

Sentidos do sofrimento no contexto da atenção primária

Meanings of suffering in the context of primary care

Josenaide E. dos Santos¹, Lenora Gandolf²

RESUMO

Objetivo. Compreender os sentidos que os usuários da atenção primária atribuem ao sofrimento. **Métodos.** Construcionismo social, entrevista semiestruturada, com 10 usuários. Análise por meio do mapa de associação de ideias. **Resultados.** Os sentidos surgidos nas narrativas em três dimensões: Experiências e vivências com o luto; Sintomas sem explicação médica e intervenção medicamentosa. O sentido retratado pelos usuários assinalando a transformação da dor física em dor moral do luto, e desta em sofrimento (ansiedade e depressão). **Conclusão.** Estratégias terapêuticas distintas para lidar com as formas de sofrimentos apresentados, que contemplem a necessidade do usuário da atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sofrimento Psíquico. Transtorno de Somatização. Clínica Médica.

ABSTRACT

Objective. understand the meaning that users ascribe to primary care pain. **Methods.** Social Construccionism, a semi-structured interview, with users. The analysis was made through the map of association of ideas. **Results.**The meanings regarding pain unfold three dimensions: experiences and contacts with mourning, unspecific pains and complaints and intervention with medicines. The meaning exposed by the patients indicates the change of physical pain into the moral pain of mourning, and from that into suffering (anxiety and depression) which could lead to psychical and somatic dysfunctions. **Conclusion.** Different therapeutic strategies are necessary to deal with the aspects of pain exposed, it is necessary to risk into new therapeutic areas which meet the needs of the primary care user.

Key words: Primary Health Care. Stress, Psychological. Somatoform Disorders. Clinical Medicine.

Introdução

Um dos desafios da atenção primária à saúde (APS), é o atendimento às pessoas, em que as demandas de saúde mais frequentes estão, muitas vezes, no

limite entre os “problemas do cotidiano” e a “doença”, não sendo, amiúde claramente configuradas como demandas cuja resposta possivelmente seja encontrada na ferramenta diagnóstico terapêutico do modelo médico.¹ Trata-se de uma oportunidade de detalha-

1. Formação em Psicologia, Especialização em Saúde Mental e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor da Universidade de Brasília.
2. Formação em Medicina, mestrado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo, doutorado pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é professor pesquisador pleno da Universidade de Brasília.

Correspondencia
Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro.
Faculdade de Ciências da Saúde. Pós-Graduação em
Ciências da Saúde.
CEP: 70.910-900 - Brasília-DF. Asa Norte.

Artigo recebido em 06/02/2014
Aprovado para publicação em 10/10/2014

mento de aspectos médicos e psicológicos que se destacam quando se contempla a subjetividade de usuários freqüentadores das unidades de cuidados primários à saúde.

A APS é “porta de entrada” para uma variedade de demandas relacionadas à doença ou enfermidade. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou parte dele que promove distúrbio nas suas funções. A doença é um construto teórico a que se permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica. Por outro, enfermidade ou, *Illness* é uma condição de se estar sentindo mal ou em sofrimento.² A ‘categoria sofrimento’ se movimenta entre o plano concreto e o abstrato. Assim, no concreto, sofrimento significa doença física, desde dor de cabeça, dor no estômago, feridas e ferimentos superficiais ou profundos, ou ainda diabetes e outras ‘doenças’ de ampla ocorrência entre os limites externo e interno do corpo humano. No plano abstrato, o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, no campo psíquico e social, podendo ser associado a “doenças dos nervos um meio de experiências, tanto física quanto moral”.³

Neste sentido, o cotidiano da atenção primária se defronta com uma diversidade de queixas relacionadas ao sofrimento, tanto no plano concreto como no abstrato. O sofrimento pode incluir tanto a dor física decorrente de determinadas patologias, como outras “dores” que se expressam por queixas inexplicáveis, tristeza, medos, ansiedade. Denomina-se como sofrimento difuso, que pode ser de origem psicológica ou psicossocial, visto inicialmente pelo clínico geral, no atendimento primário.⁴

Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresentam enfermidades, mas não doenças.⁵ Isto significa afirmar que o sofrimento se manifesta primeiramente como doença nos serviços de saúde, tendo ou não etiologia orgânica na nosologia médica.⁴ E nesses atendimentos, formas preconceituosas podem surgir para referir-se às pessoas portadoras de sofrimento como poliqueixosas e ptiáticas, fato que requer uma habilidade de condução por parte dos profissionais da atenção primária. No entanto, existe uma dificuldade de se estabelecerem conexões entre a generalidade da ciência biomédica e a experiência singular, objetiva ou subjetiva e consciente ou inconsciente, de uma pessoa portadora de doença ou de enfermidade.⁶

Uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos. Por isso, as definições concernentes ao sofrimento podem assumir diferenças marcantes entre os usuários da atenção primária, uma vez que se constituem de representações cultural e socialmente edificadas. Portanto, a apreensão dos sentidos do sofrimento é um passo fundamental para o aprofundamento do debate de como se estabelece a interação do serviço de saúde com os usuários que o utilizam.

É importante estudar o sofrimento como uma necessidade clínica, que permita entender e acolher as diversas expressões e os sentidos que os usuários atribuem. Tal análise pode oferecer alguns *insights* sobre esse componente. Assim, o objetivo geral deste trabalho foi compreender o sofrimento do usuário da atenção primária.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que elegeu como abordagem teórica metodológica o construcionismo social, pois possibilita capturar o processo da produção de sentidos dentro dos contextos sociais. A investigação construcionista⁷ preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio do quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem, ou seja, visa considerar os sentidos que circulam na sociedade no cotidiano. Nessa perspectiva, a investigação construcionista tem como foco⁸ a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas.

A pesquisa foi desenvolvida na clínica médica da APS, junto à equipe de saúde da família, localizada em Ceilândia, região administrativa do Distrito Federal (DF). Os sujeitos da pesquisa foram dez usuários, selecionados aleatoriamente com a colaboração dos enfermeiros da equipe de saúde da família. Sobre o tamanho da amostra escolhida aleatoriamente, cabe ressaltar que se trata de um conhecimento empírico, capaz de estimar o ponto em que as informações das entrevistas saturam. Originalmente, conceitua a saturação teórica como a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou a um grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica.⁹

Características gerais

Dos participantes, sete são do sexo feminino e três do sexo masculino, variando a faixa etária entre 19 e 60 anos. Referente ao grau de escolaridade, cinco possuem o ensino médio completo, três o ensino médio incompleto e dois o ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, oito são casados, um viúvo e um separado. Quanto à saúde, há quatro hipertensos, quatro hipertensos e diabéticos, um com fibromialgia e um em sua primeira consulta. O critério de inclusão determinou, idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, atendidos na clínica médica e que aceitassem participar da pesquisa de forma voluntária.

O instrumento utilizado foi a entrevista, compreendendo-a como prática discursiva. Práticas discursivas são as diferentes maneiras com que pessoas, em discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais.¹⁰ Tal instrumento possibilitou o diálogo com o entrevistado de forma descontraída, permitindo o máximo de liberdade de expressão por meio da palavra, tanto no nível das relações quanto no nível dos discursos. Quando o usuário procura o serviço de saúde, seja qual for a natureza de seu sofrimento, recorrerá, invariavelmente, aos relatos verbais referentes ao seu mal estar, em busca de um sentido para o sofrimento para o qual pede atenção e solução.

Durante as entrevistas, a associação livre de palavras foi utilizada com o objetivo de apreenderem-se conteúdos mais latentes e afetivos com relação ao objeto (sofrimento). Essa técnica revelou-se apropriada à pesquisa.^{11,12} Trata-se de uma técnica semi-estruturada, constituída de estímulos indutores verbais ou iconográficos, e que, na presente pesquisa, foi estruturada a partir do estímulo: sofrimento. Começou-se por uma pergunta que inicia o diálogo: Há quanto tempo você é atendido aqui na clínica médica?

A coleta dos dados ocorreu de março de 2013 a junho de 2013. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador com formação na área de psicologia. É interessante ressaltar que os participantes não conheciam o pesquisador. Cada entrevista foi gravada e transcrita e devolvida aos participantes para comentários e / ou correções. A transcrição respeitou a grafia e a sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas e codificadas como E1, E2... A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) de número 239.576/2013.

