

Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público*

Denise Martin¹
Aline Cacozi²
Thaise Macedo³
Sergio Baxter Andreoli⁴

MARTIN, D. et al. Meaning of the search for treatment among women with depression attended at a public healthcare service. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.885-99, out./dez. 2012.

The aim of this ethnographic study was to analyze the meaning of the search for treatment among women with depression attended at a psychosocial care center in the municipality of Santos, São Paulo, Brazil. The route to treatment of depression (from referral to attendance), the notions of the illness held by the women and their drug consumption were identified within this context. The trivialization of depression, importance of the psychiatrist and use of antidepressants and anxiolytics in the treatment were evident. The women's patterns of drug consumption suggested that addiction to medications was occurring. In addition to pharmacological action, use of medicines had symbolic action, towards comfort and care. Our study indicates that there is a need to connect the meanings of the women's experiences with the therapeutic approaches towards depression in constructing public mental healthcare policies.

Keywords: Depression. Women. Ethnography. Drugs.

O objetivo deste estudo de caráter etnográfico foi analisar o significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em um Núcleo de Atenção Psicossocial do município de Santos, São Paulo, Brasil. Foram identificados, neste contexto: o tratamento da depressão no serviço (do encaminhamento ao atendimento), as noções de doença elaboradas pelas mulheres e o consumo de medicamentos. Ficaram evidentes: a banalização da depressão, a importância do psiquiatra e do uso de antidepressivos e ansiolíticos no tratamento. Os padrões encontrados de consumo dos medicamentos pelas mulheres sugerem a ocorrência de uma "toxicomania medicamentosa". O uso de medicamentos, além da ação farmacológica, possui uma ação simbólica, no sentido de conforto e cuidado. O trabalho aponta para a necessidade de se articularem o significado das experiências das mulheres e as abordagens terapêuticas da depressão na construção das políticas públicas de saúde mental.

Palavras-chave: Depressão. Mulheres. Etnografia. Uso de medicamentos.

* Elaborado com base em Martín (2008); pesquisa financiada pela FAPESP (Proc. 08/06460-5).

^{1,4} Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. Rua Carvalho de Mendonça, 144. Santos, SP, Brasil. 11.070-906. demartin@unisantos.br

^{2,3} Universidade Católica de Santos.

Introdução

A depressão se configura, atualmente, como um importante problema de saúde pública. Do ponto de vista biomédico, a depressão maior é um transtorno grave, recorrente e leva o indivíduo à perda importante de sua funcionalidade e qualidade de vida (Ustun et al., 2004). A Organização Mundial da Saúde a considerou como a quarta doença mais importante dentre as doenças que mais causam incapacidades e, conseqüentemente, dias de vida perdidos com qualidade (Murray, Lopez, 1996). O desenvolvimento da doença, em seus quadros mais graves, compromete o cotidiano da pessoa, seu trabalho, as relações familiares e sociais. Em algumas situações, resulta também em suicídio (Chachamovich et al., 2009).

Do ponto de vista médico, trata-se de um conjunto de sintomas e sinais que devem ser identificados e tratados em serviços de saúde. Na nossa sociedade, entretanto, o sofrimento chamado de depressão possui um denominador comum, ou uma etiqueta, na qual se enquadram pessoas num *continuum* em graus de sofrimento, que englobam a adoção da categoria “perturbações físico-morais”, tratada por Duarte (1998).

A depressão pode ser compreendida em vários planos. O que há em comum é a constatação da importância que este termo vem ganhando na sociedade e na vida cotidiana das pessoas.

A mensuração, as doenças referidas e a banalização da depressão

Estudos epidemiológicos deixam evidente que os transtornos mentais se expressam de maneira diferente entre os gêneros, e que a depressão é reconhecida como um problema de saúde importante para as mulheres, sobretudo pela prevalência alta.

Bromet et al. (2011) estudaram, por meio de entrevistas psiquiátricas padronizadas, a prevalência da depressão em 18 países, incluindo o Brasil. As médias das prevalências na vida e nos últimos 12 meses de depressão maior (segundo o DSM-IV) foram de 14,6% e 5,5% nos dez países de alta renda e 11,1% e 5,9% nos oito países de baixa e média renda. No Brasil (São Paulo), as prevalências na vida e nos últimos 12 meses foram de 18,4% e 10,4%. Os dados de todos os países mostram que as mulheres têm duas vezes mais chance de ter depressão que os homens. No Brasil, a razão é de 2,6.

Apesar da ênfase na depressão como problema feminino, alguns autores questionam este recorte da realidade. Alves (2002) mostra que a literatura sobre saúde mental e gênero feminino questiona o fato de as mulheres terem mais distúrbios afetivos, entre eles, a depressão. Maluf (2010) desenvolve uma crítica à visão biologicista do “ciclo de vida” e das fases da vida reprodutiva das mulheres como determinantes de maior ou menor “vulnerabilidade” destas a problemas de saúde mental.

Barros et al. (2006) estudaram doenças crônicas referidas a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2003). Entre as 12 doenças pesquisadas, considerando todas as faixas etárias, as mais prevalentes foram: doença de coluna, hipertensão, artrite, depressão, asma e doenças do coração. Com exceção de tuberculose e cirrose, todas as demais são mais prevalentes entre as mulheres. A prevalência da depressão é maior quanto menor a escolaridade.

Esta pesquisa mostra que a depressão ocupa um lugar importante como uma doença reconhecida no Brasil; entretanto, por se tratarem de resultados de informações autorreferidas, estes implicam limitações metodológicas. É necessário indagar se as pessoas foram diagnosticadas como tendo um transtorno depressivo ou se estas informações são resultado de uma apropriação indevida do termo, baseada em informações do senso comum.

