheres não praticam nenhum tipo de atividade física e/ou de esportes, 12% praticam essas atividades 1 (uma) vez por semana, 4% praticam-nas 2 (duas) e 3 (três) vezes por semana, 16% praticam-nas 4 (quatro) vezes na semana e 8% praticam-nas 7 (sete) vezes por semana. Gostaríamos de ressaltar que algumas mulheres consideram o ato de andar de bicicleta como uma prática de atividade física, mesmo quando se trata de seu meio de transporte.

Tabela XVII – Atividades Físicas e/ou Esportivas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Atividades Físicas, Esportes</b> |             |                    |
|-------------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Freqüência</b>                   | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| <b>0</b>                            | <b>14</b>   | <b>56%</b>         |
| <b>1</b>                            | <b>3</b>    | <b>12%</b>         |
| <b>2</b>                            | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>3</b>                            | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>4</b>                            | <b>4</b>    | <b>16%</b>         |
| <b>7</b>                            | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>Total</b>                        | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às atividades religiosas, 20% não praticam qualquer tipo de atividades religiosas, 48% praticam-nas 1 (uma) vez na semana, 12% praticam-nas 2 (duas) vezes por semana, 4% praticam-nas 4 (quatro) vezes, 5 (cinco) vezes e 6 (seis) vezes por semana, respectivamente e 8% praticam-nas 7 (sete) vezes por semana. Foram consideradas como atividades religio-

sas o ato de ir à instituição de sua religião, participar de grupos de oração e realizar práticas em seu domicílio.

Tabela XVIII – Atividades Religiosas Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Atividades Religiosas</b> |             |                    |
|------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Freqüência</b>            | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| 0                            | 5           | 20%                |
| 1                            | 12          | 48%                |
| 2                            | 3           | 12%                |
| 4                            | 1           | 4%                 |
| 5                            | 1           | 4%                 |
| 6                            | 1           | 4%                 |
| 7                            | 2           | 8%                 |
| <b>Total</b>                 | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a estar fazendo um curso, seja ele de qualquer natureza, como: profissionalizante, artesanal, de lazer etc, obtivemos o resultado de que 92% das mulheres cuidadoras não realizam qualquer tipo de curso e apenas 8% realizam cursos 2 (duas) vezes por semana.

Tabela XIX – Cursos Diversos Realizados pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Cursos</b>     |             |                    |
|-------------------|-------------|--------------------|
| <b>Freqüência</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| 0                 | 23          | 92%                |
| 2                 | 2           | 8%                 |
| <b>Total</b>      | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às atividades que envolvem leituras, realização de atividades artesanais, jogos diversos de passatempos e ouvir música, percebemos que envolvem as atividades que mais são realizadas pelas mulheres. 4% delas realizam-nas 1 (uma) vez por semana, 8% realizam-nas 2 (duas) vezes por semana, 12% realizam-nas 3 (três) vezes por semana, 4% realizam-nas 4 (quatro) vezes, 20% realizam-nas 5 (cinco) vezes por semana e, finalmente, 36% realizam essas atividades todos os dias da semana. Verificou-se que 16% das mulheres não realizam qualquer dessas atividades.

Tabela XX – Atividades de Lazer Realizadas Dentro de Casa, pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Leituras, Ativ. Artesanais, Passatempos, Música</b> |             |                    |
|--|-------------|--------------------|
| <b>Frequência</b>                                      | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| <b>0</b>   | <b>4</b>    | <b>16%</b>         |
| <b>1</b>   | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>2</b>   | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>3</b>   | <b>3</b>    | <b>12%</b>         |
| <b>4</b>   | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>5</b>   | <b>5</b>    | <b>20%</b>         |
| <b>7</b>   | <b>9</b>    | <b>36%</b>         |
| <b>Total</b>   | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

No item que envolve a atividade de assistir televisão, somente 1 (uma) mulher, o que equivale a 4% do total, não assiste televisão, sendo que 12% delas assistem 1 (uma) vez por semana, 4% assiste 2 (duas) vezes por semana, 8% assiste televisão com a frequência de 3 (três), 5 (cinco) e 6 (seis) vezes por semana, respectivamente. Verificou-se que 56% das mulheres assistem programas de televisão todos os dias.

Tabela XXI – Atividade de Assistir TV Realizadas pelas Mulheres Cuidadoras

| <b>Assistir Televisão</b> |             |                    |
|---------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Frequência</b>         | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
| <b>0</b>                  | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>1</b>                  | <b>3</b>    | <b>12%</b>         |
| <b>2</b>                  | <b>1</b>    | <b>4%</b>          |
| <b>3</b>                  | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>5</b>                  | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>6</b>                  | <b>2</b>    | <b>8%</b>          |
| <b>7</b>                  | <b>14</b>   | <b>56%</b>         |
| <b>Total</b>              | <b>25</b>   | <b>100%</b>        |

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os percentuais acima indicados, conclui-se que 24 (vinte e quatro) mulheres cuidadoras assistem televisão, pelo menos, uma vez por semana. Concluiu-se também que a média diária de tempo gasto para assistir os programas de televisão foi de 2 horas e 30 minutos, conforme a tabela a seguir:

Tabela XXII – Média Diária de Tempo para Assistir TV

| <b>Horas Diárias de TV</b> |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| <b>f<br/>TV</b>            | <b>Qde.<br/>Horas</b> |
| 1                          | 4,0                   |
| 2                          | 2,0                   |
| 3                          | 2,0                   |
| 4                          | 1,5                   |
| 5                          | 3,0                   |
| 6                          | 2,0                   |
| 7                          | 2,0                   |
| 8                          | 1,5                   |
| 9                          | 2,0                   |
| 10                         | 2,0                   |
| 11                         | 2,0                   |
| 12                         | 4,0                   |
| 13                         | 0,0                   |
| 14                         | 2,0                   |
| 15                         | 2,0                   |
| 16                         | 1,0                   |
| 17                         | 3,0                   |
| 18                         | 1,0                   |
| 19                         | 4,0                   |
| 20                         | 2,0                   |
| 21                         | 3,0                   |
| 22                         | 1,0                   |
| 23                         | 5,0                   |
| 24                         | 5,0                   |
| 25                         | 4,0                   |
| <b>total</b>               | <b>61</b>             |
| <b>Média (h)</b>           | <b>2,5</b>            |

Fonte: Dados da pesquisa

A constelação familiar da mulher cuidadora, em sua maioria, é constituída pelos filhos, netos, esposo e a pessoa portadora de doença mental. Porém, alguns indivíduos portadores de doença mental moram em casas separadas, mas próximas de sua cuidadora.