Análise de dados

Foi utilizado o Mapa de Associação de ideias cujo objetivo é sistematizar o processo de análise. Constitui-se em instrumento de visualização com duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. Possibilita, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando se perguntam certas coisas ou se fazem certos comentários. A construção do mapa inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo os objetivos da pesquisa. Nesse primeiro momento, constituem formas de visualização das dimensões teóricas. Busca-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias, mas procura-se preservar a sequência das falas e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista. Para a consecução desse objetivo o diálogo foi mantido intacto para ser organizado no mapa.

O Mapa é uma tabela, em que as colunas são definidas tematicamente, sendo um recurso para produzir sentido e compreensão de determinadas passagens das entrevistas. A técnica do mapa de associações de ideias envolve os seguintes passos: a) um processador de dados tipo *word for windows* para digitar-se toda a entrevista; b) uma tabela construída com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas; e c) as funções de cortar e colar para transferir-se o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo.¹³

Os trechos das entrevistas referentes foram transcritos, respeitando-se a sequência de enunciação em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergiram dos objetivos da pesquisa. Foram analisados os trechos das entrevistas em que apareciam os nomes dados ao sofrimento e as descrições e explicações do usuário entrevistado. A entrevista dividiu-se em blocos de três colunas. Cada coluna incorporava uma pergunta: como descreve sofrimento, como explica e qual o recurso para lidar com sofrimento. A primeira coluna – como descreve o sofrimento – serviu de marcador para a introdução dos blocos subsequentes e associativos. Na segunda coluna – como explica o sofrimento, mais densa, englobou todas as explicações do conteúdo das associações e constituiu-se numa forma de análise, permitindo compreender o processo da dialogia da pesquisa. A terceira - os recursos para lidar-se com sofrimento - teve por foco a discussão dos principais aspectos levantados pelos usuários.

Resultados

A questão central desta pesquisa foi entender os sentidos que usuários da atenção primária atribuem ao sofrimento, especificamente, o mundo que eles pretendem explicar e quais os recursos para lidar com o sofrimento. Os códigos extraídos estão relacionados à: 1. Experiências e vivências com o luto; 2. Sintomas sem explicação médica; 3. Intervenção medicamentosa.

1. Experiências e vivências com o luto

Para responder às perguntas propostas no centro de saúde pelo entrevistador, as pessoas recorreram às informações que circulam em seu meio, processadas por elas ao longo de suas experiências de vida e trouxeram para respostas a situação de suas histórias de sofrimento e vários posicionamentos. É a partir dessa situação que falam e que utilizam as palavras para explicar o sofrimento.

Na análise das falas, a explicação do sofrimento perpassa a experiência com o luto, que é uma reação a perda que geralmente traz consigo, outras perdas secundárias. O entrevistado relata que o sofrimento começou com a morte de entes queridos, sendo o tema introduzido por ele mesmo no início da entrevista e reiterado nos vários momentos.

Meu irmão morreu e depois de meu irmão, minha mãe morreu. Fiquei em depressão profunda tentei me matar. Depois disso so ando aqui. (E3). A perda de um familiar ou alguém significativo é a principal causa do estresse, aumentando o risco de doenças físicas e mentais.¹⁴

O discurso da perda aparece como elemento importante para a compreensão da identidade social do entrevistado, tal como apresentado abaixo:

Perdi meu pai com 56 , meu irmão com 49 anos. E agora tem aparecido essa dor. Meus parentes todos morreram, pois estou sozinho (E5).

Depois eu me casei e me separei, um sofrimento muito grande. Fui criar os filhos praticamente sozinho. (E7). As repercussões da exposição ao estresse, são observáveis no corpo, na mente e no meio social. Ele interfere diretamente na qualidade de vida do sujeito e está envolvido no processo e vivência do luto.¹⁴

Na trajetória, o luto se desenha a partir de certos temas básicos, como o enfraquecimento. O luto está associado a um contexto de quebra de vínculos no interior da família; há um sentido de fragilização

que não se esgota na idéia de solidão *Agora sou eu sozinho e os filhos.* (E7). Aponta também para um sentimento de estar desconectado ou privado de uma teia de relações de cuidado. *Vou jantar tô sozinho é triste.* (E9)

Pessoas queridas que eu perdi, só isso, sobrinhos afilhados, maridos. Foi muito sofrido, muito muito... (E6) E se veem continuamente ameaçados ao longo de sua história, acabando por arcar sozinhos com a responsabilidade de existir.