Parker e Brotchie (2009) discutem os problemas referentes à classificação diagnóstica da depressão maior do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria). Para estes autores, ocorre uma classificação equivocada entre tristeza normal e transtorno depressivo, o que pode resultar em supernotificação do transtorno.

Nakamura (2004) e Soares e Caponi (2011) mostram, por meio de análise de jornais e revistas, que há uma banalização do uso do termo depressão. Para Nakamura (2004), a inclusão e a adaptação do vocabulário médico aos textos de revistas e a artigos de jornais fazem com que a opinião de especialistas da área médica confunda-se com a de repórteres e da própria população. Soares e Caponi

(2011) mostram que há um reforço à terapia medicamentosa (e fortalecimento da indústria farmacêutica); estímulo ao diagnóstico precoce e autodiagnóstico, e que o uso do termo depressão contribui para o processo de medicalização da vida.

A depressão, seja ela diagnosticada como um transtorno propriamente dito ou como uma doença autoidentificada pelo senso comum, segue sendo um problema de saúde mental importante, pois resulta em busca de atendimento em saúde e tratamento (o que inclui o tratamento medicamentoso).

Depressão e cultura

Vários autores mostraram como a experiência da depressão pode ser compreendida com referência ao segmento cultural no qual as pessoas estão imersas (Hussains, Cochrane, 2004; Rodrigues Cardoso, 1998; Kleinman, Good, 1985).

Estudos clínicos sobre depressão, realizados em culturas não ocidentais, apontam a reduzida frequência ou ausência dos componentes chamados psicológicos da depressão (sentimentos de culpa, desespero, autodestruição e ideação suicida) e a dominância de aspectos denominados somáticos (Marsella, 1985).

Halbreich et al. (2007) citam que, em culturas não ocidentais, os sintomas que são tratados como distúrbios disfóricos são, sobretudo, somáticos, diferentemente do sistema ocidental centrado nos manuais diagnósticos. Em muitos casos, os critérios destes manuais não são sequer reconhecidos pelos pacientes.

Pereira et al. (2007), estudando mulheres de Goa, na Índia, diagnosticadas como deprimidas, identificaram que elas expressam seus problemas de saúde mental especialmente através de uma série de queixas somáticas; localizam a sua angústia na vida através das desvantagens sociais que experimentam em seu dia a dia, e só procuram ajuda médica para queixas somáticas.

Estudos em vários países concluem que muitas das concepções correntes sobre depressão poderiam ser altamente etnocêntricas (Marsella et al., 1985). Trata-se de um tema que desafia definições *a priori* para contextos culturais específicos.

No Brasil, o estudo da depressão com enfoque no contexto cultural das mulheres que sofrem com o transtorno ainda é recente.

Martin, Mari e Quirino (2007a) e Martin, Quirino e Mari (2007b) estudaram a depressão entre mulheres diagnosticadas com o transtorno e os psiquiatras que as acompanhavam, no Embu, na Grande São Paulo, enfocando o entendimento do transtorno e do atendimento psiquiátrico no município. No estudo, a depressão era um idioma para expressar muitos sentimentos, como a infelicidade num contexto de pobreza e violência. Concluiu-se que o psiquiatra extrapolava as suas funções clínicas e tinha um papel na reorganização do cotidiano dessas mulheres. A depressão expressava o drama social.

Em Martin, Mari e Quirino (2007a), a depressão foi tratada como um termo empregado como divisor de comportamentos aceitáveis e criticáveis, o que aponta para um deslocamento de significações. Havia a depressão legítima e a falsa, esta servindo para mascarar eventos e comportamentos pessoais imperfeitos ou localmente indesejáveis.

Este estudo revelou percepções de depressão, das mulheres e da comunidade, fortemente ancoradas na cultura em que estavam inseridas: pobre, violenta e desigual. Ficaram patentes, nos resultados, a desigualdade nas relações de gênero e a violência doméstica presente no cotidiano das mulheres com depressão.

Maluf e Tornquist (2010) estudaram as questões de gênero, saúde e aflição, no campo da saúde mental, do ponto de vista das políticas públicas, do ativismo político e das experiências sociais. Entre os principais resultados, destacam-se: a necessidade de uma política de saúde mental com a perspectiva de gênero, o consumo de medicamentos psicotrópicos por mulheres, a medicalização na política de saúde mental, e as dimensões físico-morais do sofrimento psíquico e sua resignificação pelas mulheres.

Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) estudaram a disseminação do diagnóstico de depressão, com tratamento e medicalização entre grupos populares em Florianópolis. As autoras mostram que a categoria "depressão" era conhecida e usada eventualmente pelas mulheres, indicando um estado comum que qualquer pessoa poderia atravessar.

A depressão - para além dos problemas da identificação de casos de transtorno depressivo, tal como ele é descrito clinicamente, ou de, simplesmente, depressão, como é concebida na sociedade - vem ganhando importância na vida cotidiana das pessoas e na sociedade. Isso porque serve como idioma para expressão de sentimentos, sofrimento, infelicidades ou de condições de vulnerabilidade, mas que, frequentemente, resultam em busca de atendimento em saúde e demandam tratamento (o que inclui o tratamento medicamentoso).

O objetivo deste estudo foi analisar o significado da busca por tratamento para depressão, tendo como sujeitos as mulheres diagnosticadas com transtorno depressivo, atendidas em serviço de saúde público.

Percurso metodológico

Foi realizada uma etnografia, método no qual a experiência humana é um pressuposto para que se produza o conhecimento antropológico e encontra-se presente em todas as etapas da produção deste conhecimento (Nakamura, 2009).