Tabela XXIII – Constelação Familiar das Mulheres Cuidadoras

| Constelação Familiar |          |          |           |           |           |           |          |          |          |          |
|----------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| Amostras             | Pai      | Mãe      | Irmãos    | Marido    | Filhos    | Netos     | Sobrinha | Nora     | Amiga    | Afilhada |
| 1                    | -        | 1        | 2         | -         | -         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 2                    | -        | -        | -         | 1         | 2         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 3                    | -        | -        | -         | -         | 2         | 3         | -        | -        | -        | -        |
| 4                    | -        | -        | -         | -         | 1         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 5                    | -        | -        | -         | 1         | 3         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 6                    | -        | -        | -         | 1         | -         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 7                    | -        | -        | -         | -         | 2         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 8                    | -        | -        | -         | -         | 1         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 9                    | -        | -        | -         | -         | 3         | 3         | -        | -        | -        | -        |
| 10                   | -        | -        | -         | 1         | 2         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 11                   | -        | -        | -         | 1         | -         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 12                   | -        | -        | -         | 1         | 1         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 13                   | -        | -        | -         | -         | 3         | 3         | 1        | -        | -        | -        |
| 14                   | -        | 1        | 2         | -         | -         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 15                   | 1        | 1        | 2         | -         | -         | -         | -        | -        | 1        | -        |
| 16                   | -        | -        | 1         | 1         | 2         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 17                   | -        | -        | -         | 1         | 2         | 1         | -        | 1        | -        | -        |
| 18                   | -        | -        | -         | 1         | 1         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 19                   | -        | -        | 1         | 1         | -         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 20                   | -        | -        | -         | 1         | 1         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 21                   | -        | -        | -         | -         | 1         | -         | -        | -        | 2        | -        |
| 22                   | -        | -        | -         | 1         | 3         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 23                   | -        | -        | -         | 1         | 3         | -         | -        | -        | -        | -        |
| 24                   | -        | -        | -         | -         | 3         | 2         | -        | -        | -        | 1        |
| 25                   | -        | -        | 2         | -         | -         | 2         | -        | 1        | -        | -        |
| <b>Total</b>         | <b>1</b> | <b>3</b> | <b>10</b> | <b>13</b> | <b>36</b> | <b>14</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>1</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

76% das mulheres cuidadoras não cuidam de outras pessoas além do indivíduo portador de doença mental.

Tabela XXIV – Mulheres que Cuidam de Outros Indivíduos além do Portador de Transtorno Mental

| É Cuidadora de Mais Alguém? | Qde.      | Porcentagem |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| <b>Sim</b>                  | <b>6</b>  | <b>24%</b>  |
| <b>Não</b>                  | <b>19</b> | <b>76%</b>  |
| <b>Total</b>                | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

Apresentam dor crônica 84% das mulheres entrevistadas, conforme tabela abaixo.

Tabela XXV – Presença de Dor Crônica nas Mulheres Cuidadoras

| Sente Dor Crônica? | Qde.      | Porcentagem |
|--------------------|-----------|-------------|
| <b>Sim</b>         | <b>21</b> | <b>84%</b>  |
| <b>Não</b>         | <b>4</b>  | <b>16%</b>  |
| <b>Total</b>       | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao local e a frequência da dor crônica, obtivemos os resultados apresentados na tabela seguinte.

Tabela XXVI – Local e Frequência da Presença da Dor Crônica nas Mulheres Cuidadoras

| Frequência da Dor Crônica |      |                                    |                   |        |        |
|---------------------------|------|------------------------------------|-------------------|--------|--------|
| Locais                    | Qde. | Quantas Vezes Sente a Dor Crônica? |                   |        |        |
|                           |      | Diária                             | Semanal           | Mensal | Outros |
| Nuca                      | 4    | -                                  | 2 - 5             | 4 - 2  | -      |
| Ombros                    | 7    | 5                                  | 2 - 3             | -      | -      |
| Bracos                    | 7    | 3                                  | 2 - 3             | 10 - 2 | -      |
| Costas - Região Torácica  | 7    | 2                                  | 3 - 1 - 1 - 2     | 2      | -      |
| Costas - Região Lombar    | 11   | 2                                  | 3 - 2 - 2 - 2 - 2 | 3 - 2  | -      |
| Mão                       | 7    | 4                                  | 2                 | 4 - 1  | -      |
| Nádegas                   | 1    | 1                                  | -                 | -      | -      |
| Joelhos                   | 8    | 5                                  | 1 - 4 - 2         | -      | -      |
| Abdômem                   | 2    | 1                                  | -                 | 1      | -      |
| Pernas                    | 5    | 4                                  | 2                 | -      | -      |
| Pés                       | 7    | 5                                  | 2                 | 1      | -      |
| Outras Regiões            |      |                                    |                   |        |        |
| Cabeça                    | 6    | 1                                  | 4 - 3 - 2         | 2 - 3  | -      |
| Peito                     | 4    | 1                                  | 5 - 1             | -      | 1      |
| Múculo Trapézio           | 1    | 1                                  | -                 | -      | -      |
| Região Parietal da Cabeça | 1    | 1                                  | -                 | -      | -      |
| Seios                     | 1    | -                                  | 5                 | -      | -      |
| Dentes                    | 1    | -                                  | -                 | 1      | -      |
| Olho Esquerdo             | 1    | -                                  | 4                 | -      | -      |

**Interpretação da Tabela:**

**Exemplo: 4 pesquisandas sentem dor crônica na nuca**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Dor Crônica na Nuca | - Uma delas sente dor 2 vezes por semana |
|                     | - Uma delas sente dor 5 vezes por semana |
|                     | - Uma delas sente dor 4 vezes por mês    |
|                     | - Uma delas sente dor 2 vezes por mês    |

Fonte: Dados da pesquisa

No item que envolve o questionamento quanto a eventuais problemas para dormir, verificamos que 56% das mulheres cuidadoras responderam que não apresentam dificuldades para dormir, enquanto que 44% responderam positivamente ao quesito.

Tabela XXVII – Problemas Para Dormir para as Mulheres Cuidadoras

| Problemas Para Dormir | Qde. | Porcentagem |
|-----------------------|------|-------------|
| Sim                   | 11   | 44%         |
| Não                   | 14   | 56%         |
| Total                 | 25   | 100%        |

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao quesito que envolve a questão da incidência de outros tipos de problemas de saúde verificamos que 52% das mulheres não apresentam qualquer outro tipo de problemas de saúde.