A tristeza pela perda não só representa a causa de seu sofrimento, mas também sintetiza sua trajetória, demarcando momento crucial de sua vida. *“no hospital a doutora Cristina me apoiou muito quando meu marido foi pro necrotério.* (E5)

Podemos observar nas narrativas que, após o luto, os entrevistados experimentaram um conjunto de respostas fisiológicas, psicológicas e sociais. *O gosto, o paladar eu não tenho depois de 4 anos que minha senhora faleceu.* (E5). *Tenho dor de cabeça, sempre que tenho arrepeio, problema de família, tenho dor de cabeça, quando se perde alguém, mesmo de morte natural, mesmo.* (E4).

Foram identificadas situações em que o luto evoluiu para algo mais complicado, patológico. *Fiquei em depressão profunda tentei me matar.* (E3). Na depressão devido ao luto, a pessoa sente-se desamparada quanto ao futuro, não consegue seguir a vida normalmente, daí o pensamento de morte.¹⁴ O luto referido pelos usuários está relacionado ao desânimo, muitas vezes, profundo e penoso.

Dor de morte, medo de morrer .. (E6).

Medo, na empresa privada voce anoitece empregado e pode amanhecer desempregado, medo de dívidas. De perder o emprego (E2).

Em muitos casos, o discurso da causalidade reforça a idéia de sofrimento como expressão da construção da pessoa e se apresenta a partir de outras pessoas mencionadas em seu relato. *Principalmente idosos, meu pai a mulher dele faleceu e ele caiu da bananeira e tá lá em casa em depressão igual a menino. Ele tá com dor.* (E10). Também observa-se a existência de dificuldade desses usuários para tentar explicar dores e sensações corporais diversas, acompanhadas geralmente de sintomas de depressão ou ansiedade.

As narrativas acima remetem ao fenômeno do sofrimento que parece estar associado a diversos eventos da vida, com destaque para o luto. As falas conduzem a um mundo que parece vazio e sem significado, caracterizado por preocupações e inquietações.

Pode-se inferir que os entrevistados estariam em sofrimento por conviver com lutos não elaborados, quando a pessoa se torna abatida e lança mão de meios de enfrentamento mal-adaptados que interferem em aspectos afetivos, físicos e sociais.

2. Sintomas sem explicação médica

No cotidiano da clínica médica da APS, o sofrimento é descrito como dores variadas, queixas difusas localizadas sempre no corpo, ocorrendo desde dores diversas e inespecíficas, até sensações de completo esgotamento.¹⁵ Pode-se constatar, no discurso abaixo, que a dor surge como elemento principal para descrever o sofrimento.

Muita dor mas não tem doença e tem febre e febre .. tem infecção e os exames não deu nada. Muito triste é uma tristeza... E3

Ânsia de vômito, vem queimando muito ruim. Não sei descrever o quanto que é ruim. Falta de ar. Fraco, mole, mal-estar, e não dá nada.. E8 É o sofrimento sentido e vivido em sua dimensão corporal.

A sensação de mal-estar não significa a enfermidade em si mesma. A enfermidade envolve a presença subjetiva de um mal-estar que passa a ser transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção. Sucedem-se desde as batidas disparadas do coração à respiração ofegante, passando sempre pelos suores frios. É, o corpo, enquanto tal, que é ameaçado.¹⁵

Calor, o frio, vontade de conversar comigo mesma, dor de cabeça, sempre que tenho arrepeio, problema de família, tenho dor de cabeça. (E6)

Minhas mãos e meus pés sempre gelado.... (E2)

Estava passando mal com falta de ar eu estou com um mal-estar algo bem chato mesmo. (E3)

Nesses discursos, pôde-se identificar que os exames dos médicos não acusavam nada. Mediante essa aparente negação de causa explícita, o discurso do sofrimento ganha maior destaque à medida que passa a ser instância exclusiva do controle daquele que sofre, à qual mais ninguém pode ter acesso, nem o médico.¹⁶

Passei bem mal e a médica passou uma série de exames e ela fez o eletrocardiograma e diz o exame ela ficou assustada e disse para repetir o exame, no exame não deu nada. Me deixou bastante nervoso, mas aí ela disse que era ansiedade, não sei o quê. (E10)