A pesquisa de campo foi realizada no período de maio de 2009 a julho de 2010. No serviço, a pesquisadora realizou a observação no horário da manhã e da tarde, por um período de três meses consecutivos, e esporadicamente para realizar o contato com as mulheres para a entrevista. Esta etapa da pesquisa buscou conhecer o funcionamento do serviço para o tratamento dos casos de depressão.

Das 25 entrevistas, 22 foram realizadas nas casas das pacientes e três no NAPS I. Quanto à idade, havia mulheres na faixa dos trinta anos até os 81 anos. A média foi de 52,2 anos. A escolaridade era baixa, predominando o Ensino Fundamental incompleto (12 mulheres). Três mulheres declararam nunca terem estudado. Duas mulheres haviam concluído o Ensino Fundamental, duas possuíam o Ensino Médio incompleto e quatro o completo. Uma mulher havia completado o Ensino Superior e uma outra estava cursando. Quanto ao local de moradia, quinze mulheres moravam em casa própria, e cinco em casa alugada ou cedida. Duas moravam em barracos em palafitas e três em barracos em favelas. Quanto ao local de nascimento, 15 mulheres eram do Nordeste do país, seis eram de Santos, duas do interior de São Paulo, uma do Paraná e uma de Minas Gerais. Todas tinham filhos. Quanto ao trabalho no momento da pesquisa, duas mulheres estavam desempregadas, três aposentadas, seis afastadas por motivos médicos, cinco recebiam aposentadoria do esposo, cinco não trabalhavam, e quatro trabalhavam (assistente de mercado, dona de bar, telemarketing e acompanhante de idosos). Quanto à religião, 14 se declararam católicas, uma umbandista, nove evangélicas e quatro espíritas (algumas frequentavam mais de uma religião).

Todas as mulheres possuíam como diagnóstico principal a depressão, segundo critérios da Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial da Saúde, 1997). Foram realizadas cinco entrevistas com profissionais de saúde que trabalhavam no serviço, com o objetivo de conhecer como ocorria o atendimento. As entrevistadas foram contatadas na farmácia no momento em que retiravam suas medicações, e, também, por indicação dos profissionais da unidade. A primeira forma de contato foi a que deu melhores resultados.

As entrevistas foram realizadas até a saturação dos conteúdos. Após a leitura exaustiva das transcrições, os dados foram agrupados em categorias e analisados de acordo com os objetivos do estudo. As observações etnográficas do serviço e a entrevistas com os profissionais de saúde também foram objeto de análise.

A análise antropológica é resultado de todas as etapas de produção do conhecimento. O olhar (a observação), o ouvir (as entrevistas) e o escrever (a análise e interpretação dos dados), como atos cognitivos, são domesticados teoricamente, ou seja, disciplinados no horizonte da Antropologia (Oliveira, 2006).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos.

Local da pesquisa

O município de Santos é um local privilegiado para o estudo da saúde mental, pois possui uma rede de assistência bem estruturada, regionalizada e com distribuição equilibrada de serviços. A estruturação desta rede de serviços teve início no ano de 1989, marcada pela mudança do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico para um modelo centrado em serviços comunitários. A rede de assistência em saúde mental de Santos está estruturada, basicamente, em serviços comunitários, cinco Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - (1,2 por cem mil hab.) distribuídos de forma equilibrada pela cidade, e atende pacientes com todas as morbidades psiquiátricas (Andreoli et al., 2004).

A zona noroeste é composta por 12 bairros. É uma região residencial na qual não houve crescimento vertical, com exceção dos conjuntos habitacionais. As casas da região, em sua maioria, são de alvenaria. Alguns bairros possuem casas construídas em terrenos espaçosos. Em um dos bairros, embora existam casas de alvenaria, há barracos construídos sob as palafitas na maré. O acesso às moradias localizadas nas palafitas é difícil, pontes estreitas de madeira fazem a ligação entre os barracos. Quando a maré sobe, o lixo e a água invadem as casas. As enchentes são um problema na região.

O serviço de saúde mental

O atendimento em saúde mental no Brasil está completamente integrado ao SUS (Sistema Único de Saúde). Está estruturado em uma rede de serviços variados, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária.

O NAPS I situa-se no bairro do Jardim Castelo e faz parte do complexo hospitalar da Zona Noroeste, que é composto pelo Ambulatório de Especialidades (AMBESP) e o Hospital da Zona Noroeste.

O serviço atende transtornos mentais graves e leves. Observamos a presença de: usuários com transtornos graves que ficam, durante o dia, no serviço, em regime de semi-internação; usuários internados, e outros que utilizam o serviço em função de transtornos leves, para consultas ou retirada de medicamentos.

A equipe é multidisciplinar e, no início do estudo, era composta por: três psiquiatras, um enfermeiro, um assistente social, um acompanhante terapêutico, um terapeuta ocupacional, dois psicólogos, um farmacêutico, um técnico de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem.

O itinerário do usuário no NAPS I era o seguinte: inicialmente, ocorria a triagem (realizada com qualquer profissional de saúde do serviço, com exceção dos auxiliares de enfermagem) para avaliar se o caso se aplicava às competências do serviço. Após esta avaliação, eram oferecidas duas possibilidades: acompanhamento em clínicas psicológicas de universidades da região ou a consulta psiquiátrica. O tempo médio observado entre a triagem até a consulta era de, aproximadamente, três meses, independente do diagnóstico. Em casos avaliados como graves, como uma crise psicótica, a consulta poderia ser antecipada ou o paciente seria encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital da Zona Noroeste. Após a consulta, era iniciado o tratamento. No caso das pessoas diagnosticadas com depressão, além da consulta médica, eram oferecidas, também, a terapia comunitária e a terapia individual realizada por psicólogos do NAPS.