Tabela XXVIII – Presença de Outro Problema de Saúde para as Mulheres Cuidadoras

| <b>Outro Problema de Saúde</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|--------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Sim</b>                     | <b>12</b>   | <b>48%</b>         |
| <b>Não</b>                     | <b>13</b>   | <b>52%</b>         |
| <b>Total</b>                   | <b>25</b>   | <b>100</b>         |

Fonte: Dados da pesquisa

Para essas mulheres os outros tipos de problemas de saúde estão ligados a:

- Aumento da pressão arterial.
- Alteração da tiróide.
- Diabetes.
- Dor de estômago.
- Pedra na vesícula e nos rins.
- Aumento do triglicérides.
- Constipação intestinal.
- Menopausa.

Apurou-se que 52% das mulheres cuidadoras responderam que as condições de saúde (dor crônica) não atrapalham o seu dia-a-dia e 48% responderam que atrapalham.

Tabela XXIX – As Condições de Saúde Atrapalham o Dia-a-Dia das Mulheres Cuidadoras

| <b>Se as Condições de Saúde Atrapalham o Dia-a-Dia</b> | <b>Qde.</b> | <b>Porcentagem</b> |
|--|-------------|--------------------|
| <b>Sim</b>   | <b>12</b>   | <b>48%</b>         |
| <b>Não</b>   | <b>13</b>   | <b>52%</b>         |
| <b>Total</b>   | <b>25</b>   | <b>100</b>         |

Fonte: Dados da pesquisa

Cabe apontar que se tem a diferença de apenas uma pesquisada que refere que suas condições de saúde (dor crônica) não atrapalham seu dia-a-dia. As 12 (doze) mulheres que relatam que seu dia-a-dia torna-se comprometido pela dor crônica fazem apontamentos que consideramos importantes e que serão analisados nas discussões.

Quando perguntadas se recebem algum tipo de assistência por parte do(s) profissional(ais) de saúde que trata(m) o portador de doença mental, 76% das mulheres responderam que sim, enquanto que apenas 24% disseram que não.

Tabela XXX – Mulheres Cuidadoras que Recebem Assistência dos Profissionais de Saúde

| Recebe Assistência dos Profissionais | Qde.      | Porcentagem |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Sim                                  | 19        | 76%         |
| Não                                  | 6         | 24%         |
| <b>Total</b>                         | <b>25</b> | <b>100</b>  |

Fonte: Dados da pesquisa

Dessas 76% de mulheres que relatam que recebem algum tipo de assistência, podemos especificar, de acordo com suas respostas, o que elas consideram que seja assistência. O primeiro e principal tipo de assistência que relatam receber é, por elas, denominado de “orientações e conselhos”.

Orientações são dadas em relação ao modo como elas devem cuidar do indivíduo em tratamento, bem como, orientações que facilitam o relacionamento com a pessoa portadora de doença mental: o que fazer, como fazer e em que momento fazer; orientações a respeito da forma de administração dos medicamentos: quais medicamentos, horários, quantidade e a indicação de cada um; a realização de visitas domiciliares pelo profissional do serviço social ou de outros, quando necessário em razão de uma indicação específica; esclarecimentos quanto à doença do indivíduo em tratamento: *“esclarecimentos que permitem que os problemas do fi-*

*lho seja visto com outro olhar. Isto aliviou o meu sofrimento e consegui ter outro olhar para tudo”* (E. nº 4).

Outro tipo de assistência relatada consiste no fato de que o próprio tratamento do indivíduo pode ser considerado como um cuidado com quem cuida: *”o próprio cuidado com o paciente já é sentido como um cuidado comigo mesma. A atenção e cuidados gerais despendidos pelos profissionais”* (E. nº 6).

A atenção, que pode ser configurada num simples “bom dia”, sendo considerada uma assistência: *“pois no mundo de hoje nem isto acontece mais”* (E. nº 10). Relatam ainda que: *“sentimos que os profissionais sabem do problema e também se preocupam com os familiares e responsáveis. Isto nos ajuda muito. Sinto mais segura com meu companheiro em tratamento, sinto que estou mais aliviada”* (E. nº 11). A aplicação do próprio questionário também foi considerada e relatada como um cuidado, pois ensejou a possibilidade de manifestarem opiniões a respeito da atividade do cuidar e também expressarem o seu modo de se sentirem diante dessa atividade.

Gostaríamos de salientar que, embora tenhamos os dados referentes aos diagnósticos médico-psiquiátricos dos indivíduos portadores de doença mental, percebemos que estes não determinam uma variável relevante no que diz respeito à repercussão da atividade do cuidar, tanto para as mulheres cuidadoras, como para nós, terapeutas ocupacionais.

Como descrevemos anteriormente, o cuidar, o cuidado, consiste em uma atividade inerente ao homem e, predominantemente, atinente ao sexo feminino. Portanto, cuidar faz parte do universo da mulher. Neste caso, como falamos do cuidado em relação a uma pessoa que

porta uma doença mental, nem sempre o cuidar é uma escolha própria, mas sim, uma necessidade.

Por consequência de todos os aspectos discutidos neste estudo deixamos, de forma proposital, por último, a dissertação sobre como as mulheres cuidadoras compreendem a atividade de cuidar (como faz, o que faz). Esta foi uma pergunta aberta do questionário, a qual, por sua vez, causou um grande impacto quando as mulheres foram solicitadas a descrever a atividade de cuidar. Todas disseram que nunca tinham tido a oportunidade de refletir sobre isto e de, até mesmo, fazer uma avaliação de como têm desenvolvido esta atividade e como ela está inserida em seu cotidiano.

Como já descrevemos nos critérios de inclusão, todas as mulheres entrevistadas são cuidadoras principais de uma pessoa portadora de doença mental. Conseqüentemente, realizam a atividade de cuidar.

Observamos que o cuidar é entendido por essas mulheres como um ato que está diretamente ligado a alguém. Este alguém, por sua vez, pode ser da sua família ou uma pessoa com quem ela estabelece um vínculo de amizade e consideração.

Desta forma, sintetizaremos, sob a forma de itens distintos, o que as mulheres cuidadoras referem ser a atividade de cuidar – o que faz, como faz. Esses itens obedecem a uma ordem decrescente de importância em relação aos apontamentos relatados. São eles:

– Estimular as atividades diárias: estimular a levantar-se da cama, preparar a alimentação, auxiliar na higiene pessoal e apresentação, ajudar no vestuário (na escolha das roupas) e ensinar a cortar as unhas.