Essa dor tem uns dois meses. É que eu fico com medo. E não dá nada. (E5)

O mal-estar remete ao corpo como corpo vívido, indissociável da subjetividade. A dor atrai a atenção para o corpo e permite uma representação dele sob o signo de um sofrimento que afeta o sujeito.¹⁷

Dói do fio do cabelo ao dedo do pé (E3)

Os sofrimentos descritos pelos informantes podem ser comparados a sintomas de síndromes ansiosas ou depressivas: tremedeiras, batimentos cardíacos acelerados, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, insônia, raiva ou choro frequente, esquecimento ou dificuldades de concentração.¹⁸

É uma vontade de morrer de dor e não saber o que é (E10)

Dor no estômago, cabeça, tudo. (E9) Descontrole. (E6)

Não sei descrever o quanto que é ruim. Mal-estar continua e é o dia todo e tenho que trabalhar mesmo passando mal. (E5). A dor é entrecortada por uma concepção físico/moral, com o 'tenho que trabalhar'. Seguindo-se este raciocínio, suporta-se tudo - inclusive a dor.¹⁶

É uma profusão de sintomas físicos e psicológicos que não têm classificação nosológica: 'frio', 'sudorese' 'mal-estar', 'falta de ar'. Todavia, a dor e o mal-estar surgem como elementos desestabilizadores de estado de equilíbrio no indivíduo. Tais queixas constituem hoje uma demanda de atenção significativa nos serviços públicos e, principalmente, nas unidades básicas de saúde.⁵

3. Intervenção medicamentosa

Um dos aspectos que chamou a atenção durante as narrativas indica que aqueles que sofrem, desejam práticas que atendam às suas necessidades de ajuda, deixando claro que a ida ao médico com situações clínicas, referidas pelos usuários como dores e sofrimentos sem fundamentos laboratoriais e anatomopatológicos, resulta quase sempre na prescrição de ansiolíticos ou antidepressivos, segundo relataram os entrevistados.

O clínico geral me passou fluoxetina que eu não dormia. (E1)

Devido ao mal-estar a médica me passou pasalix. Tomei por um período de 4 meses.... para passar o mal-estar. (E4)

Venho para o centro de saúde com o doutor para poder pegar a receita médica de Diazepan para dor. (E6)

Tomo rivotril para tirar a dor, vim pegar a receita azul. (E9)

Estou tomando fluoxetina para depressão. (E3)

A necessidade de um agente químico aparece à medida que o sofrimento é transformado em uma doença orgânica e o medicamento passa a ser a única forma de cura do sofrimento.

A minha infância foi muito conturbada, cheia de sofrimento e era muita briga. Estou passando muito mal. Uso fluoxetina. Não sei se é psicológico. (E2)
Parece que a medicalização de problemas sociais – ou relacionais tende a ser paliativa, tanto para os sujeitos envolvidos quanto para as práticas de saúde.¹⁹
Tomo duas fluoxetinas estou desinchando e as pessoas acham que é o problema é do corpo, e não, é da mente. (E10)

Eu não sabia que existia depressão entrei em depressão profunda. Tentei me matar... Tô usando fluoxetina. (E7)

Tomei também amitriptilina, mas não me dei bem. (E6)

Ele passou valium e tinha um outro que não me lembro o nome... a tomar uma caixa de lorium. Nunca mais fiquei mal. (E8)

O medicamento como recurso é o ator principal a dar sentido ao sofrimento que perpassa todo o repertório do usuário da APS. A pergunta recorrente indaga se a prescrição tranquiliza somente os pacientes ou também seus médicos?²⁰

Discussão

Os sofrimentos vividos pelos usuários encerram significados complexos e múltiplos. Por um lado, é explicado como luto torna-se um desorganizador com imagens relacionadas ao medo, à depressão e à morte. Não se pode esquecer que o homem também pode apresentar forte reação emocional diante do rompimento desses laços.²¹ Em caso de reação não bem elaborada, pode ocorrer a desorganização, a inquietação e o aumento na preocupação somática dada pelo significado de uma palavra ou conceito que espelham o mundo de sentidos dos usuários.

Por outro lado, o sentido do sofrimento é descrito no corpo. É importante ressaltar que o sofrimento encontra um lugar institucional dentro de suas perspectivas: corpo são, corpo doente, implicando dizer que o sofrimento social para obter reconhecimento institucional, o faz pelo corpo. Tal reconheci-

mento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Essa passagem indica que as categorias institucionais ignoram formas de mal-estar que não estejam etiquetadas como doença.²² Isto significa afirmar que o sofrimento social se manifesta primeiramente no corpo com suas frustrações e percalços do dia a dia, tendo ou não substrato classificável na nosologia médica.

Diante desse panorama, a terapêutica apresentada nos relatos contemplou as prescrições médicas que, pode-se inferir, não consideraram as diferenças psíquicas, sociais e culturais e optaram por tratar os problemas apresentados na pesquisa de forma generalizada, sem considerar as raízes envolvidas na emergência dos problemas relativos às queixas inespecíficas. De certa forma, o profissional da atenção primária decide por combater os sintomas por meio da sedação da dor, já que não pode dar sentido ou interpretação satisfatória aos adoecimentos, às queixas e aos sofrimentos não-enquadráveis na grade nosológica.²²

Uma dessas formas de sedar o sofrimento manifesta-se pela prescrição por meio de ansiolíticos e antidepressivos. É importante observar que não se pode olhar o sofrimento, exclusivamente calcando-se nos saberes médicos e psicológicos. Distanciar-se dessas lentes é muito difícil e, talvez, impossível, mas é preciso, pelo menos supor-se que elas não são eternas e, muito menos, absolutas²³, principalmente para lidar com as demandas da atenção primária.

Conclusão

Este estudo procurou provocar a discussão de como são pensadas as concepções de sofrimento por usuários atendidos na atenção primária. Este exercício mostrou-se revelador da riqueza de elementos constitutivos, em que as representações sobre sofrimento moldam de maneira marcante os dois extremos desta relação: usuários relacionados aos lutos e sintomatologia inespecíficas e inexplicáveis e os profissionais de serviços de saúde com a prescrição de psicofármacos. Assim, ao explorar os sentidos do sofrimento do usuário, esta pesquisa pode contribuir para a reflexão de uma clínica menos medicalizante que contemple o sujeito em sua plenitude, respeitando-se as diferenças.

Referências

1. Starfeld B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco-Ministério da Saúde, 2002.
2. Heath I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care*. 2010; 10: 10-11.
3. Rodrigues N, Caroso CA. Idéia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: Duarte, LFD. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
4. Fonseca MLG. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: Uma revisão da perspectiva do nervoso. In: Vasconcelos, EM. Abordagens Psicossociais. Volume II. Reforma psiquiátrica e Saúde Mental na ótica. São Paulo, Hucitec. 2006p. 182-186
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.p. 245-65.
6. McWhinney I. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996; 46: 433-6.
7. Nordon DG, Hübner CVK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*. 2009;14:66-9.
8. Gergen KJ. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, v.40, n 3, p 266-75. 1985 mar. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S0104-1290201100040001700019&lng=en
9. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan/2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000068&pid=S0102-311X201100020002000003&lng=en
10. Spink MJP, Medrado RM. Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo. Cortez. 2004. p.41-62
11. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML. Representações Sociais: uma abordagem interdisciplinar (pp.67-77). João Pessoa: Editora Universitária UFPB,2003.
12. Nobrega SM. Représentations sociales de la folie par les familles de malades mentaux au nord-est du Brésil; le cas João Pessoa. Paris: Éditions du Septentrion,2003.
13. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJ. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez. 2004, p.93-122.
14. Parkes CM. Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações. Tradução de Maria Helena Pereira. São Paulo: Sammers. 2009
15. Birman J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. Estados gerais da psicanálise: II Encontro mundial, Rio de Janeiro 2003. http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf.
16. Duarte LFD. Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
17. Freud S. O ego e o id. In: ____: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. 1923 vol. XIX.
18. Nations MK, Camino LA, Walker FB. Nerves: Folk Idiom for Anxiety and Depression? - *Social Science and Medicine*, 1988; 26: 1233-43.
19. Rozemberg B. O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 1994; 28:300-8.
20. Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
21. Bowlby J. Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
22. Carreiro TC. O Doença como Projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: Bader S. (Org.). As Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.
23. Fonseca MLF. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil. Uma revisão da perspectiva do nervoso. In.: Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais, volume II: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. Editora Hucitec. São Paulo: Adelrado & Rohschild, 2008.