⁵ Em Santos, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são chamados de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial).

O tratamento no NAPS

As mulheres foram encaminhadas ao NAPS de várias maneiras: algumas já faziam tratamento em outros locais ou foram encaminhadas por clínicos de várias especialidades (ginecologista, clínico geral, pronto-socorro, neurologista), como mostra a seguinte fala:

“Foi assim, pra mim ir no psiquiatra da outra vez, aquela época foi a ginecologista que encaminhou, eu contei a história pra ela e ela me encaminhou, e agora dessa segunda vez foi com ela também, ela já sabe a minha história, daí ela viu que eu tava mal de novo e me encaminhou pra cá”. (M14)

Esta integração da sintomatologia psiquiátrica à clínica médica foi identificada, também, por Cardoso (1999) e Maluf (2010). Segundo Cardoso (1999), a doença mental é identificada pelos médicos pela reinterpretação das sensações corpóreas dos pacientes como sintomas neuróticos e observação das condições sociais de vida. A “doença mental” era identificada pela reinterpretação das expressões do “estar doente” que o paciente formulava, como sintomas psicossomáticos.

Do ponto de vista clínico, Parker e Brotchie (2009) comentam que a depressão representa mais uma “pseudoentidade”, faltando-lhe especificidade e significando coisas distintas para pessoas distintas. Segundo estes autores, corre o risco de ser promovida a um modelo “com mil e uma utilidades”, no qual os diferentes clínicos aplicam tratamentos bem diferentes para “ela”, com a visão de que “ela” é suficiente por si só para dar forma ao tratamento (Parker, Brotchie, 2009, p. S6).

Considerando esta crítica ao conceito de depressão, observa-se que os clínicos distanciavam-se, também, do modelo biomédico, embora pudessem nomear o sofrimento como depressão.

Para algumas entrevistadas, o NAPS era um lugar associado ao tratamento de loucos, o que explicava a resistência em chegar ao serviço e as estereotípias relacionadas às pessoas que precisam destes cuidados:

“Eu fui, mas depois eu vi que não era aquilo, tá entendendo? Quando eu cheguei lá, aquele pessoal tudo meio doido, no meio dos doidos, achei que tava doida também...”. (M4)

Apesar de o NAPS ser considerado, por algumas entrevistadas, como lugar de loucos ou um local constrangedor, este fato não era um impedimento para a continuidade do tratamento.

A avaliação das mulheres sobre o tratamento no NAPS foi variada. Para algumas, que reconheciam uma melhora importante nos seus sintomas e estabeleceram um vínculo com os profissionais de saúde, a avaliação foi positiva, como mostra a seguinte fala:

“Ah, eles me atenderam legal, já me encaminharam pra triagem, a psicóloga que me atendeu foi muito boazinha... Tava indo, depois a Dra. também foi muito boa...”. (M22)

No período da pesquisa de campo, dois psiquiatras pediram exoneração do cargo. Um psiquiatra do serviço ficou responsável por todos os casos, graves e leves. O serviço não conseguiu substituir os profissionais e os pacientes em tratamento ficaram mais de um mês⁶ sem psiquiatra. Dada a complexidade da

⁶ No final da pesquisa de campo, ainda havia mulheres aguardando atendimento psiquiátrico.

situação, foi criado um sistema de rodízio com psiquiatras de outros NAPS, que atendiam uma vez por semana. Todos os pacientes tiveram atraso em atendimentos e medicação, além de perderem o vínculo com os psiquiatras que os tratavam. Desta forma, a maioria criticou o atendimento, sobretudo pela falta de médicos, como mostra a fala abaixo:

“Ai ela me disse que eu ia falar só com a assistente porque não tem médico. É uma vergonha não ter médico”. (M15)

Com as dificuldades citadas, as mulheres possuíam estratégias para obter os medicamentos que consideravam necessários. Uma possibilidade era passar no psiquiatra do Pronto-Socorro, ou recorrer a médicos de outras especialidades que poderiam prescrever os medicamentos:

“É sempre assim... quando eu tô sem medicamento, quando eu preciso, eu vou no Pronto Socorro”. (M5)

“... que nem eu: preciso de um psiquiatra pra me dar uma receita e não tem. Então fica difícil...você vê, eu não tomo remédio porque não tem quem me prescreva. ... como eu tenho consulta marcada agora em agosto, com uma neurologista, eu vou ver se ela me passa algum remédio”. (M16)

Todavia, alguns médicos do Pronto-Socorro não davam a receita por saberem que a mulher era usuária do NAPS. Algumas mulheres foram atendidas por psiquiatras de planos de saúde, mas também sem continuidade ou tendo que buscar o serviço público.

O atendimento no NAPS, para os casos de depressão, envolvia, além da consulta médica, a terapia grupal realizada pelos psicólogos. Observou-se que, apesar de todas as críticas à falta de psiquiatras no serviço e à falta de continuidade no tratamento, estes profissionais eram considerados centrais para o tratamento e recuperação. Neste contexto de atendimento em saúde mental, embora houvesse uma proposta de uma diversidade nas formas de cuidar, a psiquiatria ocupava um lugar importante na identificação e tratamento das pessoas com depressão.

Os psicólogos eram pouco aceitos ou valorizados na proposta terapêutica:

“Eu fiz tratamento até março né, quer dizer, eu estou em tratamento ainda. Mas assim, eu tenho certeza absoluta que hoje eu estou viva por causa deles mesmo (dos médicos), eles me acompanharam, eles foram super legal comigo”. (M15)

“É nos grupos, eu não vou me sentir bem me expondo, ...então eu vou me sentir um pouco ridícula de expor o que eu tô sentindo, porque parece que é muito fácil, em vista de outros problemas, entendeu? Então eu prefiro ficar na minha que é melhor...”. (M2)

Ficou evidente, na pesquisa, que – na visão das entrevistadas – a proposta terapêutica para depressão estava focada, sobretudo, no atendimento médico. Segundo Silveira (2000), na consulta médica, é possível se narrarem as queixas, legitimar-se socialmente o sofrimento e resolver-se o problema pragmaticamente com medicamentos. Todavia, este atendimento estava aquém do desejável, destacando-se a falta de continuidade do atendimento no serviço acima citado.