- Dar os medicamentos conforme orientação dada pelos profissionais.
- Dar sugestões, orientações e conversar com a pessoa portadora de doença mental sobre diferentes assuntos: como foi o dia dele, como ele está se sentindo etc (esta foi considerada uma atividade difícil).
- Escutar, estar junto com o indivíduo em tratamento. Atender as solicitações dos pacientes sempre que essas solicitações encontram-se dentro de seu alcance.
- Preocupar-se com o futuro da pessoa com transtorno mental, com sua saúde em geral, com a questão financeira e preocupar-se com ela durante o dia e, principalmente, no momento em que não se encontra junto dela. Referem que a preocupação é a parte que mais exige da cuidadora e é mais desgastante física, mental e emocionalmente.
- Levar e acompanhar no tratamento, nas terapias, dentistas, médicos e profissionais que se fizerem necessários.
- Programar atividades diversas em casa, passeios, atividades sociais, pensar como ele está, o que está fazendo ou o que pode fazer (fora ou dentro de casa).
- Ter paciência, tolerância, saber agradar e dar carinho e amor.
- Auxiliar nas tarefas da escola.
- Ter capacidade de aceitar comentários de outras pessoas, que elogiam ou criticam o comportamento e atitudes do indivíduo portador de transtorno mental sob seus cuidados. Resaltam ainda que lidar com o preconceito está ligado à atividade do cuidar.
- Entender o problema da pessoa que está sendo cuidada, ensiná-la a ser honesta e a trabalhar (quando possível).
- Realizar atividades artesanais com o indivíduo.
- Verificar se ele está feliz e comprar aquilo que ele gosta para agradá-lo.

Sendo assim, podemos perceber que o cuidar está inserido no cotidiano dessas mulheres, mesmo que elas próprias não disponham de uma atitude crítica quanto à atividade de cuidar.

## 5. DISCUSSÃO

No momento em que as mulheres cuidadoras, de ambos os serviços, foram convidadas a participar desta pesquisa, elas demonstraram pronto interesse em responder todas as questões, devendo-se ressaltar que, até mesmo, muitas delas ofertaram observações quanto ao tema e conteúdo do trabalho que ora apresentamos. Cremos que essas observações são de relevância para a discussão dos resultados atingidos.

As mulheres participantes, em sua maioria, ao serem informadas sobre a pesquisa, observaram que o tema da dissertação é de extrema importância para elas, para seus familiares e/ou responsáveis, bem como, para os próprios indivíduos em tratamento. Além disso, demonstraram satisfação em poder contribuir, prestando todas as informações necessárias e, até mesmo, informações complementares, as quais serviram para agregar subsídios ao tema, tendo representado enorme contribuição para o desenvolvimento da pesquisa.

Como informações complementares consideramos o relato dessas mulheres em relação às suas experiências de vida, as quais foram sendo explanadas através de uma espécie de recordação de suas histórias de vida antes da atividade de cuidar, mas que apresentam uma ligação direta em relação ao momento atual, em que se tornaram mulheres cuidadoras de indivíduos portadores de doença mental.

Desta forma, o questionário foi interpretado pelas mulheres cuidadoras também como um instrumento de cuidado, um espaço e um momento propício para falar de si e do outro. Assim, sintetizaremos os relatos de algumas dessas mulheres, baseando-nos em nossas anotações diárias durante o transcorrer do trabalho, podendo-se destacar os seguintes: “o *questioná-*

*rio faz com que a pessoa pense em seu sofrimento e em seu cotidiano. Ajudou a ver os recursos que pode usar para não deixar que o cuidado com o portador de transtorno mental interfira em seu cotidiano” (E. nº 7). Outro relato: “o questionário ajudou a refletir no seu sofrimento e, principalmente, na questão de poder olhar para si, ver e perceber se tem ou não alguma dor” (E. nº 9).*

Algumas mulheres ainda relatam a história do adoecer de seus filhos, filhas, irmãs e outros familiares, correlacionando-a com o momento atual de suas vidas e de seu cotidiano. Relatam experiências sobre o cotidiano que envolve a atividade de cuidar do outro e também de pensar e ter a possibilidade de cuidar de si mesma.

Pudemos avaliar também que, durante o relato das mulheres em relação ao adoecer de seus familiares e de quando elas passam a assumir o papel de cuidadora (que nem sempre é escolhido por elas), experimentam vários sentimentos em relação ao indivíduo que sofre psicologicamente e que apresentam constantes instabilidades emocionais, biológicas e sociais.

Estão presentes nessas mulheres cuidadoras os sentimentos de ambivalência pelo alto grau de complexidade que se estabelece na relação de cuidado com indivíduo que porta um transtorno mental.

Muitas pesquisadas fazem do cuidar uma rotina pré-estabelecida, que leva a poucas escolhas em seu cotidiano. A pesquisa nos demonstra que prover cuidado implica em um importante custo pessoal, emocional, sociocultural e econômico, que compromete a individualidade do cuidador e do indivíduo que requer cuidados e também compromete a (re)organização do cotidiano de ambos.

Ainda devemos mencionar que na perspectiva das mulheres cuidadoras, cuidar dos filhos, dos netos ou de outros familiares (considerados saudáveis), tem um significado diferente do cuidar do portador de doença mental. Quando questionadas se eram cuidadoras de mais alguém além do portador de doença mental, nenhuma mencionou seus próprios filhos ou outras atividades de cuidado.

Deduzimos que esta avaliação é feita em consequência da especificidade implícita ao ato de cuidar de uma pessoa acometida por um intenso sofrimento mental.

Reunindo minha própria experiência extraída da prática da Terapia Ocupacional, tanto nos atendimentos realizados em consultório, como no hospital dia de saúde mental e no convívio com familiares, percebo que estes familiares estão, constantemente, sob tensão quando se trata de desempenhar a função de cuidar. Referem que cuidar do “doente mental” requer habilidades específicas e que, nem sempre, eles sabem como desempenhar essa função.

O que descrevemos até este ponto encontra-se de acordo com as idéias de autores como Melman (2006), Rocha (2006) e Rosa (2003), que relatam a peculiaridade da atividade de cuidar de uma pessoa que apresenta comprometimento psiquiátrico e o quanto esta atividade está ligada ao empenho pessoal de cada cuidador.

Melman (2006) ainda fala da questão do *family burden* – o conceito de sobrecarga familiar – que diz respeito ao quanto os familiares se encontram sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles.

Tomando como referência os autores como Melman (2006), Rosa (2003) e Villares (2000), que relatam a importância da assistência à família, estamos de acordo quanto ao fato de que, quando o grupo familiar e, principalmente, a cuidadora principal é acolhida em seu sofrimento, tem-se uma repercussão positiva na relação com o portador de transtorno mental e quando isto não acontece, ao contrário, há interferências negativas nas interações e, conseqüentemente, na atividade do cuidar.

Comparando os dados obtidos nesta pesquisa com outros da literatura, encontramos aproximações com Rosa (2003) a respeito da idade média das mulheres cuidadoras, a qual, neste estudo, foi de 48 anos; do estado civil, tendo prevalecido o de mulheres casadas e, por último, a relação com o número de filhos. Em sua maioria, encontramos mulheres com 3 (três) filhos em ambos os trabalhos de pesquisa.

Com Mendes (1995) e Silva (1995) encontramos aproximação quanto ao grau de parentesco, tendo prevalecido a condição de mãe entre as mulheres cuidadoras, seguida da condição de irmã. Esta constatação demonstra similaridade com os estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa em Epidemiologia do Cuidador da Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP (apud MAXIMINO, 2005), os quais demonstram que as mulheres cuidadoras, em sua maioria, são aquelas que, normalmente, apresentam algum grau de parentesco e vínculos afetivos com a pessoa que necessita de cuidados.

Discutindo os dados obtidos na aplicação de nosso instrumento de pesquisa quanto ao item religião (84% das mulheres cuidadoras informaram ser católicas), vale ressaltar que a nossa pesquisa foi realizada em dois municípios: Aparecida e Guaratinguetá, ambos no Estado de São Paulo. No primeiro – Município de Aparecida, SP – encontra-se o maior santuário na-

cional da Igreja Católica. O segundo – Município de Guaratinguetá – encontra-se apenas a seis quilômetros de distância de Aparecida. Pode-se deduzir que a pequena distância entre os dois locais faz surgir uma forte correlação quanto ao aspecto da religiosidade, prevalecendo a religião católica por influência da própria situação específica da região.

Sugerimos ainda que a questão da procedência também possa ser uma determinante na questão religiosa, pois as mulheres cuidadoras vêm, em sua maioria, do Estado de São Paulo e de Minas Gerais, onde há acentuada predominância da religião católica sobre as demais.

Porém, não encontramos dados nas referências pesquisadas no que se diz respeito à religião para que pudéssemos inferir algum tipo de comparação. Os dados encontrados dizem respeito à questão cultural. Entretanto, não se referem especificamente à questão da religiosidade.

Em relação ao tempo (número de anos) que a família ou a mulher cuidadora cuida do indivíduo portador de transtorno mental, assemelha-se com o tempo do processo de desinstitucionalização desses indivíduos em consequência da reforma psiquiátrica no Brasil. A média do número de anos encontrada no estudo equivale ao intervalo entre 10 e 15 anos. Muitos pesquisadores como: Melman (2006), Rocha (2006), Rosa (2003), Pitta (2001) e Villares (2000), consideram recente o tempo em que esses indivíduos passaram a estar em seu meio familiar.

A nossa pesquisa não contém dados ou elementos destinados, especificamente, à verificação ou apuração da intensidade da dor crônica, pois entendemos que a intensidade, por si só, não constitui um fator de caráter relevante ou preponderante, sendo que nos interessa aquilo que possa acarretar repercussões importantes na organização do cotidiano das mulheres

cuidadoras. Por outro lado, a região do corpo e a frequência com que essas mulheres cuidadoras apresentam dor é de relevância para nossa investigação, pois estas regiões podem ou não estar diretamente associados à atividade de cuidar.

Ressaltamos que o local de maior incidência de dor crônica informado foi na região lombar. Em ordem decrescente foi referido o surgimento de dores nas seguintes regiões: no joelho, no ombro, no braço, na região torácica, na mão, nos pés e na cabeça. A maior frequência informada de ocorrência de dores foi a diária, seguida de dores semanais e mensais. Podemos levantar a hipótese que há uma sobrecarga física no dia-a-dia destas mulheres devido ao excesso de trabalho e responsabilidades. No entanto, como estes dados têm similaridade com dados encontrados para o conjunto das mulheres (TEIXEIRA et al., 2001; FIGUEIRÓ, 2000), não podemos afirmar que exista relação direta entre estes dois aspectos.

Em sua maioria as mulheres negaram que as condições de saúde (dor crônica) atrapalham seu dia-a-dia e negaram que apresentam problemas para dormir. Porém, no cruzamento dessas questões com a incidência ou não de dor crônica, podemos observar que grande percentual das mulheres apresenta dores crônicas. Considerando que, geralmente, as dores crônicas interferem nestes dois aspectos, podemos traçar um paralelo com o que Melman (2006) diz: "... os estudos revelam que os familiares apresentam uma certa tendência a minimizar as vivências de sobrecarga".

Por outro lado, mulheres que relatam que seu dia-a-dia torna-se comprometido em função da dor crônica fazem apontamentos que consideramos muito importantes, a respeito dos quais gostaríamos de apresentar algumas considerações.

Ao mencionarem que a dor crônica interfere em seu dia-a-dia elas apontam para dois tipos de atividades que são comprometidas pela dor. São elas: a atividade de cuidar e as outras atividades que são realizadas em seu cotidiano.

Quanto à atividade de cuidar observam que a dor crônica interfere no momento do cuidado com o outro, causando irritação, desânimo, impaciência e, até mesmo, o agravamento do quadro doloroso. Quanto às outras atividades que são realizadas também em seu cotidiano, estas mulheres informam que, muitas vezes, já perderam compromissos importantes e não conseguiram realizar atividades fora de casa, tais como: trabalhar, fazer caminhadas, ir à missa, ir à academia de ginástica, realizar passeios ou desenvolver outras atividades domésticas, significando uma restrição em seu dia-a-dia.

Por outro lado, tem-se um outro grupo de mulheres que referem que, mesmo com quadro doloroso acentuado, conseguem manter preservada a atividade de cuidar. A dor crônica pode interferir em atividades como o trabalho, passeios, atividades sociais, atividades religiosas e domésticas e tantas outras, mas o cuidar, o cuidado que está inserido dentro do cotidiano dessas mulheres, não sofre alterações.

Percebemos aqui como a sobrecarga, associada a um quadro de dor crônica vai gradativamente limitando o espaço de vida e participação. O espaço privado e das obrigações é o último comprometido, não sabemos a que custo. Talvez a própria religiosidade e a influência cultural que determina para a mulher um lugar de cuidadora, doadora, culpabilizando a postura de “pensar em si em primeiro lugar” gere este comportamento, muitas vezes prejudicial para as mulheres.