O contexto do atendimento médico permitiu situar como estas mulheres compreendiam a depressão.

Noções de doença: o que significa ter depressão?

De maneira geral, as mulheres aceitavam o diagnóstico de depressão, o que pode estar relacionado à banalização do termo. As causas da depressão, quando identificadas, eram sempre de origem externa. Nenhuma das entrevistadas justificou seu sofrimento devido a características pessoais ou de

personalidade, o que mostra a não-psicologização do sofrimento, mostrada por Duarte (1998). A depressão veio de fora:

“Foi desde que eu tive umas descontraídeade muito grande, assim de família viu! Eu tive um desgosto muito grande, que eu nem sei se eu devo explicá... dizê o porquê”. (M2)

Clarke (2006) também observou que a depressão era manifestada, pela maioria de suas entrevistadas, como algo que vem de fora, como um lugar separado de seu próprio corpo.

A variedade de justificativas para o sofrimento estava relacionada às questões de parentesco, dando destaque para as questões de gênero, também identificados em Martin, Mari e Quirino (2007a), Martin, Quirino e Mari (2007b) e Tornquist, Andrade e Monteiro (2010). As causas variavam muito, desde a morte de um filho, problemas com consumo de drogas até problemas financeiros, como desemprego ou impossibilidade de realizar uma cirurgia plástica. É interessante notar a plasticidade que o termo depressão recobre, podendo justificar praticamente todas as experiências desagradáveis vividas por estas mulheres. Extrapola a noção patológica definida pela biomedicina e possibilita abarcar toda a negatividade da vida cotidiana (Martin, Quirino, Mari, 2007b).

Nas entrevistas com as mulheres, a maioria se queixou dos infortúnios e sofrimentos que viviam ou viveram. A variedade de possibilidades de sofrimentos era muito grande, como por exemplo: a violência do tráfico, a traição do marido, as doenças que sofriam, as doenças na família, o filho homossexual, e a falta de dinheiro. Desta forma, tudo o que era vivido em termos de sofrimento e infortúnios justificava a depressão. Para Ehremberg e Lovell (2001), a depressão se coloca como foco de atração do sofrimento psíquico e designa, com ou sem razão, a maior parte das dificuldades psíquicas e comportamentais que cada um pode encontrar em sua existência.

Nesta perspectiva, ficou também evidente a fragilidade epistemológica da categoria depressão, como mostrou Caponi (2009).

As causas identificadas, de que maneira as mulheres entendiam o sofrimento que nomeavam como depressão?

As mulheres possuíam ideias vagas sobre a depressão, não sabendo definir exatamente do que sofriam (como em Martin, Quirino, Mari, 2007b):

“Ah! Eles deram como depressão, né... depressão profunda, né... Dor na alma”. (M3)

Observou-se, também, uma confusão entre sintomas ou causas e definição da doença, como mostra a seguinte fala:

“Ah, eu não sabia nem o que era, aí ele falou pra mim que os sintomas que eu tinha era devido a depressão, por causa dos problemas que eu tinha, eu contei tudo da minha vida..”. (M19)

Havia o preconceito de que a depressão comentada por outros era frescura, ou seja, uma maneira de chamar a atenção das pessoas e, ainda, a associação com a loucura, noção também identificada em Martin, Mari e Quirino (2007a):

“Mexe muito com a mente, aí eu não sei... eu falo assim...- mas isso não é uma doença -, aí eu acabei crendo que é uma doença. Como o povo tinha, eu falava assim... “é uma doença?”, eu falava assim... Agora eu sei que não é frescura viu! A gente tem que passar pra saber...”. (M4)

Assim, embora a noção de doença fosse, na maioria das vezes, vaga e superficial, havia a preocupação em não ser confundido com os chamados “loucos”.

A maioria das entrevistadas não acreditava na possibilidade de cura para a depressão:

“Eu não controlo mais, eu tenho certeza que a minha cabeça não volta mais como era antes... Eu acho que não!”. (M4)

Para outras, a cura estaria associada a mudanças na vida, pouco prováveis de acontecer, e que, desta forma, limitavam a possibilidade de ocorrer:

“Você sabe quando eu ia me sentir curada? Quando eu tiver minha casa, um carro na minha garagem, um marido fiel, cuidando dos meus filhos, todo mundo numa boa, sem aborrecimento. Assim eu seria feliz. Isso seria minha felicidade, porque só foi decepção”. (M23)

Por fim, algumas entrevistadas relacionaram a cura à fé religiosa, como mostra a fala:

“Depressão só Jesus que cura”. (M18)

De qualquer forma, a possibilidade de cura não se encontrava na responsabilidade ou vontade individual das mulheres, mas em eventos externos, sejam eles religiosos ou mágicos. Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) identificaram, em sua pesquisa, a opção de alívio ou cura para o sofrimento na religião, nas conversas e, também, no apoio psicológico, além dos médicos. Para as mulheres entrevistadas, a religião era também uma opção para diminuir o sofrimento, sem abandonar o tratamento médico. Vale ressaltar que a opção religiosa, para algumas mulheres, foi um impeditivo para a concretização da tentativa de suicídio, pela moral da igreja à qual pertenciam.

Quanto aos sintomas, alguns se aproximavam dos critérios diagnósticos biomédicos e outros não, tais como: agressividade, medo, esquecimentos, contato com parentes mortos, estresse, nervoso ou de origem somática. Algumas mulheres relataram pensamentos sobre suicídio (com algumas tentativas), e ideias sobre a morte também eram frequentes. Ficou evidente que os sintomas não se enquadravam nos critérios diagnósticos biomédicos nem nas categorias exclusivamente psíquicas de sofrimento. Duarte (2003) mostra como é necessário tratar o sofrimento como um modo de classificação integrado e holista, sem separar mente e corpo, ou físico e moral.

Além do tratamento no NAPS, o uso de medicamentos foi valorizado por todas as entrevistadas, e era um recurso importante para lidar com seus sintomas, como será tratado a seguir.

O consumo do medicamento

Os medicamentos mais citados foram os ansiolíticos e os antidepressivos. Seu uso no tratamento da depressão foi valorizado por todas as entrevistadas como um recurso para lidar com seus sintomas:

“Como eu falei, ameniza muita coisa. Uma coisa é você viver chorando 24 horas por dia e você querer se matar, com dó de você a vida toda. E você vai aprendendo que o remédio, parece que não, mas, ele mexe muito com a mente da gente, ele mexe muito”. (M12)

“... Quando eu ia nos médicos psiquiatras, eu dizia que eu queria um remédio pra me dar alegria, eu fico assim muito... não sei te falar se é triste, mas sem ânimo, então eu sinto essa falta do remédio, pra me dar mais ânimo, mais coragem”. (M16)

Como foi mostrado, algumas mulheres chegaram ao serviço com prescrições de medicamentos para depressão realizadas por outros profissionais da área médica, recomendações de amigas, além dos atendimentos em pronto-socorro e ambulatórios de especialidades além da psiquiatria. O diagnóstico e a medicação haviam sido realizados em outro momento:

“O primeiro remédio quem me deu... foi o meu gastro... há mais de 5 anos que eu faço tratamento com o gastro!”. (M4)

“Por que a senhora começou a tomar Diazepam? - Ó, a médica que não é psiquiatra... É... Neurologista... Porque quando eu comecei a ter aborrecimento...”. (M10)

Como observou Cardoso (1999), o resultado da integração da prática psiquiátrica à clínica médica tem sido o tratamento extensivo de morbidades consideradas, de acordo com a classificação nosológica médica, como psicossomáticas e o consumo em larga escala de medicamentos psicotrópicos. Clarke (2006) mostra que o resultado do sucesso da comercialização de medicamentos antidepressivos e as ênfases em tratamentos psicológicos validados empiricamente é de que as experiências depressivas das mulheres estão em perigo de serem excessivamente medicalizadas e individualizadas.

Observou-se, também, que havia variações de consumo em relação à prescrição médica, como mostram as falas abaixo:

“Ele perguntou assim: que remédio a senhora tomava? Eu não sabia mais falar pra ele porque eu tinha tomado por minha conta”. (M17)

“Foi assim: foi a minha colega que me deu, porque tem gente que pega medicação lá no NAPS e não toma, joga na maré e fica boiando... Oh, judiação!...”. (M5)⁷

“Eu dou calmante pra uma pessoa, uma amiga minha que tem depressão e tem vergonha de ir no NAPS, mas eu dou pouquinho, dou uma dessa e uma dessa. Mas olha, é tudo guardadinho, separadinho, mas não estou louca de ficar dando remédio. (M24)

Nas duas últimas falas, ficou evidente a banalização do termo depressão. Uma mulher comentou exagerar nos sintomas na consulta psiquiátrica para dar uma parte dos medicamentos para a amiga, por ela diagnosticada também como “deprimida”. Este consumo obedecia a uma lógica na qual havia uma avaliação de necessidade independente da prescrição médica. Revela, desta forma, um deslocamento das necessidades relacionadas ao registro biomédico para o contexto no qual o sofrimento se enquadra.

Maluf (2010) mostra que existe uma “demanda por medicação”. Esta autora identifica esta demanda nas falas dos profissionais de saúde, que se queixam das estratégias e formas de pressão dos pacientes para obterem a receita, e, também, nas mulheres diagnosticadas com depressão e consumidoras de medicamentos.

Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) também observaram uma apropriação pessoal do uso de remédios, incluindo recomendações, sugestões ou, mesmo, estoque dos medicamentos para uso de quem necessite.

Relatos de efeitos colaterais também foram frequentes:

“Aí você toma e já fica com cara de besta, cara de idiota”. (M5)

“Agora sim, to dormindo, mas... eu amanheço dopada quando tomo o remédio”. (M4)

Embora os relatos sobre efeitos colaterais fossem considerados, o consumo de medicamentos psicotrópicos era mantido. Os critérios de uso eram os mais variados, desde aquelas que relatavam usar de acordo com a prescrição médica

⁷ Segundo a entrevistada, as pessoas buscam o diagnóstico de depressão em serviços de saúde mental para obterem licenças médicas e aposentadorias, pegam o medicamento prescrito e depois jogam fora. Comentários sobre este uso da depressão foram frequentes tanto no serviço como entre os moradores da região.

(mas também sujeitas às limitações do serviço e dos psiquiatras) até aquelas que tomavam os medicamentos por recomendação de amigas ou com avaliação pessoal. Reconheciam que o cotidiano ficava diferente com o medicamento, mas de certa forma resolvia.

A experiência da depressão, para estas mulheres, evidenciou um caleidoscópio de sofrimentos, justificativas e soluções possíveis para o sofrimento cotidiano. O medicamento era um componente importante.

Uma toxicomania medicamentosa?

A fluoxetina, atualmente, é o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo. Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica (Andrade, Andrade, Santos, 2004).

Na cidade de São Paulo, existe uma alta taxa de consumo de tranquilizantes, de 80,4/1.000 habitantes, e o clínico geral foi o líder na prescrição deste medicamento (46,9%), seguido pelo cardiologista (15,3 %) (Mari et al., 1993).

Segundo Fleck et al. (2009, p.59), na revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) para o tratamento da depressão: "Os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, porém não diferentes de placebo em depressões leves". Além disso, recomendam-se consultas semanais com monitorização de resposta, efeitos colaterais, adesão ao tratamento e risco de suicídio.

Um plano de análise sobre o significado da depressão para as mulheres não pode deixar de considerar a importância e a dimensão da indústria farmacêutica, o mercado de consumo e o lugar da medicina e da psiquiatria na nossa sociedade. É neste contexto maior que se inserem as experiências de sofrimento destas mulheres.

Uma possível maneira de abordar esta questão é realizar uma discussão sobre a drogadição nas sociedades ocidentais. Segundo Ehremberg (2010), a drogadição é a alteração dos estados de consciência (inclusive para tranquilizantes e antidepressivos). Para este autor, se drogas tradicionais permitiriam fugir para a irrealidade, os medicamentos psicotrópicos permitem enfrentar a realidade.

Os neurolépticos e antidepressivos agem sobre os sintomas, permitem aos pacientes falar, favorecendo, assim, o contato relacional com os médicos (Ehremberg, Lovell, 2001). Estes autores inserem uma nova questão no uso de medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos: quais os limites entre as funções terapêuticas e de «conforto» ou de «performance» dos medicamentos psicotrópicos?

Para estes autores, há uso incorreto, prescrições incertas, demandas de bem-estar psicológico que desequilibram a percepção destes medicamentos num conflito entre cuidado, conforto e dependência: hoje, diferenciamos mal o fato de cuidar e o de se drogar (Ehremberg, Lovell, 2001).

O tratamento no Núcleo de Atenção Psicossocial, apesar de possuir uma proposta interdisciplinar, resumia-se ao atendimento ambulatorial com o psiquiatra. Este profissional era importante, também, pela prescrição de medicamentos. Pelo que foi exposto sobre o consumo de medicamentos psicotrópicos entre estas mulheres, por sua variabilidade e descontinuidade, é possível pensar que poderia estar ocorrendo uma toxicomania medicamentosa.

As mulheres descreveram um cotidiano pobre, por vezes violento, repleto de incompreensões e sofrimentos. De certa forma, os medicamentos consumidos permitiam enfrentar esta realidade considerada tão sofrida. Assim, uma dependência psíquica ou física poderia estar instalada. Se as queixas se referiam a uma necessidade de cuidado médico (incluindo a medicação necessária) ou a uma necessidade de conforto, não foi possível averiguar.

O conforto, no caso destas mulheres, poderia ser definido como um alívio na vida, cujas dificuldades não eram fáceis de superar. Em face da condição de imutabilidade de alguns problemas, o medicamento contribuiria, tanto do ponto de vista de sua ação farmacológica quanto simbólica, para um cotidiano menos insuportável. A relação com os medicamentos era ambígua: apesar da preocupação com efeitos colaterais e possibilidade de dependência, sua busca era evidente.

Considerações finais

O ponto de partida do estudo foram mulheres com diagnóstico de depressão atendidas em um serviço de saúde mental. Observou-se que, mesmo no registro biomédico (do diagnóstico, da noção de doença e do tratamento), o significado do sofrimento para estas mulheres extrapolava para o domínio social.

É possível analisar estas informações em lógicas distintas. A primeira, na lógica do atendimento em saúde mental. Cardoso (2002) mostra que a dialética entre contexto social e políticas públicas pode elucidar como são manejados os episódios de doença tal como eles são circunscritos tanto pelo significado cultural que lhes é atribuído quanto pelos recursos terapêuticos que são, então, colocados à disposição para o seu controle.

Neste plano, a etnografia com mulheres mostrou o contexto do atendimento em saúde mental no NAPS. Mesmo que não ocorressem os problemas de falta de médicos ou quaisquer outras limitações de ordem técnica ou de gestão, o significado da depressão não pode ser reduzido à prática dos profissionais de saúde. O tratamento no NAPS é um recurso possível para o tratamento da depressão – no caso deste estudo, foi identificado como a principal fonte de alívio para o sofrimento relatado pelas mulheres.

A segunda lógica é aquela da experiência das pacientes que, complementarmente ao atendimento no NAPS, revelou como a depressão expressa os dramas sociais particulares, sempre mediados pelo significado cultural do sofrimento. Assim, a doença passa a ser mais bem definida como uma condição social com componentes clínicos, e não o inverso, como mostraram Nakamura, Martin e Quirino (2007).

A articulação entre estes planos, sempre difícil, pois trata de lógicas diferentes, tornaria possível uma proposta terapêutica mais sensível e talvez mais eficaz.

Este estudo possui limitações inerentes ao contexto no qual foi realizado. As críticas das usuárias sobre a falta de médicos foram especialmente potencializadas pela falta de psiquiatras no serviço no momento da pesquisa de campo. O recorte do objeto com mulheres em atendimento não permitiu chegar à população que se queixa de depressão, não tem acesso ao serviço e utiliza outros itinerários terapêuticos para lidar com o sofrimento.

Colaboradores

Denise Martin e Sergio Baxter Andreoli responsabilizaram-se pela concepção do estudo, revisão de literatura, análise e redação do manuscrito. Aline Cacozi responsabilizou-se pela revisão de literatura e Thaise Macedo foi a responsável pelo trabalho de campo.

Referências

- ALVES, P.C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.153-74.
- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farmac.**, v.40, n.4, p.471-9, 2004.
- ANDREOLI, S.B. et al. Utilization of community mental health services in the city of Santos, São Paulo, Brazil. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.836-44, 2004.
- BARROS, M.B.A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.4, p.911-26, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em: 10 ago. 2011.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Med.**, v.9, n.90, p.1-54, 2011. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.
- CAPONI, S. An epistemological analysis of the diagnosis of depression. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.29, p.327-38, 2009.
- CARDOSO, M.D. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Fapesp/EdUFSCar, 1999. v.1.
- CARDOSO, M. **Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso**. Florianópolis: Ed. Ilha, 2002.
- CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, supl.1, p.18-25, 2009.
- CLARKE, H. Depression: women's sadness or high-prevalence disorder? **Aust. Soc. Work**, v.59, n.4, p.365-77, 2006.
- DUARTE, L.F.D. Doença, sofrimento, perturbação e pessoa. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA: PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. 2003, Londrina. **Anais...** Londrina, 2003, p.107-15.
- _____. Investigação antropológica sobre doena, sofrimento e perturbao: uma introduo. In: _____ (Org.). **Doena, sofrimento, perturbao: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.9-27.
- EHREMBERG, A. **O culto da performance: da aventura empreendedora   depresso o nervosa**. Aparecida: Idéias e Letras, 2010.
- EHREMBERG, A.; LOVELL, A.M. **La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société**. Paris: Odile Jacob, 2001.
- FLECK, M.P. et al. Revisão das diretrizes da Associao Médica Brasileira para o tratamento da depresso o (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, supl.1, p.S7-17, 2009.
- HALBREICH, U. et al. Culturally-sensitive complaints of depressions and anxieties in women. **J. Affect. Dis.**, v.102, n.1-3, p.159-76, 2007.
- HUSSAIN, F.; COCHRANE, R. Depression in South Asian women living in the UK: a review of the literature with implications for service provision. **Transcult. Psychiatry**, v.41, n.2, p.253-70, 2004.
- KLEINMAN, A.; GOOD, B. **Culture and depression**. Berkeley: University of California Press, 1985.

- MALUF, S.W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.W.; TORNQUIST, C.S. (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p.21-68.
- MALUF, S.W.; TORNQUIST, C.S. (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- MARI, J.J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. **Psychol. Med.**, v.23, n.2, p.467-74, 1993.
- MARSELLA, A.J. et al. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In: KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Orgs.). **Culture and depression**. Berkeley: University of California Press, 1985. p.299-324.
- MARTIN, D.; MARI, J.; QUIRINO, J. Views on depression among patients diagnosed as depressed in a poor town in the outskirts of São Paulo, Brazil. **Transcult. Psychiatry**, v.44, n.4, p.637-58, 2007a.
- MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depression among women living in the outskirts of São Paulo, Southeastern Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.41, n.4, p.591-7, 2007b.
- MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study 1. **Science**, v.274, n.5288, p.740-3, 1996.
- NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. (Orgs.). **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Manole, 2009. v.1. p.15-35.
- _____. **Depressão na infância**: uma abordagem antropológica. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.F.Q. A compreensão da depressão na população pobre, uma ocorrência mais (fortemente) social, do que uma doença (fracamente) clínica. **Rev. Mediações**, v.12, n.1, p.313-22, 2007.
- OLIVEIRA, R.C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: _____. (Org.). **O trabalho do antropólogo**. 2.ed. Brasília: Ed. Unesp, 2006. p.17-36.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: referência rápida. Trad. Gabriela Baldisserotto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- PARKER, G.; BROTHIE, H. Depressão maior suscita questionamento maior. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, supl.1, p.S3-6, 2009.
- PEREIRA, B. et al. The explanatory models of depression in low Income countries: listening to woman in India. **J. Affect. Dis.**, v.102, n.1-3, p.209-12, 2007.
- RODRIGUES, N.; CAROSO, C.A. Idéia de "sofrimento" e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L.F.D. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.137-50.
- SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.437-46, 2011.
- TORNQUIST, C.S.; ANDRADE, A.P.M.; MONTEIRO, M. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, S.W.; TORNQUIST, C.S. (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p.69-132.
- USTUN, T.B. et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. **Br. J. Psychiatry**, v.184, n.5, p.386-92, 2004.

MARTIN, D. et al. Significado de la búsqueda de tratamiento por parte de mujeres con trastorno depresivo atendidas en servicio público de salud. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.43, p.885-99, out./dez. 2012.

El objeto del estudio de carácter etnográfico ha sido el de analizar el significado de la búsqueda de tratamiento por parte de mujeres con trastorno depresivo atendidas en el Núcleo de Atención Psico-social del municipio brasileño de Santos, estado de São Paulo. En tal contexto se identificaron el tratamiento de la depresión en el servicio (desde el encaminamiento hasta la atención) las nociones de enfermedad elaboradas por las mujeres y el consumo de medicamentos. Quedaron evidentes la banalización de la depresión, la importancia del psiquiatra y del uso de anti-depresivos y ansiolíticos en el tratamiento. Los patrones de consumo encontrados en las mujeres sugieren una "toxicomanía medicamentosa". El uso de medicamentos, además de su acción farmacéutica, posee una acción simbólica en el sentido de comodidad y cuidado. Nuestro trabajo sugiere la necesidad de articular el significado de las experiencias de las mujeres y los planteamientos terapéuticos de la depresión en la construcción de políticas públicas de salud mental.

Palabras clave: Depresión. Mujeres. Etnografía. Utilización de medicamentos.

Recebido em 14/09/11. Aprovado em 05/04/12.

Urbe fágica