Gostaríamos de chamar a atenção para a variedade de atividades que foram apontadas por todas as 23 (vinte e três) mulheres que realizam atividades domésticas e que consideraram que estas atividades não estão somente ligadas à limpeza da casa, mas sim, à manutenção da constelação familiar. Para isto, realizar atividades fora de casa como pagar contas, ir ao supermercado, à quitanda e outras, faz parte de uma rotina que está inserida num cotidiano que envolve importantes e diferentes atividades e formas de interações com o mundo.

Constatamos que a maioria das mulheres cuidadoras realiza atividades domésticas e não trabalha fora de casa. Grande número delas dedica mais de 10 horas por dia à atividade de cuidar. Podemos ligar esta associação com Silva (1995), ao mencionar que a relação mantida entre cuidador e quem é cuidado, na maior parte das vezes, é estabelecida no espaço doméstico, negando a existência do mundo externo.

Talvez pela sua própria característica ontológica e também pelas relações de gênero, parece-nos que a mulher assume na sociedade a atividade de cuidar como uma forma inerente a seu cotidiano, ainda que sofra desgastes e alterações físicas, psíquicas, emocionais, sentimentais, socioeconômicas e, principalmente, na própria organização do seu cotidiano.

A interação da mulher com o outro é mediada pela função explícita de cuidar, marcada e determinada historicamente pela divisão sexual e cultural. Baseando-nos em Rosa (2003), a mulher tem algo que lhe é próprio e que faz parte da sua dimensão pessoal e amorosa e de sua capacidade de exercer o amor materno que, em alguns momentos, é incondicional.

Sendo assim, a dor aparece como um sintoma, um sintoma de uma maneira de viver. A sobrecarga, a responsabilidade, o comprometimento emocional e psíquico da cuidadora em relação à pessoa para quem deleita cuidados e que, de alguma maneira, torna-se dependente de ser cuidada, contribui para a falta de espaço pessoal, para expressão, criação e cuidado para consigo mesma.

Procuramos apurar se existe comprometimento das atividades do cotidiano e apurar se as mulheres cuidadoras realizam outras atividades além do cuidado direto ao indivíduo portador de doença mental. O estudo demonstrou que a função de cuidar interfere na organização do cotidiano e interfere diretamente nas escolhas e nas possibilidades de realizar outras atividades além daquela específica de cuidar.

No Brasil foi realizado inquérito populacional, que constatou que mais de 1/3 da população julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de 3/4 considerou que a dor crônica limita as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (TEIXEIRA et al., 2001).

#### Para Melman

Nas relações sociais, motivados pela vergonha, cansaço ou frustração, é comum observar os familiares se distanciarem das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas a casa de amigos próximos e parentes (MELMAN, 2006, p. 80).

Com similaridade com Melman (2006) e Teixeira et al. (2001), em nossa pesquisa foi constatado que as atividades que sobressaem são as que podem ser realizadas em casa, tais como: assistir televisão e outras atividades como leituras, artesanais, passatempos e ouvir música. Em menor escala encontramos as atividades religiosas e atividades físicas ou de esporte,

ressaltando que um número baixo de mulheres pratica atividades físicas ou de esportes segundo a indicação e acompanhamento de educadores físicos.

Cada vez mais os diversos profissionais da área da saúde, a exemplo de variadas especialidades médicas, educadores físicos, nutricionistas e outras, indicam a prática de exercícios físicos, sabendo-se dos benefícios para a saúde física, mental, emocional e, até mesmo, social, pois se tem a possibilidades de ampliar o contato social. Por último e com importante grau de comprometimento em sua realização, tem-se as atividades de cinema, passeios e visitas sociais. A realização de cursos somente foi destacada por duas mulheres.

Portanto, temos dois fatores de restrição na vida destas mulheres: a dor crônica prevalente em 84% das mulheres e o fato de terem que cuidar de um portador de doença mental. As restrições nas atividades de lazer podem, por outro lado, gerar mais dor e outras doenças, comprometendo ainda mais a qualidade de vida.

Autores como Certeau; Giard; Mayol (2005) e Kujawski (1988) dissertam sobre a importância de atividades de lazer e sócio-culturais na organização de um cotidiano saudável e de escolhas. Considerando as idéias desses autores e, por sua vez, constatando que as mulheres cuidadoras apresentam diminuídas as possibilidades de realizarem essas atividades, que são do âmbito social, conseqüentemente, elas passam a sofrer uma ruptura em seu cotidiano.

Essa ruptura acontece quando o indivíduo passa a não ter mais um plano de vida comum com os outros (em seu meio social), restringindo-se somente ao âmbito privado. Ele passa a comprometer, de maneira importante, a construção de seu ser individual e coletivo e,

muitas vezes, torna-se incapaz de projetar sua autonomia. Em conclusão, acabam perdendo sua própria liberdade.

Constatamos que o maior percentual das mulheres cuidadoras considera que recebe algum tipo de assistência dos profissionais de saúde e relata que essa assistência é de extrema importância para a sua saúde mental, bem como, materializa a possibilidade de continuar a exercer a atividade de cuidar. No entanto, esta assistência parece que não tem sido capaz de reverter o movimento de restrição nas atividades do cotidiano e nem de evitar ou amenizar os quadros de dor crônica.

Quando os serviços de saúde enxergam os cuidadores apenas como suporte para o tratamento do paciente designado deixam de considerar que cuidadores são pessoas que se encontram vulneráveis e intensamente sujeitos a agravos em suas condições de saúde. As intervenções da equipe de saúde na população estudada focavam, principalmente, a ação de cuidar e não visavam a pessoa que cuida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo pretendeu verificar e compreender, sob a perspectiva das próprias mulheres cuidadoras de portadores de transtornos mentais, as relações entre dor crônica, função de cuidar e cotidiano.

A pesquisa permitiu evidenciar que a função do cuidar do indivíduo portador de transtorno mental provoca diversos abalos no grupo familiar, sobretudo na cuidadora e este abalo pode ser considerado de ordem biopsicossociocultural, pois gera alterações importantes nas esferas biológicas, físicas, psicológicas, emocionais, sociais e culturais.

O cuidar de quem apresenta um sofrimento psíquico implica em uma atividade de relevante impacto para todos aqueles que estão envolvidos direta ou indiretamente no processo. É impossível isolar este fenômeno que, por si só, é complexo e multifacetado.

Sendo assim, o processamento do estudo permitiu identificar como questões relevantes na atividade de cuidar os seguintes aspectos:

1. A atividade de cuidar sobrecarrega e compromete a saúde biológica, psíquica, emocional e social da mulher cuidadora.
2. A incidência de dor crônica nas mulheres cuidadoras principais é maior do que a incidência de dor crônica nas mulheres em geral.
3. A atividade de cuidar exige da cuidadora um importante investimento em diversas esferas e interfere de maneira direta nas escolhas e nas possibilidades de construção e de (re)organização de seu cotidiano.

Reportamo-nos a Villares (1999), a qual relata que nem todos os familiares possuem condições emocionais, estruturais e/ou econômicas para compreender satisfatoriamente todos os aspectos relevantes à convivência com a doença e tudo que ela implica. Mas, de alguma maneira, eles elaboram esta experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com o portador de transtorno mental, buscando apoio em sua rede de suporte social, em tratamentos ou sistemas de crenças.

Conhecer e ativar a rede social da mulher cuidadora, bem como do portador de doença mental, permite acionar, criar recursos e potencialidades que podem agir como fator estimulador de saúde mental, fornecendo suporte social, afetivo e material.

A equipe interdisciplinar em saúde mental deve, além de fazer parte da rede de suporte, servir como produtora e sustentadora desta rede. Assim estará sendo provedora, no sentido conceituado por Campos (2005). O portador de transtorno e seu familiar e/ou responsável serão receptores deste suporte, assim como, a partir de um trabalho de fortalecimento, consciência e solidariedade, serão também partes desta mesma rede.

Acreditamos que a saúde das mulheres poderá ser mais preservada e o projeto da reabilitação psicossocial apenas poderá ser viabilizado se houver mudanças de mentalidade. Estas mudanças deverão ocorrer em diversos âmbitos, a saber:

a) Em relação às atitudes e comportamentos movidos por estigmas e preconceitos para com o portador de doença mental.

b) Em relação à posição da mulher como cuidadora exclusiva, tanto nas situações de exceção (tais como doenças), como em situações rotineiras.

c) Na postura das próprias mulheres que aceitam passivamente estas funções, complementando as atitudes passivas e dependentes dos portadores de transtornos mentais.

d) Com relação aos serviços de saúde, que também se omitem no trato destas questões.

e) Na formulação de políticas públicas que fortaleçam os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, bem como, de seus familiares.

f) Na estruturação de políticas e diversos serviços especializados na prevenção, assistência e tratamento de todas aquelas pessoas que por algum motivo estejam envolvidas com o portador de sofrimento mental.

E ainda, dentro do contexto da reabilitação psicossocial, devemos pensar na autonomia destes indivíduos acometidos psiquicamente, que constitui o objetivo principal das ações em Terapia Ocupacional. Isto implica em pensar e trabalhar no sentido destas mudanças, onde o enfoque terapêutico assistencial seja dado para estimular a saúde mental, favorecer a descoberta de habilidades, estimular a criatividade e, sobretudo, a inclusão dessas pessoas no meio familiar, de trabalho e, principalmente, no meio social.

O trabalho levantou diversas outras questões que poderão ser abordadas em pesquisa futuras. Por exemplo, pode-se realizar um estudo comparando mulheres cuidadoras principais de indivíduos com transtornos mentais com mulheres cuidadoras principais de indivíduos portadores de deficiência física, pois a função de cuidar, mesmo que seja de uma outra ordem, está presente também no cotidiano de mulheres que são responsáveis por uma pessoa portadora de uma deficiência física.

Há similaridades, pois as limitações, bem como as dificuldades provocadas por uma deficiência física, podem acarretar mudanças diretas no contexto familiar e, principalmente,

no cotidiano da mulher cuidadora, muitas vezes até em mudanças e adaptações do próprio espaço físico em que se encontra o núcleo familiar.

Outro assunto que merece investigação é a questão da dor no mundo feminino. Como a mulher do Século XXI compreende a questão da dor? O grau de tolerância à dor no mundo atual diminuiu? Como a dor interfere no cotidiano feminino de mulheres que apresentam diferentes preocupações e investimentos sociais? Enfim, qual é a representação da dor para a mulher?

Comparar a incidência de dor crônica e organização das atividades cotidianas de mulheres não cuidadoras com as mulheres cuidadoras e, também, com grupos de homens, pode ser bastante interessante e pode nos fornecer parâmetros com relação a nexos causais relativos à sobrecarga de trabalho e intensidade do envolvimento com a tarefa.

Sendo assim, a assistência e a inclusão das mulheres cuidadoras em seu meio social, conseguindo ter um cotidiano de escolhas e, portanto, de autonomia e liberdade, se faz tão importante quanto a inclusão dos indivíduos portadores de doença mental na sociedade como cidadãos.

Por fim, acreditamos que com esta pesquisa demos alguns passos em relação às mudanças propostas nos atendimentos em saúde mental, na medida em que é na articulação entre falar e fazer, criticar e representar, que surge uma cultura que preza uma forma de intervenção digna, completa e coletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, E. C.; WAGNER M. Aspectos Psicológicos da Dor Crônica. **Revista: A Terceira Idade**, v. 10, n. 18, p. 05-17, dezembro, 1999.
- BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, v. 8, n. 8, p. 27-40, 2003.
- BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas. Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional**. 2. ed. São Paulo: Diagrama&Texto, Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.
- BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.
- BOFF, L. **Saber Cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- CAVALCANTE, A. B. et al. A Prevalência da fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, jan./fev., 2006.
- CERTEAU, M de; GIARD, L; MAYOL, P. **A Invenção do Cotidiano: 2. morar, cozinhar**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- DSM-IV-TR tm. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. (Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed, 2002.
- EIMER, B. N. PhD.; FREEMAN, A. **Pain Management Psychotherapy: A Pratical Guide**. Editora John Wiley and Sons, 1998.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Positivo, 2006.
- FIGUEIRÓ, J. A. **A Dor**. São Paulo: Publifolha – Folha Explícita, 2000.
- FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G. **Dor e Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- FRAYSE-PEREIRA, J. **O que é Loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005 (Coleção Primeiros Passos).
- GARROTE, M. S. Aspectos psiquiátricos da síndrome de dor crônica. **Revista Paulista de Medicina**, v. 109, n. 02, p. 84-87, março/abril, 1991.

- HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, junho, 2003.
- KNOPLICH, J. **Fibromialgia: Dor e fadiga**. São Paulo: ROBE Editorial, 2001.
- KUJAWSKI, G. M. **A crise do século XX**. São Paulo: Àtica, 1988.
- LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-458, junho, 2004.
- MACHADO, A. **Neuroanatomia Funcional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1992.
- MARTINS, G. de A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.
- MAXIMINO, V. S. **Terapia Ocupacional e atenção domiciliar nos processos de envelhecimento**. O Mundo da Saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 523-527, outubro/dezembro, 2005.
- MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: UNIVAP, 2001. 176p.
- MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar: análise de representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, jan./abr. 2005.
- MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2. ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.
- MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.
- NEVES, I. R. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1257-1265, junho, 2006.
- OLIVEIRA, J. T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de NeuroPsiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 360-365, junho, 2000.
- PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2006.
- ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SARACENO, B. **Manual de Saúde Mental**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SARTI, C. A dor, o indivíduo e a cultura. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

SERRA, C. J.; QUILES, C. B. **Antiepiléticos no controle da dor neuropática**. Madrid: Médica Panamericana, 2003.(Unidade de Dor Neuropática e Lesões de Nervo - Hospital General de Catalunya - Sant Cugat del Vallés (Barcelona)).

SILVA, I. P. **As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher cuidadora**. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

SILVER, J. K. **Chronic Pain and the Family: A New Guide**. Cambridge: . Harvard University Press, 2004.

TAKATORI, M. A terapia ocupacioanl no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v. 25, n. 4, out./dez., 2001.

TEXEIRA, M. J. et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Dor músculo esquelética. Edição especial **Revista de Medicina da USP**, v. 80, p. 01-21, São Paulo, 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa Ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VILLARES, C. C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrnia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, maio, 2000.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, jan./mar. 1999.

## SITES CONSULTADOS

DORClínica. Disponível em: <<http://www.dor.med.br/index.asp>>. Acesso em: 17 set. 2006.

ENXAQUECA. Disponível em: <<http://www.enxaqueca.com.br/>>. Acesso em: 17 set. 2006.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/defsopen.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2006 e 17 set. 2006.

LIGA DE DOR. Disponível em: <<http://www.ligadedor.com.br>>. Acesso em: 7 fev. 2006 e 17 set. 2006.

PAIN. Disponível em: <<http://www.pain.com/>>. Acesso em: 7 fev. 2006 e 17 set. 2006.

PORTAL DA COLUNA. Disponível em: <<http://www.portaldacoluna.com.br/conteúdo>>. Acesso em: 10 out. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. Disponível em :  
<<http://www.dor.org.br>>. Acesso em: 7 fev. 2006 e 17 set. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. em: 7 fev. 2006.

**QUESTIONÁRIO****Parte 1 - IDENTIFICAÇÃO**

Nº: \_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Naturalidade: \_\_\_\_\_ 4. Procedência: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 6. Religião: \_\_\_\_\_
7. Tem filhos?  Sim  Não
8. Quantos filhos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_
9. Grau de parentesco com o Portador de Doença Mental: \_\_\_\_\_
10. É a cuidadora principal do Portador de Doença Mental?  Sim  Não
11. Escolaridade:  superior completo  superior incompleto  médio completo  
 médio incompleto  primário completo  primário incompleto

**Parte 2 - COTIDIANO**

12. Há quanto tempo cuida do indivíduo em tratamento?
- menos de 1 ano  1 a 5 anos  5 a 10 anos  10 a 15 anos  15 a 20 anos  
 20 a 25 anos  25 a 30 anos  há mais de 30 anos
13. Quanto tempo do seu dia (24 horas) você dedica-se à atividade de cuidar?
- 1 hora  1 a 5 horas  5 a 10 horas  10 a 15 horas  mais que 15 horas
14. Descreva a atividade de cuidar (o que faz, como faz, etc.).

---



---



---



---

15. Você realiza atividades domésticas (serviço de casa)?  sim  não

Se responder **sim**, indique quais atividades:

---



---



---

16. Você trabalha fora de casa?  Sim  Não

Se responder **sim**, indique quantas horas você trabalha fora de casa: \_\_\_\_\_

17. Em que você trabalha ou qual sua profissão? (Especificar a atividade)

---



---



---

18. Assinale as atividades que você realiza além do seu trabalho e das atividades domésticas.

Indique a frequência semanal.

a- Cinema, passeios, visitas, atividades sociais: \_\_\_\_\_ vezes por semana

b- Atividades físicas, esportes: \_\_\_\_\_ vezes por semana

c- Atividades religiosas: \_\_\_\_\_ vezes por semana

d- Cursos: \_\_\_\_\_ vezes por semana

e- Leituras, atividades artesanais, passatempos, ouve música: \_\_\_\_\_ vezes por semana

f- Assiste televisão: \_\_\_\_\_ vezes por semana. Horas por dia: \_\_\_\_\_

19. Com quem você mora?

---



---

20. É cuidadora de mais alguém além do Portador de Doença Mental?  Sim  Não

Se responder **sim** indique quem e o tipo de cuidado, as atividades que desempenha:

---



---



---

### Parte 3 - DOR CRÔNICA (caracterizar Dor Crônica)

21. Você sente dor crônica?  Sim  Não

Se responder **sim**, assinalar locais e escrever a frequência:

**nuca** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**ombros** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**braços** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**costas** (região torácica) - Frequência:  diária  vezes por semana  
 vezes/mês  outros

**costas** (região lombar) - Frequência:  diária  vezes por semana  
 vezes/mês  outros

**mãos** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**nádegas** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**joelhos** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**abdômem** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**pernas** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**pés** - Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

**outra(s) região(ões)** - Especificar: \_\_\_\_\_

Frequência:  diária  vezes por semana  vezes/mês  outros

22. Você tem problemas para dormir?  Sim  Não

23. Você tem algum (outro) problema de saúde?  Sim  Não

Se responder **sim** indique quais são:

---

---

---

24. Você acha que suas condições de saúde atrapalham seu dia-a-dia?  Sim  Não

Se responder **sim** descreva como:

---

---

---

---

25. Você recebe algum tipo de assistência por parte do(s) profissional(ais) de saúde que trata(m) o portador de doença mental?  Sim  Não

Se responder **sim** descreva qual(ais):

---

---

---

26. Deseja acrescentar algo?

---

---

---

---

---

---

27. Observações da entrevistadora:

---

---

---

---

---

---



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVAP

### CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º H023/2006/CEP, sobre “*A dor crônica no cotidiano de mulheres cuidadoras de portadores de doença mental*”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Viviane S. Maximino, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi **aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Informamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

São José dos Campos, 11 de abril de 2006

**PROF. DR. LANDULFO SILVEIRA JUNIOR**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap