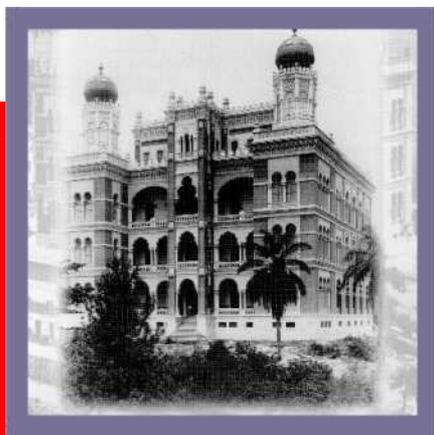


Fundação Oswaldo Cruz



**Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães**

Departamento de Saúde Coletiva

Mércia Zeviani Brêda

**O CUIDADO AO PORTADOR DE
TRANSTORNO PSÍQUICO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE.**

ORIENTADOR:
Prof^ª. Dr^ª. Lia Giraldo da Silva Augusto

CO-ORIENTADOR:
Prof. Moab Duarte Acioli

Recife 2001

Mércia Zeviani Brêda

**O CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO PSÍQUICO
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

*Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva /
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz*

Orientação : ***Prof.a. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto***

Co-orientação: ***Prof. Moab Duarte Acioli***

Recife

2001

Ficha Catalográfica

B831c Brêda, Mércia Zeviani

O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde/Mércia Zeviani Brêda. – Recife: NESC, 2001.

126f.:tab., graf.

Dissertação(Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

Orientador: Lia Giraldo da Silva Augusto.Co-

Orientador: Moab Duarte Acioli.

1.Cuidado em saúde. 2.Portador de transtorno psíquico.3.Atenção básica em saúde.4.Programa de saúde da família. I.Título.

CDU 616.89'082.8



**A Comunidade do
Pontal da Barra**

Meus sinceros agradecimentos aos que me ajudaram na construção desse trabalho.

À Prof.a Lia Giraldo pelo voto de confiança e liberdade, sem deixar de ajudar-me no desenvolvimento do trabalho e na busca de conhecimento.

Ao Prof. Moab Acioli pelas indicações de leitura, ajuda na utilização do método, pelo incentivo e apoio.

À Prof.a Constança por sua sensibilidade e atenção aos meus anseios.

À bibliotecária Sílvia pela dedicação na revisão dos critérios bibliográficos.

À Coordenação do Programa Saúde da Família de Maceió pela disponibilidade em contribuir com a realização deste trabalho.

Aos funcionários da Unidade de Saúde da Família do Pontal por sua participação e colaboração.

À amiga e médica-sanitarista Therezinha Farias pela disponibilidade constante em me ajudar.

Às Prof.as Tânia, Lucélia e Ana que aceitaram a sobrecarga de trabalho em prol do meu crescimento profissional.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFAL pela convivência amigável, sincera e prazerosa.

À amiga Maria de Jesus pelas horas dedicadas a me ouvir, ler os meus escritos e me confortar

À amiga Graça pelo apoio incondicional e por estar do meu lado do começo ao fim dessa jornada.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos amados.

Ao meu doce e amado companheiro Djalma por seu amor, dedicação e fé.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior-CAPES, pelo incentivo financeiro.

Sumário	Páginas
Resumo	
Summary	
1 Introdução	08
2 Quadro Teórico	14
2.1 Transtornos Mentais: Problema de Saúde Coletiva	
2.2 Os Movimentos de Mudança em Saúde	
2.2.1 Da Reforma Sanitária ao Programa de Saúde da Família	
2.2.2 Da Reforma Psiquiátrica à Transformação do Cuidado	
3 Objetivos	35
3.1 Objetivo Geral	
3.2 Objetivos Específicos	
4 Trajetória metodológica	37
4.1 Tipo de Pesquisa	
4.2 Cenário da Pesquisa	
4.3 Sujeitos da Pesquisa	
4.4.1 Coleta de Dados	
4.4.2 Análise dos dados	
4.5 Critérios éticos	
5 Apresentação e Discussão dos Resultados	55
5.1 O depoimento da equipe do Programa de Saúde da Família	
5.2 O depoimento do portador de Transtorno Psíquico	
6 Considerações Finais	101
Buscando Caminhos	108
Anexos	111
Referências bibliográficas	119

Resumo

Este trabalho teve por objetivo compreender como é prestado o cuidado em saúde aos sujeitos portadores de transtornos psíquicos na atenção básica em saúde. Foi desenvolvido em um bairro periférico do Município de Maceió, no Estado de Alagoas, coberto exclusivamente pelo Programa de Saúde da Família. Buscou neste cenário e, nos relatos de experiência dos portadores, seus familiares e profissionais de saúde da família, o material para essa compreensão. Utilizou uma abordagem qualitativa de Estudo de Caso, no referencial teórico de Lüdke e André na coleta de dados e, o de Minayo para a análise final. Foram aplicadas entrevistas semi - estruturadas enriquecidas com observação direta. Revelou que o cuidado ao portador psíquico na atenção básica em saúde tem sido hospitalar, fragmentado, e, centrado em ações medicamentosas. Há uma exclusão deste portador em programas, territórios e ações separadas e não articuladas. Os profissionais de saúde, assim como as famílias têm reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental. O Programa de Saúde da Família, neste caso, apesar de se constituir numa nova proposta de modelo assistencial, não tem sido capaz de mudar a lógica da atenção centrada no modelo clínico. Sua forma de cuidar em saúde não se coaduna com os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e, nem com a estratégia do Saúde da Família implantado nestes últimos anos no país. A penetração da equipe nas redes sociais é ainda muito tímida e a dinâmica das ações é passiva e individual. Formas de abordagem baseadas na escuta, no acolhimento e no vínculo são raramente utilizadas, exceção feita aos agentes comunitários de saúde que demonstraram maior continência e preocupação com estas pessoas. Algumas pistas e indicações emergem da subjetividade dos sujeitos e da pesquisadora, no sentido de favorecer que o cuidado prepondere sobre o descuido à estes sofredores.

Summary

The aim of this study was to understand how health care is given by The Basic Health Attention to people who have mental disorders. It was carried out in a suburb, assisted only by The Family Health Program, in the outskirts of the borough of Maceió, in the state of Alagoas/ Brazil. This research searched the material for this comprehension in this scenery and patient's experience reports, their families and professionals of health. A qualitative approach of the Study Case was based on Lüdke and André's Theory for data collection and Minayo's Theory for final analysis. The interview semi-structured was used and enriched by direct observation. This Study Case showed that the health care to people given by The Basic Health Attention who have mental disorders had been medicated, hospitalized, fragmented suffering the technical and social division. There is one exclusion of this patient in programs, territories and separated and disarticulated actions. The professionals of health, as well as, the families have reproduced the committal's logical, that is reinforced for insufficiency and inefficiency of the Mental Health Public System. The Family Health Program, in this case, isn't able to change the logical centered in The Biomedical Model, its way of care isn't coherent with the principles of Sanitary and Psychiatric Reform, and with The Health Family Strategy created lately in the country. The penetration of the professionals in social nets is still very small and the dynamic of their actions is individual and passive. Forms of approaches founded in listening, in welcome, and in linking are rarely used, exception to the Health Community Agents who showed more continence and concerning with this people. Some clues and suggestions resulted from the subjects and researcher subjectiveness, in order to make the carefulness be more important than the carelessness to these people.

Introdução

No momento em que uma idéia é gerada, o pesquisador conta com apenas duas coisas para sustentá-la: Primeiro, o amor com que ele a concebeu. Segundo, a promessa que lhe faz a nova visão, de abrir novos caminhos.

(Alves, 2000:174.)

1 Introdução

As motivações que me impulsionaram na realização desta pesquisa estão especialmente relacionadas à minha trajetória de trabalho, de onze anos de serviços prestados em Atenção Básica em Saúde. Pude vivenciar e constatar a forma rígida, normativa e, muitas vezes, pouco criativa que o cuidar em enfermagem assume.

Tal constatação levou-me a refletir sobre esta profissão em sua amplitude e, a me inquietar sobre como ela percebe e interage com o ser humano.

Com vistas ao aprofundamento do conhecimento deste ser humano, sujeito e objeto da enfermagem, busquei um Curso de Especialização em Psiquiatria e Aperfeiçoamento em Saúde Mental. Este, por sua vez, forneceu-me inúmeros subsídios para minha atuação em Saúde Pública. Dentre eles, o auto e hetero-conhecimento e as diferentes formas de comunicação terapêutica, especialmente as voltadas às pessoas que vivenciam o adoecimento psíquico.

Mais recentemente, a entrada na academia como professora do Setor de Estudos de Enfermagem em Saúde Pública na Universidade Federal de Alagoas , tem me propiciado novas experiências. Uma delas, foi a participação no processo de implantação do Polo de Capacitação de Saúde da Família no estado de Alagoas, Seleção das Equipes e Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecidos a médicos e enfermeiros do Programa. Por ocasião dessa participação, tenho escutado, especialmente em Maceió, cidade onde resido desde

1994, vários relatos e feitas observações em que constato nos profissionais de saúde a mesma sensação de incapacidade em lidar com a existência- sofrimento psíquico que eu sentia enquanto enfermeira de serviço. Percebo, também, muitas vezes, a negação da existência de tais problemas no âmbito de suas ações ou a redução da atenção ao simples gesto de encaminhamento ao especialista e/ou a internação psiquiátrica. Penso que se nada for feito a esse respeito, a proposta da Reforma Psiquiátrica em Maceió será inviabilizada pela falta do envolvimento e preparo dos profissionais da rede básica de atenção. Neste caso, nas equipes do "Programa Saúde da Família". Quem mais se prejudicará será o sujeito portador de transtorno mental e a família que vivencia tal sofrimento.

Para a realização desta pesquisa parte-se ainda de algumas considerações, tais como:

- Constatação de que os transtornos mentais se constituem no Brasil, um problema de saúde coletiva (CID. 10. OPS, 1998 e Ministério da Saúde, 1994);
- Convicção de que esse problema precisa ser enfrentado, preferencialmente, nos espaços onde as pessoas constituem suas subjetividades, nascem, vivem, morrem; ou seja, no lugar concreto de moradia e trabalho, acompanhando o processo de descentralização, municipalização e territorialização das ações de saúde¹ e, seguindo os princípios da Declaração de Caracas redigida em 1990 (anexo 4);
- Premissa de que as propostas de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e a **Estratégia** de Saúde da Família, mesmo que concebidas separadamente, defendem a saúde enquanto direito, o território enquanto espaço privilegiado das ações de saúde, a necessidade explícita de superação do exclusivismo do modelo biomédico e o fortalecimento e participação das redes sociais, entre elas: a comunidade, o trabalho e a família. (Berlingüer et al., 1988; Viana et al., 1999; Amarante 1995);

¹ Adotar o território enquanto estratégia significa afirmar que os serviços de saúde devem: assumir a completa responsabilidade pela atenção em saúde neste espaço social e, incorporar na sua prática o saber das pessoas que o constituem. A atitude terapêutica deve se basear, não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento. (Amarante apud Rotelli, 1994)

- Necessidade urgente de incorporar à dimensão cuidado na assistência de saúde enquanto atitude de colocar atenção, mostrar interesse, não numa atitude de sujeito- objeto, mas de sujeito- sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com- vivência, não de intervenção, mas de interação (Boff, 1999).

Partindo-se do fato de que os Transtornos Mentais/Psíquicos, enquanto problema coletivo de saúde, estão inseridos nas redes sociais que constituem determinados territórios. E sabendo-se que o Programa de Saúde da Família- PSF aproxima-se do cotidiano de tais redes. Neste curso de pós-graduação, tento compreender exclusivamente como se caracteriza a relação de demanda e oferta de cuidados aos sujeitos portadores de Transtornos Mentais inseridos num território de abrangência do **Saúde da Família**.

A pergunta que guia inicialmente essa investigação é: **Como é prestado cuidado em saúde ao sujeito portador de transtorno psíquico² num território de cobertura do Programa Saúde da Família ?**

Como este cuidado está sendo prestado por um programa que não foi contemplado no processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, mas que agora é parte integrante do sistema de saúde no Brasil? Como está sendo prestado este cuidado por um projeto que é mais voltado para a atenção básica, mas que por outro lado tem a responsabilidade pela atenção integral em saúde de sua população adstrita? Como se retrata esse cuidado na relação entre a equipe de saúde e o sujeito portador de transtorno mental ?

Raros são os estudos que abordam o cuidado e a assistência em saúde mental no contexto da rede básica de serviços em saúde. Entre eles, o de Amaral (1995) sobre a eficácia da atenção à saúde mental. Este estudo revelou que a atribuição de competência à rede básica em assistir pacientes egressos de hospitais psiquiátricos em Campinas/SP revelou-se ineficaz, não contribuindo para redução das reinternações e afastando o sujeito portador de Transtornos Mentais de sua

² No CID. 10 (1993), o termo "*transtorno*" é utilizado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado a sofrimento psíquico e interferência com funções pessoais. Para a Psiquiatria Social esse conceito , deve ser visto a partir da perspectiva "*existência - sofrimento*", o que envolve: valorizar a subjetividade, privilegiar o cuidado e, a reinserção da pessoa que está em sofrimento psíquico em suas redes sociais de relação.(Amarante, 1994) Neste trabalho, baseado em Kleinman (1978), a categoria *transtorno mental* (Disease) será utilizada, associada com os modelos clínicos explicativos e, *sofrimento psíquico* (Illness) com os modelos explicativos popular.

rede social. Aponta como principais causas: a pequena inserção das equipes de saúde na comunidade local, a falta de outros equipamentos/recursos de saúde mental na área de abrangência (oficinas, centros de convivência, moradias protegidas) e a ausência de propostas de articulação intersetorial.

Este estudo ilustra o importante papel que a rede básica de saúde assume na concretização ou inviabilização da desinstitucionalização³ e da recuperação psicossocial do portador de transtornos mentais e, a necessidade de inserir a saúde mental na área mais ampla de saúde geral.

Um estudo sobre atendimento médico e prevenção de transtornos mentais em um Centro de Saúde, revelou que a conduta mais freqüente dos médicos em relação ao sofrimento psíquico era a prescrição de psicofármacos, principalmente de benzodiazepínicos. (Oliveira, 1988)

Outro dado que chama atenção é o de Danese (1998), que ao estudar o uso de psicofármacos num Programa de Saúde da Família no interior paulista, se deparou com uma grande proporção de mulheres que faziam uso constante dessa medicação e que não identificavam o serviço de saúde como o lugar onde poderiam ser ajudadas, mas sim os templos evangélicos. A autora considera que diante do descuido do serviço de saúde o usuário de psicofármacos procura a religião para o enfrentamento de seus problemas. O que evidencia um conflito culturalmente construído, em que o serviço de saúde utiliza informações e tratamentos tecnicamente fixos, baseados no modelo biomédico, ao passo que, os pacientes buscam mais do que o alívio dos sintomas, explicações significativas e tratamento psicossocial da doença.

A esse respeito Kleinmann (1978) refere que **sistemas de cuidado à saúde**, representam culturalmente tarefas adaptativas em face da doença. Estes sistemas estabelecem relações entre as crenças sobre causação, experiências de sintomas, decisões concernentes ao tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados terapêuticos. Contém três **arenas** nas quais a doença é experienciada e

³ Enquanto a *Desospitalização* é vista como o processo de criação de alternativas extra-hospitalares, visando a diminuição das internações psiquiátricas. ³ *Desinstitucionalização* para a psiquiatria social significará, mais do que desospitalizar, desconstruir o sistema de saberes e práticas que instituem o isolamento, fundem limites, intolerâncias e diferenças por um saber e prática fundado na existência- sofrimento dos sujeitos..(Rotelli, Amarante, 1992)

enfrentada e onde se organizam sistemas de crenças, expectativas, papéis e preferências, são elas: **a popular, a folclórica e a profissional**. Cada arena utiliza-se de um "modelo explicativo" que congrega sistemas específicos de conhecimento e valores. De acordo com essa concepção o modelo explicativo biomédico pode estruturar uma visão da realidade clínica, centrada no atendimento médico, na qual a doença (**disease**) é localizada dentro do corpo de uma pessoa doente e a assistência é vista como o tratamento de uma doença orgânica e o modelo explicativo popular pode localizar o problema (**illness**) na família e rotular a família toda de doente e o alvo do tratamento envolverá muito mais do que o corpo do paciente.⁴

A partir destas informações, trabalha-se com a pressuposição de que existe uma dicotomia no Programa Saúde da Família, entre o modelo biomédico e o modelo popular de atenção. Pode-se supor que os médicos estariam mais identificados com o primeiro modelo, os agentes comunitários com o segundo e as enfermeiras, por se envolverem em trabalhos de educação em saúde, híbridas entre os dois modelos.

Outra pressuposição que se pode trabalhar é que: o Programa de Saúde da Família, apesar de se constituir numa nova proposta de reorganização da atenção em saúde, não supera o modelo biomédico e/ou sanitário dominante.

Nesse sentido, acredita-se que desenvolver um estudo exploratório para compreender a dimensão social do cuidado, a inserção das redes sociais⁵ no modelo biomédico e, por outro lado, a inserção deste modelo nas redes, contribuirá com o debate para modelos assistenciais alternativos, tal qual a **Vigilância à Saúde**⁶.

⁴ Uma das principais contribuições da Antropologia, nas décadas de 40 e 50 foi a categorização e a discussão conceitual dos termos: *disease* (manifestação patológica em linguagem biomédica; *illness* (percepção subjetiva expressa em linguagem de senso comum) ; *sickness* (expressão cultural da doença) .(Kleinman, 1986; Frankenberg, 1980, Young, 1982).

⁵ O termo Rede Social refere-se às pessoas e instituições que estão direta ou indiretamente envolvidas no cotidiano do sujeito portador de Transtorno Mental. Integra esta rede: o próprio sujeito, seus familiares, os amigos, companheiros de trabalho, os serviços locais de saúde, as associações de bairro, a escola, o trabalho, dentre outros.

⁶ Segundo Paim(1998) existiriam três modelos assistenciais: 1. O *Médico Assistencial*: onde o locus assistencial é o hospital, centrado no médico, o objeto é a doença e os doentes, usa a tecnologia médica individual e, se organiza em redes de serviços de saúde e hospital. 2. O *Sanitarista* onde o locus seriam as unidades de saúde, o sujeito: o sanitário; o objeto: os modos de transmissão e fatores de risco, usa a tecnologia sanitária e organiza-se em campanhas, programas especiais, sistemas de vigilância. 3. O *Modelo de Vigilância Sanitária*, onde o sujeito é a equipe de saúde e população, o objeto são os danos, riscos, condições de vida e trabalho, usa a tecnologia de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias e, se organiza através de Políticas Públicas Saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas (prevenção, promoção e recuperação) e, operações sobre problemas e grupos populacionais, seria um modelo que incorpora e supera os vigentes.

Quadro Teórico

2 Quadro Teórico

2.1 Transtornos mentais: Problema de Saúde Coletiva

Não há como deixar de reconhecer que os transtornos mentais, hoje, se constituem em grave problema coletivo de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde:

Os transtornos mentais e de comportamento são um problema importante na saúde pública...freqüentes em sociedades e culturas, causam enorme incapacidade e padecimento entre as pessoas afetadas, bem como considerável sofrimento entre amigos e membros da família. (CID. 10, 1998:5)

Um estudo publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 1989, já nos alertava para o fato de que a América Latina enfrenta uma pandemia de transtornos psiquiátricos, que terá: *"importantes repercusiones en el desarrollo social de los países latino-americanos y en la planificación y prestación de servicios de psiquiatría e salud mental."* (Levav et al.,1989:209)

Segundo o Ministério da Saúde, em 1994 a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira foi estimada em 20%. Pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontraram prevalências de demanda potencial por cuidado psiquiátrico que variam de 19%(São Paulo) a 34%(Brasília e Porto Alegre). Os distúrbios de ansiedade e fóbicos foram as patologias mais prevalentes nas cidades estudadas, oscilando entre 11% a 18% . Somado a isso, o consumo abusivo do álcool e de outras drogas além de se constituir num grave problema na saúde pública é considerado comportamento de risco para acidentes de trânsito, atos violentos e homicídios. Pesquisas realizadas em 1997 junto a população infanto-juvenil, evidenciaram a dependência crescente e cada vez mais precoce de álcool e de drogas entre os jovens brasileiros (Galduróz apud Brasil. Ministério da Saúde, 2000). Problema de alto custo social e econômico, a dependência química acarreta perda da produtividade, mortes prematuras e gastos com tratamento.

No Brasil os gastos relativos a internações decorrentes do uso abusivo de dependência de álcool e outras drogas, no triênio de 1995-96-97, ultrapassaram os 310 milhões de reais. Ainda nesse mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4o lugar no grupo das doenças que mais incapacitam(...) Os transtornos mentais associados ao uso abusivo dessas substâncias foram a segunda causa de internação hospitalar no país." (Brasil. Ministério da Saúde, 2000: 2-5)

Vale ressaltar, ainda, que as internações psiquiátricas, no Brasil, *não obstante a segregação, exclusão, estigmatização e cronificação que causa*, vêm apresentando, nos últimos anos, um dos maiores gastos com a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde. Os leitos, na sua maioria (78,8%), privados e contratados pelo setor público, com internações longas chegam a alcançar em média 55,6 dias de duração. (Brasil, Ministério da Saúde, 1999).

A situação epidemiológica atual dos transtornos mentais em nosso país, torna-se ainda mais preocupante caso se considere: o crescimento absoluto de habitantes, as modificações em sua estrutura etária, e o impacto psiquiátrico causado pelas transformações no padrão de produção (trabalho); pelo processo gradativo de concentração de renda, pela deteriorização do consumo e pela diminuição do acesso aos bens e serviços distribuídos pelo Estado, que em última instância caracterizam-se num processo destrutivo da qualidade de vida e saúde. Segundo Levav et al. (1989), que integram a equipe de peritos em epidemiologia da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, no ano 2000, a América Latina e Caribe terá um aumento percentual dos transtornos mentais maior do que o aumento percentual da população em geral, caso não ocorra uma efetiva intervenção em nível de políticas sócio-econômicas e do setor saúde. Vale ressaltar que essa expectativa de aumento se deve principalmente à crise econômica mundial, resultado de um modelo que privilegia a concentração de renda e a redução de investimentos em políticas sociais.

O resultado mais drástico desse modelo econômico é a desigualdade social que divide o país em regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas e as pessoas em ricos ou abastados e pobres ou miseráveis.

A Região Nordeste, mais especificamente no Estado de Alagoas, como não poderia deixar de ser, é o exemplo de uma região subdesenvolvida. A crise político-

econômica dos últimos anos, que foi retratada por Veras (1997), como o resultado: da expansão do efetivo dos funcionários públicos e redução da capacidade de arrecadação de tributos estaduais motivados por acordos tácitos entre o governo e usineiros para aliviar a carga tributária destes e de outros setores privados. Esses dois fatores somados ao aumento do déficit público, endividamento, inadimplência e desorganização burocrática estatal, reduziram o crescimento da economia alagoana e fizeram com que o Estado perdesse sua capacidade de investimento em infraestrutura e promoção de políticas sociais. Uma manchete no jornal A Gazeta de Alagoas em 16 de julho de 2000 revela: "*Alagoas apresenta a pior taxa de evolução de emprego do Nordeste(...) Também tem os salários mais baixos da região*" Esse quadro de verdadeira crise tem propiciado a deteriorização da vida da população, a elevação dos índices de morbi - mortalidade e dificuldades em desenvolver promoção e prevenção em saúde. (Assumpção, 2000)

Em relação à assistência em saúde mental, a internação psiquiátrica, em Alagoas, tem sido a principal forma de intervenção e investimento no enfrentamento dos transtornos mentais, nos últimos anos. Em 1998, segundo informações do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (1999), Alagoas foi o "*terceiro estado do país que mais gastou com internações psiquiátricas*"⁷, numa população, segundo o IBGE(1996), de 2.633.339 habitantes.

Em agosto do ano 2000 uma reportagem do Jornal "Folha de São Paulo" divulgou que Alagoas contava com 06 serviços substitutivos, o que pode-se considerar paradoxal num Estado que possui 101 municípios (Athias, 2000)

O município de Maceió, capital do estado, por sua vez, repete o ciclo de exclusão e pobreza existente no resto do país e no estado, sofrendo como acréscimo as conseqüências do processo de uma urbanização acelerada e desordenada, potencializada pela falta de condições de emprego no campo e nas cidades do interior.

Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Município de Maceió (1998), não havia, e até o momento sabe-se informalmente que não há, registros de

⁷ Esta afirmação foi feita pelos dirigentes do Movimento durante o Encontro de Luta Nacional Antimanicomial realizado em Alagoas .

internações psiquiátricas em hospitais gerais. Dados da Secretaria Municipal de Saúde mostram que em 1998: 25% das autorizações de Internação Hospitalares (AIH) foram gastas com internação psiquiátrica. Existiam 1450 leitos psiquiátricos , a maioria (80%) do setor privado e com um custo médio de R\$ 800,00/mês por paciente (Maceió, 1998).

Essa situação, sumariamente descrita, coloca um grande desafio aos pesquisadores, profissionais de saúde , gestores, órgãos formadores e usuários dos serviços de saúde. Caberá a eles , de forma democrática e pactuada, a articulação de saberes e o desenvolvimento de estratégias de mudanças na assistência, na cultura e legislação em saúde mental⁸. O que envolve consolidar uma nova forma de cuidado aos sujeitos portadores de transtornos mentais que não seja mais de exclusão e isolamento, mas pautada na democracia, solidariedade e na tolerância em relação à diferença.

O Programa de Saúde da Família poderá contribuir na superação desse desafio, no momento em que envolver as redes sociais na assistência à saúde , desenvolver programas culturalmente adequados e articular diferentes ações e diferentes setores de saúde.

⁸ Em Saraceno(1994), Saúde Mental é :*"o conjunto das ações de promoção , prevenção e tratamento dirigidas ao melhoramento , à manutenção e à restauração da saúde mental de uma população "*. Podendo ser entendida tanto como a condição de saúde mental dos indivíduos e as ações para promover tal condição, incluindo dimensão mental e social da saúde.

2.2 Os Movimentos de Mudança em Saúde

No Brasil, nas últimas décadas, intelectuais, autoridades de saúde, movimento de profissionais, usuários e o Congresso Nacional, por intermédio de um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas têm lutado para transformar a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Dessas iniciativas resultaram propostas de reformulação dos padrões de assistência psiquiátrica, adotando-se política que envolve a provisão de incentivos para o uso de recursos extra-hospitalares, prezando pela manutenção do portador de Transtorno Mental em seu meio familiar e comunitário. (Melman, 1999)

Falar da provisão de recursos extra-hospitalares significa valorizar a inclusão e não a exclusão social da hospitalização. O que implica na necessidade de preparar o profissional da rede básica de saúde para a aproximação com a subjetividade das redes sociais. Esse requisito irá demandar aprendizado e uso de referencial em saúde mental, como, por exemplo: a comunicação terapêutica.

Neste sentido, mudanças curriculares que visam incorporar conteúdos de psicologia nos cursos de saúde vêm sendo promovidas, apesar de terem se mostrado ineficazes para desenvolver nos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde habilidades para lidar com a subjetividade, com a afetividade e o psiquismo dos pacientes, levando-os a se distanciarem desses aspectos. (Bastos, 1997).

Campos (1992:165) ao indicar alguns sentidos por onde deveria caminhar a mudança dessa prática na rede pública de saúde brasileira, sugere que:

Uma primeira medida para ampliar a capacidade da rede, em cuidar de forma mais integral das pessoas, seria a reforma do conteúdo das práticas médico - sanitárias, no sentido de incorporarem como procedimentos de caráter genérico, não especializado, técnicas de diagnóstico e terapêutica adaptadas da psicanálise e de outras fontes do saber em saúde mental.

Não é fazer psicanálise domiciliar que este autor propõe, mas introduzir e utilizar conceitos dessa área que são básicos para o bom estabelecimento da relação profissional de saúde e usuário. Tal compreensão deveria ser incorporada e utilizada nos serviços de atenção básica na abordagem à demanda geral e inclusive à grande parte que padece de problemas de saúde rotulados de psiquiátricos, tais como: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, uso e dependência de substâncias psicoativas, entre outros; e que dentro do modelo biomédico existe uma priorização do tratamento medicamentoso, sendo a internação hospitalar uma estratégia paradigmática para os casos de maior gravidade. Em relação à essa questão específica Campos (1992:164), considera que: *"um projeto de reinserção social exigiria que a rede básica fosse habilitada a interromper essa ciranda infernal (crise- internação- crise(...), garantindo a continuidade da vida em sociedade para essa parcela da população"*.

No entanto, sobre o pretexto de uma pretensa objetividade clínica, a relação médico - paciente ou técnico- paciente se dá com uma atenção centrada no corpo e na doença; não se dando a devida atenção às interferências sociais e subjetivas, tais como: as condições de trabalho, de vida, de concepções culturais, de história de vida, de história familiar, desconhecendo ou desprezando sua influência sobre a história da doença e a sua possível interferência no curso do tratamento e até mesmo na organização dos serviços. Campos (1992:169) considera ainda, que:

(...) a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor , em alguma medida também se expressam no movimento de busca por atenção na demanda... nesse sentido, desqualificá-la , negá-la , substituindo - a completamente por critérios de acesso de ordem técnica ou administrativa, é retirar dos serviços públicos de saúde a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas semelhantes, mas que se expressam de forma diferente conforme a história de cada cidadão.. seria condenar o SUS à triste sina dos serviços burocratizados, com seu peculiar autoritarismo, impessoalidade, incapacidade de lidar com as diferenças e de criar soluções novas para problemas diversos.

Estas proposições implicariam necessidade de uma compreensão em saúde e de uma assistência capaz de ir além da dimensão do corpo físico, ...o corpo psicossocial.

Em relação à administração e organização dos serviços de atenção básica a experiência italiana coordenada por Franco Rotelli, no decorrer do seu processo de Reforma Sanitária, incorpora a idéia de um modelo dinâmico e em transformação, de base territorial que:

Não estabeleça um quadro normativo ou uma solução institucional concluída, mas ao contrário suscite dinâmicas, conflitos, transformações e mantenha desta forma um campo aberto de incerteza, no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, as experiências, aprendizagem, etc. (Rotelli apud Campos, 1992:172)

Esta experiência pode ser muito útil ao sistema brasileiro de saúde, no momento em que se dá a descentralização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de trabalho multiprofissional com perspectivas de atenção integral à saúde, e a busca do envolvimento das redes sociais em todas as etapas do planejamento em saúde.

A despeito de todas as dificuldades, no Brasil, algumas experiências inovadoras em municípios podem ser destacadas: como a criação de redes integradas de serviços, incluindo diversas modalidades de recursos assistenciais descentralizados de cunho comunitário; de diminuição dos leitos psiquiátricos; de abertura de leitos em hospitais gerais, de mudança no sistema de financiamento dos serviços de saúde mental; redirecionando recursos financeiros para modalidades de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico e à regulamentação e definição de padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental para todo território nacional. Essas iniciativas aliadas à divulgação pelos meios de comunicação de massa, da precária situação da assistência psiquiátrica hospitalar, com violação dos direitos civis dos pacientes impedindo o exercício de sua cidadania, têm criado, junto à opinião pública, o consenso quanto à necessidade de mudança. (Marsiglia et al., 1987)

No Estado de Alagoas, em Maceió mais especificamente, acredita-se haver uma percepção de emergência na criação de modelos substitutivos, descentralizados, apoiados pelo governo estadual e local. Uma evidência dessa condição é a Lei Municipal No 4.768, em 17 de dezembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de desinstitucionalização. Em 1998, foram implantados três Centros de

Assistência Psicossociais com equipes multiprofissionais e existe ainda a proposta de implantação de outras variedades de serviços em saúde mental articulados à rede básica de saúde, com participação de familiares, usuários e sociedade civil, dentre estes o Programa Saúde da Família. (Coordenação de Saúde Mental do Município de Maceió, 1998)

Em Vilaça apud Paim et. al.(1998), o Programa de Saúde da Família não estaria confinado à Atenção Primária em Saúde, ela invade outros níveis de prevenção na medida em que sua equipe mantenham uma ação comunicativa e a articulação com outros serviços, como por exemplo: os de atenção especializada, inclusive os de assistência hospitalar.

A proposta de descentralização da atenção em saúde mental de Maceió deixa clara a necessidade do envolvimento dos serviços de assistência básica em saúde:

O número reduzido de vagas para permanência/dia nos CAPS. exige dos técnicos das unidades básicas de saúde e das equipes do PSF, especial atenção para a prevenção e o diagnóstico precoce dos transtornos mentais, buscando sempre que possível, soluções no próprio ambiente social dos usuários, dispensando desse modo a assistência especializada dos Centros de Apoio Psicossocial. (Coordenação de Saúde Mental do Município de Maceió, 1998: 5)

Diante da impossibilidade de contratação do número de profissionais recomendados pelo Ministério de Saúde para a atenção em saúde mental descentralizada, a Coordenação do Programa de Saúde Mental do município vem adotando algumas estratégias que consistem locar em cada Distrito Sanitário⁹, um psiquiatra para visita às Unidades Básicas de Saúde uma ou duas vezes por semana, objetivando "*estreitar as relações entre os profissionais da área e a comunidade onde vive o portador de transtorno psíquico*". (Coordenação de Saúde Mental do Município de Maceió, 1998: 5)

Mesmo que houvesse recursos financeiros e de pessoal suficientes para o município prosseguir no seu processo de descentralização da atenção em saúde mental, o envolvimento da rede básica de saúde, ainda assim, torna-se

indispensável, pois ela é quem está mais próxima do contexto social destes portadores.

Em Maceió, o processo de descentralização da atenção em Saúde Mental, apesar de recente e ainda incipiente, tem evidenciado a determinação política dos gestores em saúde na criação da rede de serviços substitutivos e na articulação dos diferentes agentes sociais, entre eles: a sociedade civil organizada, universidade, profissionais de saúde e usuários, com a perspectiva de se configurar num movimento concreto de mudança da prática de cuidado em saúde mental.

Faz-se necessário no entanto, a busca constante de envolvimento e da definição clara do papel a ser desenvolvido pelo Programa Saúde da Família neste processo.

⁹ O Distrito Sanitário aqui refere-se a área geográfica e administrativa a que pertence a Unidade de Saúde da Família do Pontal. Deveria possuir recursos e tecnologias disponíveis aos três níveis de prevenção em saúde (primária, secundária e terciária)

2.2.1 Da Proposta de Reforma Sanitária ao Programa Saúde da Família

Em meados da década de 70 , apesar de se viver numa época de repressão política , censura à imprensa e difícil circulação e acesso de estudos que abordavam a baixa qualidade de vida e saúde e a organização perversa do sistema de saúde ; começaram haver pressões sociais para uma abertura política e começo da reorganização de movimentos sindicais, associações de moradores, entre outras. Na área de saúde surgiu o **movimento sanitário** que, denuncia os efeitos do modelo de desenvolvimento econômico sobre a saúde da população , apresenta propostas de transformação e democratização do sistema nacional de saúde.

Um amplo movimento pela reestruturação do padrão de intervenção estatal na área social, incorporando ao texto constitucional a reorganização do sistema social brasileiro. (Luchese, 1996:77)

Esse movimento ampliou-se politicamente, promovendo debates que envolveram principalmente técnicos das instituições oficiais de saúde e segmentos populares. Assim em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, a proposta de reorientação do sistema de saúde denominando **Sistema Único de Saúde**. As experiências bem sucedidas de outros países, como é o caso da Itália, que propunha ao lado da democratização geral da sociedade, a universalidade do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas com participação da população, serviram de exemplo a ser seguido (Berlingüer et al., 1988).

No Brasil a crise econômica e a crescente pressão social por melhores serviços de saúde passaram a servir de base para as reivindicações populares e para os profissionais comprometidos com essa luta, fizeram com que, pouco a pouco, fosse surgindo um consenso em torno dessas propostas. Assim, diversas iniciativas de reorganização dos serviços de saúde em nível estadual, municipal e local. (algumas apoiadas pelo próprio Ministério da Saúde), tiveram espaços de

implementação, como é o caso do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), dirigido às áreas rurais. (Viana & Dal Poz, 1998)

Em 1980, o governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, através da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, conhecido como o PREV - SAÚDE, que pretendia integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde. (Viana & Dal Poz, 1998)

Os gastos excessivos com a Previdência Social, obrigava o governo adotar e modificar o sistema de pagamento de internações hospitalares do setor privado-contratado de saúde por diagnóstico e não mais procedimentos. Obrigaria também a celebrar convênios com estados e municípios para que essas instituições públicas de saúde, muitas ociosas, fossem melhor utilizadas principalmente para internações hospitalares e atenção básica. Foi criado um sistema de autorização de internações hospitalares (AIH) e de Ações Integradas de Saúde (AIS). A implantação da AIH deu resultado imediato, reduzindo drasticamente os gastos com internações hospitalares. As AIS representaram, pela primeira vez, a possibilidade de melhor articulação entre as instituições públicas de saúde e de planejamento integrado, propiciando também a criação de comissões inter-institucionais, precursoras dos atuais conselhos de saúde e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). (Viana & Dal Poz, 1998)

Com a superação do regime militar, a denominada "*Nova República*" (em 1985) e a convocação da Nova Assembléia Constituinte em 1986, intensificou o movimento social ampliando a discussão sobre os rumos que a assistência de saúde deveria tomar. Também em 1986, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social, que aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto de *Reforma Sanitária Brasileira* em que os princípios doutrinários seriam inscritos na Constituição de 1988 e reorientariam o sistema de saúde brasileiro com a implantação de um **Sistema Único de Saúde - SUS**. Segundo os princípios da *Reforma Sanitária*:

(...)a saúde deverá ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas, pelo acesso ao emprego, educação, salário justo, boa condição de habitação, saneamento do ambiente, transporte adequado, boa alimentação, cultura e lazer e evidentemente

de acesso a um sistema de saúde digno e de qualidade .(Brasil. Ministério da Saúde, 1987: 382-384)

Dessa forma, passa a ser de responsabilidade do Estado assegurar os meios para que as pessoas tenham acesso aos bens e serviços que lhes assegurem a saúde. Para tanto, a Constituição Federal de 1988, propõe a criação de um sistema nacional de saúde, descentralizado e novas formas de gestão que incluem todos os agentes envolvidos com essa política, entre eles: prestadores, trabalhadores, usuários e gestores.

Na Itália, Berlingüer (1988) defendia a necessidade de que a Reforma Sanitária se constituísse em espaço privilegiado de luta, capaz de transformar não apenas os serviços de saúde, numa perspectiva assistencial, mas as próprias condições sociais que determinam os padrões de morbimortalidade. Isso feito num movimento global de luta por uma política social geradora de vida e trabalho.

Essa idéia garante, por exemplo, a reintegração social dos sujeitos portadores de transtornos mentais, permitindo que estes tenham acesso ao trabalho, habitação, locomoção e relações familiares.

No Brasil, desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde, problemas de diferentes ordens para sua operacionalização se apresentaram e destacam-se: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três níveis de governo (federal, estadual, municipal); as formas de articulação público privado no novo modelo de organização dos serviços; a resistência do antigo modelo assistencial - baseado na doença e em ações curativas individuais - para uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (Viana & Dal Poz, 1998).

Nesse sentido, torna-se indispensável uma política de pressão e de controle dos movimentos sociais, sobre o Estado.

Por outro lado, o reconhecimento de que o processo saúde/doença é complexo e tem origem nas condições concretas de existência das pessoas da comunidade; na relação trabalho/ capital; na relação de dominação/ submissão; faz com que a reestruturação do sistema de prestação de serviços por si só não garanta

a qualidade de vida ao povo brasileiro. O ideal dos "*reformistas*", é de que a luta pelo direito à saúde se transforme em luta pela real democratização do Brasil, vislumbrando construir uma ordem social mais justa e mais humana (Berlingüer et al., 1988).

Na década de 90, vários estudos de avaliação crítica do processo de implantação do Sistema Único de Saúde, sugeriram mudanças que devolvessem o processo e sua função "reformadora" e não apenas "racionalizadora". Mudanças que vão desde a conjuntura econômica e política brasileira até às concepções de saúde e redefinição do papel do usuário nos sistemas de saúde.

O fortalecimento das propostas de descentralização das Políticas Sociais, associadas às reivindicações de mais recursos para operacionalização dos programas de saúde, acarretou uma série de medidas práticas no sentido de fortalecer os sistemas locais de saúde (Cabral et al., 1993). Cada município passou a atender sua própria população, enquanto subsistema de saúde inserido no Sistema Único de Saúde.

Paralelamente às propostas de implantação de Sistemas Locais de Saúde ,em 1991 o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS), que segundo o Ministério da Saúde (1994) já visava enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo. Introduzia a noção de cobertura por família e uma visão ativa da intervenção em saúde de não "*esperar*" a demanda "*chegar*" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, reorganizando a demanda e integrando-se mais com a comunidade e não centrando o atendimento somente na intervenção médica .

Tal programa antecede ao "*Saúde da Família*" (PSF) e, onde tais programas foram implantados deu-se a reorganização do sistema local de saúde, constituindo-se numa nova porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro. (Viana et al., 1999).

As primeiras diretrizes do PACS e PSF foram divulgadas em 1994, tendo sido concebidas em 1993 entre secretarias estaduais, municipais, consultores internacionais e nacionais em atenção primária da UNICEF, incorporando técnicos

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS das diferentes regiões do país que já tinham uma experiência acumulada. A concepção do PSF está registrada no documento do Ministério da Saúde (1994), que o justifica como sendo um instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde e da municipalização, devendo sua implantação ocorrer prioritariamente nas áreas de risco, com financiamento por convênio entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

O Programa, tal como concebido, foi taxado por muitos como burocrático, limitado e pouco flexível. Em 1995, quando o Ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o programa foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para o Departamento de Assistência à Saúde. Essa mudança significou o rompimento com a idéia de programa vertical. Importante para o seu desenvolvimento foi a instituição de sua remuneração pela tabela SIA/SUS (superando a forma convencional), o que ocorreu nos primeiros dias de janeiro de 1996 . Segundo Viana et al. (1999:14), nesse ato :

Existia uma tentativa clara de abolir o caráter de programa para se constituir em um instrumento de (Re)organização ou (Re)estruturação do Sistema Único de Saúde,(...) o que se pretende é que esse sirva de exemplo de um novo tipo de assistência , distinto do modelo dominante - baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrados no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades e de relação custo - benefício desvantajosa.

No momento atual são dois os modelos vigentes no SUS : o assistencial nos estabelecimentos da rede; e o da família, possuindo, este último, claras tendências de expandir e ser adotado de forma dominante, nas áreas de maior risco e com populações mais carentes e vulneráveis. Em alguns lugares, encontra-se uma "hibridização" dos dois modelos e em outros, o Saúde da Família constitui-se no modelo único de atenção básica à saúde.

Os municípios que adotam esse programa recebem remuneração "per capita" e recursos adicionais do Piso de Atenção Básica e do REFORSUS. Dessa forma a expansão do programa no país dá cobertura atual para 1600 municípios,

com 3500 equipes, assistindo 3,5 milhões de famílias (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

Há controvérsias quanto a dominância desses modelos. Os conselhos de medicina, associação de enfermagem, entre outros, têm feito uma discussão crítica. Em contraposição, as comunidades têm exercido pressão em favor da continuidade desse programa. Os defensores argumentam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há conflito entre focalização e universalização e os opositores questionam seu potencial e capacidade de mudança do modelo de atenção (Franco & Merthy, 1999).

Sem deixar de considerar as posições favoráveis e contrárias, o fato é que não se pode negar que esta forma de atenção constitui-se em tentativas de novas modalidades de assistência e gestão, de parcerias, novas formas de remuneração, contratação e processo de trabalho, possibilitando experiências de melhoria de cobertura e de qualidade da atenção básica em saúde.

Em Alagoas, o Programa de Saúde da Família possui 379 equipes que atuam em 98 municípios (97% do Estado), atendendo 45% da população do Estado (Assumpção, 2000).

No sistema de saúde de Maceió, o PSF, constitui-se, hoje, a principal forma de atenção e porta de entrada; o elo mais próximo entre as unidades assistenciais, a família e a comunidade. Do que decorre a idéia de que a efetiva transformação da assistência em saúde mental, a superação do aparato manicomial, necessitam não somente da adesão e articulação dessas equipes com a proposta de Reforma Psiquiátrica, mas também a incorporação de novas formas de lidar com a existência - sofrimento, diferentes das abordagens dos modelos médico-psicológicos de análise tradicionais, assumindo, assim, o seu verdadeiro papel de agente transformador.

2.2.2 Da Proposta de Reforma Psiquiátrica à Transformação do Cuidado

No Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (1995), surge pautado sobretudo em questões de ordem trabalhista e em denúncias das políticas de saúde mental que se tornaram socialmente evidentes no final da década de 70 e início da década de 80. Os principais resultados desse movimento foram a crítica à prática e ao saber psiquiátricos clássicos, à função tutelar segregadora da intervenção psiquiátrica e ao aparato manicomial. Esse movimento foi ampliado pela mobilização nacional pela anistia, reinscrição política partidária, liberdades sindicais, enfim, pela busca da democracia no país.

Em 1987 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986. Suas principais recomendações em relação ao modelo assistencial dizia a respeito à necessidade de reorientação da prática voltada ao sofredor psíquico, de combate à psiquiatrização do social, da democratização das instituições, da participação popular nas decisões de políticas para o setor e da priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares (Conferência Nacional de Saúde Mental, 1,1987: 17-19).

A Reforma Psiquiátrica deverá então acompanhar o modelo mais geral proposto pela Reforma Sanitária e aprofundar-se na organização de atividades que lhe são específicas, tais como: a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, a delimitação da farmacodependência, criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outras.

Impulsionado pelo processo de Reforma Psiquiátrica e norteado pela Declaração de Caracas e relatórios da 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Mental; o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a mudança do modelo de assistência em saúde mental. (Brasil, Ministério da Saúde, 1999) Neste ato, assume a má qualidade da assistência e deixa clara sua pretensão em potencializar a rede comunitária de atenção seguindo a tendência nacional de descentralização do sistema de saúde.

A Declaração de Caracas, redigida na Venezuela em 1990 (anexo 4), tem sido um referencial importante e imprescindível para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde, segundo ela, a reestruturação da atenção psiquiátrica deve se vincular à Atenção primária à Saúde e, dentro dos contextos locais de saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social.

É importante chamar a atenção para o fato de que os princípios postulados na **Declaração de Caracas**, quando enfatizam a necessidade de colocar a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção primária, dentro da estrutura dos sistemas locais de saúde, tem dupla repercussão: por um lado o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e, por outro, propõe que os serviços comunitários sejam o principal meio para se obter atendimento preventivo, acessível, descentralizado, participativo e contínuo, centrados na comunidade e em suas redes sociais.

Para estruturar a atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, e dentro do contexto dos Sistemas Locais de Saúde, muitos obstáculos deverão ser superados, inúmeras pontes e passagens devem ser construídas para que cada um não fique fechado em seu próprio ângulo, mas que se possa haver um movimento coordenado da luta pela saúde.

Para Berlingüer (1988), um dos desafios da descentralização da assistência em saúde, é promover a comunicabilidade entre as diferentes organizações sanitárias (hospital, ambulatório especializado e médicos de família); tanto a comunicabilidade administrativa, como a cultural que exigirão uma modificação na formação cultural e atitude profissional. Ressalta, ainda, que é preciso experimentar várias formas de comunicação e cooperação sem as quais se provoca a fragmentação do doente.

Neste sentido, para que se promova uma prática de saúde culturalmente sensível, é necessário conhecer os diferentes significados que os transtornos mentais assumem no sujeito - portador, na família e nos profissionais de saúde.

Em relação à prática profissional em saúde local, Campos(1992:182-185), coloca como estratégia essencial:

Instituir nos serviços públicos condições objetivas que estimulem a prática profissional segundo o princípio da integração sanitária;(…)Reestruturação do saber médico e das concepções que orientam a formação de recursos humanos para o setor; (…)liquidar o enfoque positivista ,mecanicista e biologicista da prática médica;(…)Buscar relações democráticas entre profissional /clientela (…)considerar os aspectos sociais e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento e até mesmo na organização dos serviços de saúde.

Campos (1992:187) afirma ainda que,

não haveria cabimento em transformar cada profissional de saúde num psicanalista(…)nem poderíamos esperar que os técnicos em saúde além de desempenharem seu papel específico , também interpretassem a história psíquica de cada caso.

O que se defende é que a eficácia da ação sempre depende, em diferentes medidas, da incorporação e utilização de noções ligadas à subjetividade para compreendermos melhor os mecanismos que presidem nossos relacionamentos e que para o processo de cura é fundamental. Devendo fazer parte do arsenal básico de habilidades e de saberes dos técnicos em saúde o manejo desses conceitos, assim como o de resto, a anatomia, fisiopatologia, semiologia, farmacologia, entre outros. Sabe-se, no entanto, que para sociabilizar um saber subjetivo entre os profissionais de saúde, seria necessário, antes de tudo, romper com a ideologia positivista dominante nas ciências da saúde.

Nesse cenário de discussão da reforma do modelo de atenção, torna-se essencial ter claro o papel da assistência básica, que segundo a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância deve ser acessível, a todas as pessoas e famílias de uma comunidade, num espírito de auto-responsabilização e autodeterminação, o primeiro nível em correspondência do qual os indivíduos, as famílias e a comunidade entram em contato com o Sistema Sanitário Nacional , aproximando o máximo possível os tratamentos sanitários dos locais em que as pessoas vivem e trabalham e, estar integrada aos outros setores da saúde e da comunidade além de privilegiar o trabalho em grupo(entre os profissionais e comunidade), corresponder às necessidades de saúde da

coletividade , concentrar a energia aonde vivem as pessoas, envolver a população e verificar o impacto das ações, implicando numa profunda transformação do objeto , dos objetivos e dos métodos de assistência sanitária. (OMS/UNICEF, 1978)

Pode-se dizer que a assistência básica, nestes termos, deve se constituir em estratégia de reformulação da atenção em saúde em geral e de saúde mental, que além do compromisso em construir novas forma de lidar com a saúde e a doença, e em transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, deve também mover-se para as pessoas e suas redes sociais , principalmente a família.

Este fato é bem ilustrado pela experiência italiana. Sabe-se que um dos objetivos do Sistema Sanitário Nacional italiano, relacionado `a Saúde Mental, é o cuidado ao sujeito sofredor com a preocupação máxima de inseri-lo em suas respectivas redes sociais, de modo a eliminar qualquer forma de segregação, favorecendo de forma mais concreta sua recuperação e a reintegração social (Kalil, 1992).

Outro aspecto subjacente a esse projeto que há de se considerar, é a necessidade da construção de uma nova prática assistencial não mais baseada na doença mental, mas no objeto existência - sofrimento. Essa mudança de percepção é claramente retratada por Pereira (1997:11), ao considerar o sujeito portador de transtorno mental como:

O portador de intenso sofrer psíquico que é expresso nas mais diferentes formas de comunicação(...) que as perturbações são geradas por fatores adversos complexos e que demonstram a própria negação de uma realidade do mundo interno/externo difícil de ser enfrentada; tendo, na maioria das vezes, como consequência, longas, e às vezes, definitivas internações que são sentidas no cerne de cada um.

Para Amarante (1999:50), como consequência da transformação do conceito de doença na noção de existência - sofrimento do sujeito,

deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos. O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidiano do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer , do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade

conjunta, etc. Por outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos.

O que implicará numa relação profissional de saúde e sujeito, onde o cuidar se revele:

Numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito - objeto, mas de sujeito- sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com - vivência, não de intervenção, mas de interação Boff (1999: 91).

Portanto, uma reforma baseada no objeto **existência - sofrimento**, pressupõe uma maior sensibilidade dos programas de saúde aos valores e crenças das comunidades - alvo, bem como um constante diálogo entre serviços e comunidade. Um conhecimento mais específico das experiências de adoecimento que as pessoas de determinados contextos sociais vivenciam. Significa em não apagar, mas dar luz `as dimensões sociais e subjetivas no processo de atenção em saúde.

Objetivos

3 Objetivos

3.1 Geral

Compreender¹⁰ o cuidado prestado em saúde aos sujeitos portadores de transtorno psíquico numa comunidade de abrangência do Programa Saúde da Família

3.2 Específicos

Descrever as formas de adoecimento psíquico e de cuidado em saúde prestadas pelo Programa de Saúde da Família a essa demanda.

Conhecer a experiência¹¹ do adoecimento psíquico, suas formas de enfrentamento e tratamentos buscados pelo sofredor psíquico e sua família.

Analisar as formas de cuidado em saúde prestadas ao sujeito portador de transtorno psíquico.

¹⁰ Compreender: é conter em si, abranger, 2. Alcançar com inteligência; perceber, entender. 3. Ouvir. P. 4 estar incluído ou contido. (Ferreira, 1993):

¹¹ Experiência: expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo, o que nos remete às idéias de consciência e subjetividade, mas também, e especialmente, de intersubjetividade e ação social (Rabelo, 1999)

Trajectoria metodológica

Há muita coisa no mundo, muita coisa mesmo, que as redes dos membros da confraria não conseguem pegar. São criaturas muito leves, que exigem redes de outro tipo, mais sutis, mais delicadas. E, no entanto, são absolutamente reais!

(Alves,1999: 85)

4 Trajetória metodológica

No trânsito do novo milênio, reabrem-se as alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da **Saúde Coletiva**¹². A superação do biologicismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico representam elementos significativos para a criação de seu novo marco conceitual (Paim & Almeida Filho,1998).

Para tanto, um movimento de valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor, e espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas têm sido gerado.

Novas perspectivas de reflexão e ação se abrem favorecendo o uso de métodos de investigação e critérios epistemológicos diferentes dos correntes, das ciências naturais, com vistas à obtenção de um conhecimento intersubjetivo , descritivo e compreensivo .

Santos (1995), sugere que a concepção humanística das ciências sociais que coloca a pessoa enquanto autor e sujeito do mundo seja o agente catalisador das ciências ditas naturais e sociais. Devendo a compreensão dos fenômenos sociais se dar a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem às suas ações .

¹² Para Paim e Almeida Filho (1998), a Saúde Coletiva enquanto *campo de conhecimento* contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; enquanto *processo social* investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade, analisa as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrenta-los. ...enquanto *âmbito de práticas* envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico das instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde.

Neste sentido, a **Abordagem Qualitativa** se abre como uma possibilidade concreta para o estudo e compreensão do objeto **saúde - doença - cuidado** em grupos sociais ou espaços sociais particulares.

Segundo Lüdke e André (1986: 7), para se compreender a trama intrincada do que ocorre numa situação microssocial " *faz-se necessário que se recorra a métodos de pesquisa e abordagens diferentes daqueles empregados tradicionalmente pelo paradigma positivista*".

4.1 Tipo de Pesquisa

Levando-se em conta que esta pesquisa pretende alcançar seus objetivos através do contato direto do pesquisador com a situação a ser investigada e a partir da perspectiva dos seus sujeitos. Optou-se por utilizar os pressupostos dos métodos qualitativos de investigação, referendada por Lüdke e André (1986:21), como **Abordagem Qualitativa de Estudo de Caso**. Segundo estas autoras esse tipo de pesquisa,

Tem a preocupação central em compreender uma instância singular(...)o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.

O termo **Estudo de Caso**, adaptado da tradição médica e psicológica, supõe que se pode adquirir conhecimento de determinado fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso. Para Pereira(1999: 270), trata-se de observar um ou poucos indivíduos com uma mesma doença ou evento e, a partir da descrição dos respectivos casos, traçar um perfil das suas principais características. Para ele trata-se de:

um enfoque qualitativo e exploratório que pode restringir-se a uma simples descrição ou ir mais além, de modo a sugerir explicações na etiologia, no curso e ou no tratamento da doença(...) constitui-se num inventário do que acontece genericamente, à luz da observação de poucos indivíduos .

Para Goldenberg, o **Estudo de Caso** se constitui, hoje, numa das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais, sendo utilizado com

freqüência cada vez maior por seus pesquisadores. Serve para: explorar situações da vida real, descrever situações de contexto e explicar variáveis causais de determinados fenômenos em situações sociais complexas, que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos. Para esta autora,

O Estudo de Caso não é uma técnica específica, mas uma análise holística, o mais completa possível, que considera a unidade social estudada como um "todo", seja um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos (Goldemberg, 1999: 31)

Para Triviños (1987:133), o **Estudo de Caso** é uma categoria de pesquisa cujo objeto é: *' uma 'unidade', dentro de um sistema mais amplo, que se analisa profundamente"*

Nesta pesquisa a **unidade** em foco é o cuidado prestado ao portador de Transtorno Mental numa comunidade de abrangência do Programa de Saúde da Família, no município de Maceió/Alagoas, chamada Pontal da Barra.

O centro de interesse é a compreensão desse fenômeno nesta instância singular, devendo-se cuidar e estar atento, no entanto, para a **interpretação em contexto**. A respeito disso, Lüdke e André (1986:18) chamam a atenção para o fato de que:

Para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa. Assim , para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica onde ocorrem ou à problemática determinada a que estão ligadas.

Com vistas a contextualizar o cenário onde o fenômeno foi estudado, informações sobre a história, economia do bairro, condições de saúde e acesso a bens e serviços também, foram colhidas . Para tanto, utilizou-se dos registros das observações e entrevistas dos sujeitos da pesquisa e de lideranças locais, produções literárias, relatórios de saúde e fotografias.

O **Estudo de caso** apesar de suas várias vantagens; incluindo o baixo custo para sua realização e principalmente a possibilidade de obtenção de informações numa perspectiva de conjunto e relacional, apresenta, também, algumas limitações

que devem ser consideradas. Dentre elas, está: a falta de "controles" que serviriam para contornar problemas de aferição e comparação, o que não impede, entretanto, de expandir ou generalizar proposições teóricas e disposições socialmente compartilhadas.

Para a análise e interpretação dos dados certos parâmetros, comuns de uma pesquisa qualitativa, devem ser respeitados. Para Minayo(1993:245), a principal característica deste tipo de estudo, ou melhor dizendo, o material primordial da investigação qualitativa é a **fala**, que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas, técnicas, burocráticas ou políticas, nestes termos afirma:

A fala se torna reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos(sendo ela mesma uma deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz(o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio- econômicas e culturais específicas.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa constitui-se numa tentativa clara de capturar o "ponto de vista" dos participantes, isto é, a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas, tornando-os agentes do processo de produção de conhecimento.

Bordieu (1930:15) ao definir o conceito de **habitus**, segundo o qual a identidade de condições de existência tende a produzir sistemas de disposições semelhantes através de uma harmonização objetiva de práticas e obras, afirma:

Cada agente, quer saiba ou não, quer queira ou não, é produtor e reproduzidor de sentido objetivo porque suas ações e suas obras são produtos de um 'modus operandi' do qual ele não é produtor e do qual ele não possui o domínio consciente; as ações encerram, pois, uma 'intenção objetiva', (...)que ultrapassa sempre as intenções conscientes.

O que significa dizer que a **fala** e situações individualmente expressas não permanece nos significados individuais, sendo socialmente compartilhado, passando a ter representatividade no coletivo maior.

Para obter informações contidas na fala dos atores sociais, foi utilizada a técnica de **entrevista**, entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos, que propicia a obtenção de dados objetivos e subjetivos. Optou-se pela

entrevista semi- estruturada que se desenrola a partir de um esquema básico(anexo 1 e 2), aplicada não rigidamente, mas de forma flexível, no sentido de favorecer a confiança e a espontaneidade do entrevistado

Para que as informações não se restringissem ao conteúdo verbal foi utilizada, também, a **observação direta**, orientada no sentido de descrever a pessoa entrevistada, captar aparência física , maneirismo , modos de vestir, de falar de agir, reconstruir diálogos, descrever o local, descrever eventos especiais, descrição das atividades das pessoas entrevistadas e o comportamento do observador.

No sentido de reflexão, foram incluídas as observações pessoais do entrevistador feitas durante a coleta (especulações, sentimentos, impressões, dúvidas, surpresas, decepções) em relação ao que está sendo "*aprendido*" no estudo, ao método, aos dilemas éticos e conflitos, mudanças na perspectiva do observador e esclarecimentos necessários. As observações foram registradas num **diário de campo**.

Vale salientar que, a leitura dos registros de prontuário foi utilizada, apenas, nos casos em que se ressentia de esclarecimentos sobre a idade, diagnóstico e tipo de intervenção feita, no sentido de complementar informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa.

Neste trabalho, a fala é buscada no bairro, contexto no qual as idéias e concepções acerca dos objetos sociais se desenvolvem. O pesquisador se propôs a ouvir histórias, entender sofrimentos e saber como são oferecidas as atividades de cuidado a estes portadores, não se propôs, entretanto, a ampliar a detecção de portadores de Transtornos Mentais nesta comunidade.

Pontal da Barra

*Pontal da Barra - o fim cortado ao litoral
pelo mar e a lagoa, a força das marés;*

*Fortaleza ideal dos bravos Caetés
da praia o bastião, defesa do Canal!*

*Distante seis quilômetros da Capital
partindo da Avenida e da Levada dez;
Porto do município ao sul - ponto final:
com sua indústria à mão: de renda e filés.*

*Um núcleo secular de antigos pescadores
porta aberta p'ro mar numa orgia de cores:
Lagoa, mar e céu, praia, onda e Coqueiros!*

*Sua ponta de areia, ao Coqueiral se agarra
ali, sustenta a glória - do Pontal da Barra:
A escola que foi - dos jovens Marinheiros.*

(Nascimento, 1979: 54)

4.2 Cenário da Pesquisa

Na comunidade do **Pontal da Barra**, como é habitualmente chamada, se processou esta investigação. A escolha desta baseou-se no fato de ser geograficamente bem delimitada, coberta exclusivamente pelo Programa de Saúde da Família, e por saber-se antecipadamente da existência de pessoas portadoras de Transtornos Psíquicos.

Localizada entre o mar e a Lagoa, no litoral sul de Maceió, fica separada do resto da cidade por vazios urbanos e pela indústria química Salgema. Trata-se de um "assentamento urbano antigo"¹³, de família de pescadores, que hoje se dedicam ao comércio de artesanato de renda. Para o Sr. Isaldino, seu morador mais antigo, mestre do "Fandango"¹⁴,

O nome Pontal da Barra vem de Boca da Barra (...)Boca da Barra é as águas que bota pra dentro da lagoa. É uma ponta de terra., e pela boca, vem as águas do mar e entra prá dentro das águas. É o encontro de terra que tem o mar de um lado e a lagoa dentro do canal...Nós tamo aqui arrudiado da água do mar. Como se fosse uma boca mesmo.

Para Vieira (1997), a história do Pontal da Barra remonta, a um tempo em que o bairro era **terra de índio**, época em que o Pontal formava uma aldeia, no sentido de uma só família, de casamentos consangüíneos, e onde a solidariedade fazia parte das relações familiares e de vizinhança. O núcleo do Pontal da Barra era à beira mar, na **Prainha** (atualmente sede do Departamento Nacional Transito), a desapropriação deste espaço pelos governantes para transformá-lo em escola de aprendiz de marinheiro, já no começo do século passado, obrigou os moradores a se mudarem e instalarem-se na beira da Lagoa Mundaú.

No processo inicial de assentamento da comunidade, a atividade da pesca foi fator preponderante, condicionando inclusive a forma física do assentamento. Assim a rua principal acompanha o traçado da margem da lagoa, as ruas transversais buscam seu caminho entre as dunas, satisfazendo a necessidade de circulação da população.

Hoje é clara a devastação dos coqueiros e mangues, e as construções amontoadas, retratando a luta pelo espaço de moradia, num lugar onde a terra já não é mais abundante. A pesca perdeu sua importância, cedendo espaço ao trabalho assalariado, ao emprego fora do Pontal, e no bairro, à produção e comercialização do artesanato de rendas especialmente do filé, atividade que ocupa a maioria da população do bairro, e que possui características nitidamente

¹³ As referências históricas que dão conta da antigüidade do bairro foram relacionadas pelo historiador Moacir Santana(1989), a partir do ano de 1792, quando se notifica a existência de 30 edificações na localidade (Vieira, 1997).

¹⁴ "Fandango" é uma brincadeira dançante típica do bairro, onde os participantes(homens) cantam a vida e o sofrimentos dos marinheiros.

familiares, na sua elaboração e no seu aprendizado. Para a filha do Sr. Isaldino, famosa rendeira do bairro,

O bordado aqui é antigo(...)É o filé...vem de geração pra geração(...)O bordado é uma fonte de recurso, mas já foi mais! Antigamente, aqui só era o filé, aqui só vivia do filé(...) quem vinha de fora e passava aqui no Pontal só via o filé (...)a gente sentava na porta, nestes tempos atrás era muita rendeira bordando, porque mudou, hoje não se vê(...)foi crescendo, o pessoal foi abrindo lojinha, e foi trazendo trabalhos de fora, como a renascença, a renda da madeira e outras mais.

Para Vieira (1997: 47), a implantação da indústria cloroquímica Salgema em 1976, e sua expansão na década de 80, trouxe para a população local o risco constante de poluição, de acidentes e de impossibilidade de expansão do bairro. E a integração da população com o mercado de trabalho urbano e o aumento do fluxo de turistas, contribuíram para introduzir no Pontal:

a perspectiva da rua- da individualização- rompendo com a perspectiva do bairro como casa- espaço de calma, repouso, hospitalidade...pode-se afirmar que o Pontal vem passando de uma vida coletivamente orientada, para um modo de vida muito mais individualizado.

A professora Dilma (62 anos), que nasceu, estudou e ainda vive no Pontal, parece se ressentir deste fato quando ao relembrar o passado manifesta,

A gente queria o Pontal, o povo vendo a gente fazendo o filé, ver ali na casa da gente, o cheirinho da cozinha, você entrava nas casa né, era outra coisa, todo mundo pé no chão (...)

Segundo o ponto de vista de uma famosa rendeira do bairro, este processo se deve principalmente à mudança do modelo de economia local,

Antigamente era um artesanato porque a gente vivia disso, hoje estou vendendo pro comércio. Tem que vender mais barato pra poder negociar. Bom pro comércio e ruim pro artesanato.

E, se ressentido dizendo,

É como se no Pontal fosse, assim, fazendo parte da civilização, deixando de ter aquela característica dele né, só dele né, do bairro. Porque a gente ficava aqui até duas horas da manhã, trabalhando na

porta ou dentro de casa, com as porta aberta e as costuras tudo na porta. E os carros parava e comprava. E hoje a gente não faz isso, não existe. Cada dia que a gente vai passando as coisas vão se complicando mais. Vai perdendo aquele gosto, aquele prazer da gente viver, porque a gente vivia na porta sentada cada uma alegre e satisfeita, era um monte de rendeira. Hoje a gente nem liga, a gente faz dentro de casa, não tem mais aquela chama.

O Pontal era uma bucólica vila de pescadores, e se constitui hoje num bairro de periferia urbana de Maceió, que apesar das transformações de ordem econômica que vem sofrendo, preserva ainda sua duas atividades tradicionais de subsistência: a pesca e o artesanato (Vieira, 1997).

O Senhor Isaldino que, há oitenta e três anos vive neste bairro, constata que apesar das mudanças que o bairro vem sofrendo,

O povo daqui vive mais, da pesca. É, a maioria daqui, vive da pesca. ...Ainda vive, ainda é a forma maior. Não é todos mas, a maioria é pescador, a maioria dessa terra aqui é pescador

O turismo lagunar, assim como a fabricação artesanal de rendas e bordados é o principal atrativo para turistas. Os bordados encabeçam a produção artesanal, expostos em frente às casas transformam-se em uma bela exposição ao ar livre de peças de cama , mesa e vestuário trabalhados em bordados como: filé, renda, labirinto, redendê, ponto - de- cruz, boa noite e renascença, com tramas coloridas e diversas.

O bairro conta com dois templos evangélicos, um templo católico e um terreiro de candomblé. Possui uma escola de primeiro grau pública e uma outra particular. O que garante que 87,3% da população menor de 15 anos esteja freqüentando a escola (Maceió. Secretaria Municipal de Saúde, 1998). Segundo a Prof.a Dilma, as associações são quatro: "*a do pescador que é a mais antiga, a da rendeira, o Centro Social, e Associação dos Moradores*".

A sua rua principal, única com pavimentação, possui 05 restaurantes , 02 panificações e uma farmácia que se mesclam entre as exposições de bordado e balança de peixe para venda direta de peixe.

A comunidade possui uma Unidade de Saúde da Família inaugurada em setembro de 1998 na ocasião da posse do conselho gestor, vindo a substituir o antigo Posto de Saúde que lá existia, funcionando inclusive no mesmo local. Segundo a Professora Dilma,

A unidade básica de hoje era um posto da Fundep(...)órgão que dá assistência ao pescador(...)a Prefeitura, hoje, é o responsável pelo Posto mas, no tempo do Estado, tinha dentista, tinha dois dentista, um de criança e um de adulto. Tinha médico, além do clínico geral, tinha ginecologista, tinha de criança, no tempo que era do Estado.

Atualmente o programa conta com um médico generalista, uma enfermeira, três odontólogos, um assistente social, três auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, quatro atendentes, dois serviçais e, um guarda municipal; dando 100% de cobertura às 744 famílias de uma população de 3349 pessoas, onde 99% desta dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde.(Secretaria Municipal de Saúde, 1998). Apenas dois auxiliares de enfermagem contratados pelo Programa e os atendentes que já trabalhavam no antigo posto de saúde residem no bairro.

Em relação aos problemas ligados à saúde em geral, a Professora Dilma, que é membro do Conselho Gestor identifica: *"a necessidade nossa, a primeira necessidade é o saneamento básico"*

Em julho de 2000, o mural da Unidade de Saúde expunha os principais indicadores de saúde do programa do ano anterior,

1º Casas: 83% de tijolo, 9% de taipa revestida, 5% de taipa não revestida e 3% de outros materiais

2º Destino das fezes e urina: 74% fossa, 2% sistema público de esgoto e 24% a céu aberto

3º População: 35% entre 20 e 39 anos, 11% entre 15 e 19 anos, 10% entre 5-9 anos, 10% entre 40-49 anos, 9% entre 10 e 14 anos, 6% entre 50- 59 anos, 6% maior de 60 anos e 2% menor de um ano.

4º Doenças referidas: 69% Hipertensão, 15% Alcoolismo, 13% Diabetes, 2% Epilepsia, 1% Tuberculose

5º Índice de Analfabetismo: 18%. E uma percentagem de 13% das crianças entre 7-14 anos fora da Escola.

6º Gestantes: 39% são adolescentes entre 10 e 19 anos.

Em relação aos problemas ligados à saúde mental, sabia-se, de antemão, que a comunidade possui uma alta prevalência de alcoolismo, que a partir da sua inclusão no sistema de informação, passou a ser a 2ª doença mais referida (Maceió, 1999).

Segundo os critérios estipulados pela Coordenação Municipal de Saúde Mental (1998) a unidade de saúde local contou com o atendimento semanal psiquiátrico que se extinguiu na primeira semana da etapa de trabalho de campo desta pesquisa, a psiquiatra saiu para coordenar um Centro de Reabilitação Psicossocial e até o final desta investigação, não havia sido substituída. A respeito da presença da psiquiatra a Professora Dilma opina,

Ela simplesmente passou por aí, ela não teve nada de (...) Não criou nada. Não criou nada, laços nenhum. Eu mesmo nem conheci, sou do Conselho de Gestor e não conheci essa psiquiatra. Tinha que ter um grupo aqui de terapia de grupo. ...um Psiquiatra pra dar remédio, não venha prá cá, porque não precisa, porque o remédio o Médico Clínico dá também(...)um clínico bom é melhor às vezes do que o psiquiatra.

Segundo o relatório da Coordenação Municipal de Saúde Mental, o Distrito de Saúde a que pertence este bairro foi responsável por 15% das internações psiquiátricas no ano de 1999.

O Pontal da Barra é de responsabilidade do segundo Distrito Sanitário, que ao seu turno, compreende mais três outros bairros(Ouricuri, Vergel e Levada). Nesta área distrital existem mais quatro Unidades de Saúde da Família, 4 Postos de Saúde; o Pronto Socorro Municipal e **nenhuma** referência para assistência em saúde mental.

Neste cenário integrou-se os **depoimentos** dos sujeitos da pesquisa. E, dentro dele, procurou-se desvendar a trama intrincada que envolve o **cuidado** aos portadores de Transtornos Psíquicos.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram considerados sujeitos desta pesquisa os portadores de Transtorno Psíquico residentes na comunidade previamente identificados pela equipe de saúde da família local e, os profissionais desta equipe; que aceitaram colaborar com a pesquisa. Foram, ainda, incluídos como sujeitos três portadores identificados pela própria comunidade durante a vivência no campo.

A escolha destes dois grupos de sujeitos se baseou na tentativa de captar a perspectiva de quem, pelo menos a princípio, presta formalmente o cuidado e de quem o recebe; o cuidado sob a ótica do produtor e do consumidor, na totalidade de um espaço social específico.

Foram realizadas entrevistas à 23 portadores de Transtorno Mental e à 9 profissionais do programa, dentre estes últimos: dois auxiliares de enfermagem, 1 atendente, quatro agentes comunitários de saúde, um médico e uma enfermeira. Foram excluídos desta amostra um Auxiliar de Enfermagem que se recusou a participar da pesquisa. Todos os portadores identificados pela equipe foram entrevistados. Nos casos em que o portador estava impossibilitado de fornecer informações, ou por sua ausência, ou por impossibilidade pessoal de comunicação, a família foi utilizada como principal informante e, ainda, em outros casos como fonte complementar.

4.4 Procedimentos de Coleta e Análise de dados

4.4.1 Coleta de dados

Considerando-se que a investigação deveria se dar a partir do contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, alguns passos que anteriores à entrada

no campo foram dados no sentido de cultivar um envolvimento compreensivo dos gestores e profissionais do programa e, uma aproximação gradual com os sujeitos.

Inicialmente contactou-se com a Coordenação do Programa Saúde da Família e a Coordenação do Programa de Saúde Mental do município de Maceió para divulgação da proposta, solicitação de apoio, acesso à unidade de saúde e obtenção de um diagnóstico preliminar do bairro (número de residentes, condição sócio - sanitária, serviços de saúde).

Várias visitas foram realizadas à Unidade de Saúde buscando conhecer a equipe de saúde local e saber da existência e identificar os portadores de Transtorno Psíquico. Tomou-se o cuidado, anteriormente, em visitá-los para o conhecimento, aproximação com a família, exposição da proposta de pesquisa e consulta quanto à disponibilidade em participar da pesquisa.

Nesta primeira etapa, inicial e exploratória, foram realizadas entrevistas abertas, para alguns portadores, de forma a delimitar o objeto de estudo e levantar conteúdo temático para elaboração de um esquema básico de entrevista (perguntas norteadoras). Nesta fase, por tratar-se de um entrevistador iniciante, contou-se com a supervisão de um entrevistador mais experiente. Paralelamente, foi realizado um "pré- teste" da entrevista dirigida à equipe, que foi aplicado a um profissional de saúde integrante da equipe de saúde da família de outro bairro, seguindo o mesmo objetivo: elaborar o esquema básico de entrevista a ser aplicada posteriormente.

No trabalho de campo, propriamente dito, foram efetivadas as técnicas de observação direta, entrevista semi - estruturada aplicadas aos sujeitos. Esquemas diferentes de entrevistas (anexo 1 e 2) foram aplicados para portadores e profissionais de saúde, na perspectiva de captar do primeiro a experiência do adoecimento psíquico vivenciada e do segundo sua percepção do problema e formas de intervenções comumente usadas. As entrevistas aos portadores ocorreram em seu próprio domicílio rodeados freqüentemente de seus familiares.

As **Entrevistas semi - estruturadas**, foram aplicadas inicialmente aos portadores de transtorno psíquico e posteriormente, aos membros da equipe. A entrevista ao portador, quando necessário, foi complementada por informações de

familiares. Todas as entrevistas desenrolaram-se a partir do esquema básico, porém flexível, buscando um fluxo natural de informações. No decorrer da pesquisa, quando havia a necessidade de informações complementares, estas foram buscadas nos prontuários, em instituições ou com pessoas significativas da comunidade. Foram diretamente gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora, para melhor reviver a cena e facilitar a reflexão sobre as experiências partilhadas no processo de investigação e registrados os produtos da observação do entrevistador e/ou informações complementares. Todas as entrevistas ocorreram em local e horário previamente acordados com a pessoa a ser entrevistada e de acordo com sua conveniência.

Os dados coletados foram produtos de quatro meses diários de convivência na comunidade do Pontal, durante os meses de abril, maio, junho e julho do ano de 2000 e, de outras várias visitas esporádicas que ocorreram de janeiro a dezembro do mesmo ano com vistas a exploração e conhecimento do cenário até reaplicações de entrevistas e comprovação de informações fornecidas.

4.4.2 Análise dos dados

Minayo (1999), propõe uma forma de interpretação qualitativa de dados, que considerou-se bastante adequada para o propósito desta pesquisa. Ela parte de dois pressupostos: o primeiro diz respeito à idéia de que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento; o segundo se refere ao fato de que a ciência se constrói num relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade concreta. Defende uma postura interpretativa onde os fenômenos sociais devem ser reconhecidos como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições dadas, mas também como produto de sua ação transformadora sobre o meio social.

Centrado nestes pressupostos e, seguindo as etapas propostas por esta autora, os dados desta pesquisa foram analisados. Para que a análise se tornasse

possível e o senso comum e a subjetividade ultrapassados, foram realizados os seguintes procedimentos:

1 Ordenação dos dados:

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura, seguida de uma releitura deste material. Depois, foram organizados os relatos no sentido de seguir uma seqüência lógica na disposição dos assuntos e feitas as observação da pesquisadora.

Esta atividade de ouvir, transcrever, ler e reler as entrevistas, permitiu reviver cenas e refletir sobre as diferentes situações. Buscou-se, nesta etapa, a manipulação calma dos dados, procurando seguir o caminho da objetividade.

2 Classificação dos dados:

Para Minayo(1999) a classificação dos dados é:

Um processo que tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, é feito a partir do material recolhido

A partir da leitura repetida dos relatos , destacou-se e recortou-se os trechos mais significativos das experiências dos sujeitos. Convencionou-se chamar estes trechos de: **unidades significativas**. Estas unidades foram separadas por **temas** comuns e que guardavam íntima relação com os objetivos e pressupostos da pesquisa.

Da perspectiva da equipe, os **temas** versam sobre: os transtornos psíquicos mais freqüentemente percebidos, a forma de cuidado prestada aos sujeitos acometidos e sugestões de novas formas de lidar com o problema , e da perspectiva dos portadores de transtorno psíquico: sua história de vida e doença, as formas de enfrentar o problema e o tipo de cuidado prestado pelos familiares e Programa Saúde da Família. Estes temas foram apresentados em dois **corpus**(conjuntos diferenciados de comunicação): o primeiro, relativo às unidades significativas obtidas

através das entrevistas à equipe de saúde do Programa e o segundo, às obtidas através das entrevistas aos portadores .

3 Apresentação e Discussão dos Resultados:

As unidades significativas expressas nos diferentes temas, são apresentadas como: ***O Depoimento da Equipe*** e a ***O Depoimento do Portador***, de onde emergem as categorias. Nesta etapa buscou-se a articulação dos aspectos teóricos às categorias resultantes da investigação, orientadas sobretudo, na compreensão do cuidado ao portador de transtorno mental a partir da perspectiva dos que prestam e dos que recebem a assistência do "*saúde da família*".

4.5 Critérios Éticos

Pelo fato desta pesquisa se basear, principalmente, na interação com os sujeitos pesquisados, alguns cuidados foram tomados no sentido de não invadir sua privacidade sem pedir-lhes permissão e, de evitar, no futuro, possíveis retaliações. A primeira tática utilizada foi ser absolutamente franco, identificando-se como pesquisador, esclarecendo sobre o propósito da pesquisa e, convidando os sujeitos a espontaneamente colaborar.

Para formalizar o consentimento verbal, foi criado um consentimento escrito(anexo 3), com as garantias que seriam dadas aos que se dispuseram à prestar informações, uma cópia foi deixada com o entrevistado.

O anonimato foi garantido através do uso de pseudônimos para os portadores e familiares e a não exposição do nome dos membros da equipe.

A identificação da categoria dos profissionais nos discursos não será feita no relatório a ser entregue ao serviço pois, sendo uma única equipe, estes seriam imediatamente reconhecidos.

As entrevistas foram guiadas através de uma disposição positiva do entrevistador, considerada como: um esforço em deixar o entrevistado bem a vontade, estar verdadeiramente interessado em ouvir, respeitar seus pontos de vista, não emitir julgamentos e, realizar a entrevista na hora e lugar que fosse mais convenientes para ele.

Apresentação e Discussão dos Resultados

5 Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo são apresentadas e analisadas as **Unidades Significativas**¹⁵ semelhantes ou reincidentes expressas nos diferentes temas e, que a partir do objetivo desta pesquisa, merecem uma análise mais minuciosa. Estas *Unidades Significativas* foram extraídas dos discursos:

1º) Da equipe do Saúde da Família que atua na comunidade do Pontal da Barra, onde foi realizada a pesquisa e;

2º) Dos portadores de Transtorno Psíquicos residentes neste local e previamente identificados pela equipe.

As extraídas dos discursos da equipe versam sobre os três **temas**:

1º) **A existência, tipo e intensidade de transtornos psíquicos presentes nesta comunidade,**

2º) **O tipo de assistência prestada e,**

3º) **As sugestões de melhoria de assistência à estes portadores.**

As extraídas dos discursos dos portadores de Transtornos Psíquicos versam sobre:

1º) **A história de vida e doença,**

2º) **As formas de enfrentar o adoecimento psíquico;**

3º) **A Relação com o Programa Saúde da Família e;**

4º) **As Perspectivas de Vida Futura**

¹⁵ Convencionou-se chamar de Unidades Significativas os trechos mais significativos (a essência) dos discursos dos sujeitos desta pesquisa, ligados aos objetivos desta pesquisa.

5.1 O Depoimento da Equipe do Programa Saúde da Família

1º Tema: Sobre a existência, tipo e intensidade de transtornos psíquicos com os quais a equipe se depara no seu dia a dia

Transtornos Psíquicos Inespecíficos

As respostas apontam para certos problemas, que apesar de sutis e não identificados formalmente pelo Programa de Saúde da Família, podem trazer sérias implicações à saúde desta comunidade. Vale ressaltar as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde à esta questão,

Existe muito problema psíquico. Só que poucos casos são detectados. Porque, muita gente que tem problema assim: só sistema nervoso mesmo, muito aperrado¹⁶, tomam Diazepan, né? O Neurologista passa o remédio da receita azul, e eles não voltam mais pro tratamento(...) ficam só tomando aquele remédio controlado e pronto! (E-8)¹⁷

Existe muitas. A parte financeira traz problemas de insônia, às vezes, ficam muito estressadas, nervosas. As vezes, é um filho que já bebe, é alcoólatra. Essa mãe vendo o filho daquele jeito não vai ficar uma pessoa normal(...) vai influenciar na vida daquela dona de casa. Como é o caso da Dona Arlete, já sofre de mal de Parkson, quando os filhos bebem aí, que ela fica pior, fica mais se tremendo, com o sistema nervoso mais abalado, fica chorando. (E-4)

Da mesma forma o fez o profissional médico, quando diz:

Tem muita gente com angústia, muita gente angustiada, interferindo também...consequentemente, no tratamento da hipertensão, gastrite...tanto diabetes...porque são pessoas que estão passando ou por problema financeiro e familiar ou familiar só...ou a bebida de álcool(...) (E-9)

Percepções da existência de problemas similares à estas demonstradas pelo médico e os agentes do programa não foram observadas entre os auxiliares de enfermagem e a enfermeira.

¹⁶ O termo aperrado é comumente usado como sinônimo de irritado, impaciente, desgostoso, aborrecido (Ferreira, 1993)

Alcoolismo: como transtorno psíquico de maior prevalência

Em relação aos problemas que podem ser mais concretamente citados, a equipe foi unânime em apontar a dependência do álcool como o transtorno psíquico mais prevalente,

Aqui a faixa de alcoolismo tá alta mesmo, alta mesmo (E-2).

O alcoolismo é muito forte aqui.(E-8)

É comum o relato de mulheres que "sofrem dos nervos" ou que desencadeiam um processo de hipertensão arterial devido a presença de alcoolistas na família.

Bebida é o que mais predomina(...)chega aquela senhora agoniada, você vai conhecer a história dela, vai descobrir que tem alguém que bebe todo dia na casa (E-9)

Sempre se a gente for olhar, se você esmiuçá direitinho, é sempre bebida(...).(E-7)

Alguns integrantes da equipe arriscaram-se, inclusive, em descrever o ciclo do alcoolismo. Uma triste descrição, aliás, onde os mais jovens reproduzem o comportamento dos mais velhos e onde a exposição ao uso de álcool é precoce e começa dentro do próprio ambiente familiar.

O caso do Senhor Gerdalvo, por exemplo, ele era criança, o pai bebia(...) ia a mãe e os filhos pequenos pegar o pai(...) ele seguiu o exemplo, até que teve um filho que se suicidou, né? (E-5)

Fica claro que o alcoolismo é um grave problema de saúde nesta localidade e, que tem gerado conseqüências altamente destrutivas. Outra Agente Comunitária de Saúde acrescentou ainda, mais um fator que pode ter contribuído para a concretização da situação anteriormente descrita:

O filho do Senhor Gerdalvo, que parou de beber bruscamente, começou a ter alucinação, tentou se matar em casa e quando viu que não dava se jogou na frente de um carro.(E-7)

¹⁷ Neste capítulo todos os profissionais de saúde entrevistados são identificados por E, seguido de um número. Para saber a categoria profissional a que pertence consulte o anexo 5.

A população jovem e infantil acaba sendo vulnerável ao risco de desenvolver a dependência:

Eles começam a beber muito cedo, você não vê só adulto bebendo(...)começa de criança, adolescente, eles começam como um lazer mas, daqui um pouco já tá viciado (E-3)

O internamento, tido como medida terapêutica não tem se mostrado eficaz e vem propiciando o uso conjunto de bebida alcoólica e medicação psicoativas,

Interna devido a bebida(...) e quando vai pro internamento, eu acho assim, né? Quando vai pro internamento começa com o negócio de medicação, medicação e aí se mistura todos os problemas: bebida, falta de emprego, fica dependente de certos tipos de medicação. (E-7)

No Pontal, a falta de um acompanhamento adequado, a desinformação, somado às dificuldades de subsistência têm gerado graves conseqüências,

O Daví, por exemplo, tá em casa não toma remédio da epilepsia(...) o que se agrava(...) já escutei que a mãe amarra ele no pé da árvore. Eu sei que eles estão tentando segurar o filho pra não ir pra bebida.. né? Pra gente de fora “que coisa horrível fazer isso com o filho”, a gente de fora agente de fora pensa assim, né? Mas o pai, a mãe não quer o filho naquele estado. É muito fácil a gente criticar de fora, né? Eu acho que até eu fazia se tivesse um filho neste estado.(E-7)

Chega ao ponto de tentá o suicídio(...)tivemos tentativas de suicídio, não de um mas, de vários. (E-7)

Os custos sociais decorrentes do uso abusivo do álcool não se restringem aos gastos públicos com internação mas, principalmente nas várias interfaces da vida social: problemas com familiares, queda na produtividade do trabalho, acidentes de trânsito e mortes prematuras (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

O alcoolismo está presente, também, entre os familiares dos profissionais residentes no bairro.

Lá em casa mesmo, meu pai bebe todo fim de semana, (...) minha mãe também gosta de beber (E-3, Auxiliar de enfermagem)

Tem pessoas que se internam(...) mais proveniente do álcool. Toda família tem alguém(...)eu tenho um filho que também...(E-2)

Fatores Desencadeantes

Os fatores tido como desencadeantes são: a falta de oportunidade de emprego entre os homens, a atividade pesqueira, a carga hereditária e a exposição precoce ao álcool no ambiente familiar.

Existe muito desemprego.(E-9)

(...)Geralmente, as mulheres trabalham na renda e os homens só pescam, pescam, pescam... Aqui no Pontal, alguns já trabalhavam na Triken, hoje Salgema, né? Então, poucos, né? Os demais são todos pescadores.. quando tem pesca, pescam e quando não tem ficam aí sem fazer nada, começam a beber e da bebida começa a gerar problema em casa. (E-7)

Eu poderia dizer que aqui o alcoolismo e uma doença ocupacional. Porque? Porque ele vai pro mar ou para lagoa, buscar o peixe dele e toma uma cana pra poder esquentar o corpo. E essas doses vai viciando, entendeu?. (E-6)

Eu vejo o alcoolismo aqui, como se fosse uma coisa hereditária. (E-5)

O comércio, por sua vez, através da abertura constante de bares, tem incitado o consumo do álcool, contribuindo com o aumento da dependência. Esta atitude fica claramente expressa quando a Auxiliar de Enfermagem residente no bairro constata:

Cada vez mais vai tendo bar aqui.(E-3)

Para Michel (2000) o conceito histórico de que o alcoolismo não é uma doença, mas sim um problema moral pode conduzir a uma atitude sutil de hostilidade ou de condenação, que bloqueia qualquer atitude terapêutica.

Uma Auxiliar de Enfermagem ao falar sobre a presença do alcoolismo na comunidade, manifestou sua concepção, que parece ser ainda costumeira em nossa sociedade:

É alcoolismo mas, doença mesmo, por ser doente, não. (E-2)

Para o Ministério da Saúde, no entanto, compreendê-lo como doença deve se constituir no primeiro passo para o seu enfrentamento (Brasil, Ministério de Saúde, 1994).

Para Michel (2000: 41), "*nem sempre é fácil perceber um problema de bebida*". A falta de informação correta, entre a equipe e a comunidade, sobre o que deve ou não ser considerado alcoolismo evidencia bem esta dificuldade:

Quando foi feito o cadastramento, as meninas colocaram justamente aquilo que a família falou. Acho que a família esconde ou não identifica, não acha que é um alcoólatra, acha que é um tipo de bebida social. Só acha que é uma dependência quando a pessoa já tá com alucinação, querendo até se matar, como teve casos aqui. A pessoa bebe tanto, começa a ter alucinação e desvaloriza sua própria vida. (E-4)

Sob o ponto de vista da equipe, o alcoolismo é o problema de maior relevância. Seus depoimentos apontam para a necessidade urgente de elaboração e adoção de uma política local de luta contra o alcoolismo. Outros problemas, porém, são também relatados.

Desestruturação Familiar

Os conflitos familiares, por sua vez, também tem gerado suas vítimas no Pontal. Para o médico do programa,

As crianças ficam vendo brigar pai e mãe e, as vezes, o pai bate na criança. Com isso, tem criança hiperativa, criança muito deprimida, com sintoma de gastrite(...)a gente vê muito isso aí." (E-9)

Tem outro caso, o da Gilvanete, que trabalhava no Hospital Psiquiátrico e pela convivência e tudo ficou em depressão e quando precisou do apoio da família, a família não apoiou, tinha bens e a família tomou tudo, né? E não ajudou. (E-7)

Tem briga de família aqui também, tem pai que tem problema de depressão e tenta se jogá da ponte. (E-7)

Uso indiscriminado de psicofármacos

A utilização indiscriminada de medicação psiquiátrica é claramente descrita na fala da atendente que há vinte um anos trabalha no Posto de Saúde local:

Aqui o pessoal toma o remédio controlado direto.(E-2)

O Agente de Saúde reforça,

Tem criança de 12 e 13 anos que é homossexual e a mãe não quer que seja... todo mundo tira onda e a mãe fica calada, mas começa a se perturbar e vem no médico e diz que precisa de um remédio controlado, a gente diz que não, mas ela vai pra outro médico e ele dá(...) ele não sabe da problemática(...) (E-7)

Danese (1999) ao buscar saber o que motivou um determinado grupo de usuários de psicofármacos a começar a tomá-lo, descobriu que ao passar por algum processo de crise acidental, este, procurou o serviço de saúde e foi medicalizado sem, no entanto, terem sido trabalhadas as causas desencadeadoras do seu processo doentio ou a situação de crise que estava sendo vivenciada.

Relacionado à auto - medicação, o uso indiscriminado de psicofármacos, pode, ainda, estar apontando para a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, a ação iatrogênica das prescrições médicas, ou o que é pior, a válvula de escape para crises vivenciais como o desemprego, o alcoolismo, problemas familiares, dentre outros.

Uma terapia freqüentemente usada, no caso aqui estudado, é o uso de benzodiazepínicos,

O Doutor(...)prescreve Diazepan pra ele mas, eu pergunto: "Será que ele precisa mesmo de Diazepam, sempre Diazepam?" Que é sempre o mesmo medicamento que o Doutor passa, sempre Diazepan. (E-7)

E a necessidade em medicar fica claramente expressa na fala do médico e enfermeiro,

Prá tá combatendo depressão, ansiedade demais, é papo, né? Conversa (...) com o uso da medicação adequada, né?(E-9)

A gente estuda saúde mental, mas a gente não tem como é o tratamento. Primeiro, até na Unidade um Diazepan não tem, isso não devia faltar...Chega no fim, a pessoa precisa de uma medicação, cadê a medicação? ...Eu vô cuidar do paciente? Daqui há pouco vão querer que o PSF é não dar remédio, PSF é não pedir requisição de exames. (...)E você conservando com o paciente, você vai curar o paciente,, porque "Deus" dá à você o poder e você cura? (E-6)

Estes dados coadunam com os achados do estudo sobre atendimento médico e prevenção de transtornos mentais em um Centro de Saúde, realizado por Oliveira em 1998 e, já citado na introdução deste trabalho. Ele observou que a conduta mais freqüente dos médicos em relação ao adoecimento psíquico, qualquer que fosse, era medicar com benzodiazepínicos.

A essência do conteúdo da fala da equipe, dentro deste tema, destaca o alcoolismo, a depressão, o uso indiscriminado de psicofármacos, assim como as recentes tentativas de suicídios como os problemas psíquicos mais prevalentes nesta comunidade. Os fatores que desencadeiam este perfil são complexos e abrangentes, mereceria uma análise minuciosa e uma ação pública que não se limitasse apenas ao setor saúde. Este perfil deve ser considerado no planejamento e programação de ações em saúde na comunidade do Pontal da Barra.

2º Tema: Sobre o tipo de assistência prestada aos portadores de Transtornos Psíquicos

Encaminhamento como porta aberta à Internação

Enquanto no cenário nacional e internacional a centralidade do hospital na assistência aos portadores de transtornos psíquicos está sendo fortemente rejeitada. Nesta comunidade a observação e os depoimentos dos profissionais de saúde revelam uma tendência oposta,

A gente tem que encaminhar, né? (E-5)

A gente sempre encaminha para o Bebedouro (referência de outro distrito sanitário)(...) sempre encaminha pra algum canto(...) (E-7)

Alcoolismo tem o A.A., né? Agora, de nervo, não. O pessoal vai no Portugal Ramalho. Antigamente tinha aqui, agora já no PSF, a Dra. ...(psiquiatra) mas, ela foi transferida(...)não tem mais. (E-2)

O que a gente tem experiência de usar, é que, quando a pessoa tem angústia ou insônia, a gente passa medicação(...)eu prefiro encaminhar a pessoa ao psiquiatra(...)A gente se sente impotente porque, ou a pessoa não aceita, ou está acostumada aquela vida ali, entendeu? É a mulher submissa, ou é aquela que acha que não adianta, que não vai sair daquilo(...)outros acham distante, dizem que não conseguem ir(...) (E-9)

Os encaminhamentos, por sua vez, dificilmente se concretizam, acaba sendo mais fácil internar,

Aí, quando você tá na área: “corre que o fulano tá em crise”, eu digo “Oh meu Deus, o que é que eu vou fazer? Vou mandá pra onde?” Porque, o Portugal Ramalho(Hospital Psiquiátrico) também não atende assim(...) nenhum hospital atende se você não mandá uma guia.. as vezes, mesmo com a guia eles não atende. .Aí, fica difícil pra gente dizê: “vá pra tal canto que você vai ser atendida lá”, fica difícil. Acaba internando é mais fácil.(E-4)

Tem esse rapaz aqui, o Chico, o problema já vem de família e se agravou quando ele teve uma paixão e juntou tudo e as vezes ele tenta o suicídio. Ele já fez vários tratamentos, já teve internado mas, vai e volta, por que? Porque não tem aquele...(seguimento), a única coisa que se faz é quando ele está em crise: interna. (E-7)

A não comunicabilidade entre o Programa Saúde da Família e os serviços de referência em saúde mental é sentida,

Porque a Secretaria sempre fala desses "CAPS." mas, sinceramente! A gente já encaminhou tanta gente lá e não sabe nada... eu não sei o que eles fazem lá, não dá um retorno, a gente não sabe nem se a pessoa tá seguindo o tratamento ou não tá. No dia a dia não funciona(...) A burocracia é muito grande.. até nas coisas pequenas, por exemplo: marcar consulta por telefone. Acaba indo tudo pro Pronto Socorro (E-7)

Bandeira (1993) alerta que a desinstitucionalização falha quando se depara com a falta: de apoio financeiro suficiente para criar serviços substitutivos, de formação profissional, de preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente, de atendimento permanente e, de comunicabilidade entre os diferentes setores.

São constatações que devem servir de lições para um município que se propõe mudar sua política de saúde mental, sob o risco de não mudar a lógica manicomial.

O Relacionamento equipe/usuário

Certos trechos dos depoimentos revelam atitudes, formas de abordagem terapêutica, que oferecem conteúdo importante para a análise do relacionamento da equipe com as pessoas da comunidade em geral e, com os que vivenciam o processo de adoecimento psíquico.

Carl Rogers chama o processo do homem se relacionar com outros seres humanos de: **misterioso ofício**. A razão para isto reside no fato de que as pessoas dificilmente conseguem estabelecer uma comunicação interpessoal satisfatória mas, quando conseguem comunicarem-se verdadeiramente sentem-se extremamente compensados. Para ele alguns elementos são imprescindíveis para que se estabeleça uma comunicação rica e engrandecedora entre as pessoas,

(...)o prazer de ouvir alguém(...) quando posso ouvir alguém, entro em contato com ele(...) ouço as palavras, as idéias, os matizes de

sentimento(...)o prazer em ser ouvido, sem julgar, sem ser diagnosticado, sem ser avaliado, simplesmente ser ouvido, esclarecido(...) poder ser autêntico(...) ser coerente apresentando-se tal como é, sem defesas, sem armaduras(...) desencadear liberdade para os outros(...)permitir-se receber e dar afeição. Rogers (1971:1-4)

No cotidiano da equipe, apenas os Agentes Comunitários de Saúde e, parte dos Auxiliares de enfermagem parecem exercer o uso destes elementos em suas relações com a clientela. Foram eles, os únicos, que visitaram os portadores em seu domicílio no período que durou a pesquisa de campo. Sua forma de atendimento se diferenciava do restante da equipe, sendo mais cordial, compreensiva e afetuosa,

A gente costuma ir para as casa...a gente chega a pessoa começa a conversar, conversar, conversar. (E-2)

A gente sente que ela tá com problema, querendo conversar só, não é nem atendimento que a gente fala assim de medir a pressão e essas coisas (E-4)

Sempre que eu tenho tempo eu vou prá casa de alguém (E-2)

Tudo fica melhor porque a pessoa tá tão cabisbaixa, tão solitária que a gente sente que é até doença, é solidão...converso que só...como se fosse amigo, né? Mas, tem uns (pessoas da equipe) que quando a pessoa chega diz: " tô ocupada", não quer nem atender, mas tem muitos que tem prazer...tem o prazer de receber. Sabe que a pessoa precisa, e pode ajudar, né? (E-1)

No caso da Dona Geruza, ela tem uns problemas de saúde que já levou ela a várias cirurgias(...)Aí, ela fica nervosa ... já não é a mesma coisa como antes(...) Tava vendo alucinação e, ela tem um fator bom : tem uma religião(...) acho que a religião ajuda também. A orientação que dou pra ela é pegar a bíblia e ler, né ? Ler os salmos(...) ir se distraindo, procurar passear na casa de uma filha ... procuro também conversar muito(...) sei que ela gosta de plantas, procuro saber que planta é boa prá isso ou prá aquilo e fazer com que ela se sinta útil. E por aí vai. (E-4)

No caso da Jéssica, eu acho difícil resolver, porque ela nem conversa com a gente, não sei nem a voz dela, a minha preocupação maior é com a parte hipertensiva, além daquele problema que ela tem já teve um derrame(...)tô sempre procurando saber sobre a medicação no posto, pra não deixar faltar. (E-4)

Todos os problemas eu procuro ajudar na conversa mesmo... falar; de repente a gente tem que sentí e escutá. Porque a gente vai pensando em falar de hipertensão ou outra coisa, aí começa a conversá dos problemas, se absorve alí dentro e fica. (E-8)

A boa intenção da abordagem se expressa, por vezes, no medo do envolvimento e não capacidade de resolução do problema,

As vezes eu tenho até medo de me envolver demais...eu vou deixar de ir tanto na casa da Dona Zilda, porque eu já tava começando a sofrê(...) não posso me envolvê desse jeito, né? Meu Deus, não sei o que eu faço com aquela mulher .. pra ver se ela melhora. (E-8)

Em certas falas, percebe-se, no entanto, uma atitude passiva do programa, como a se caracterizar num trabalho de demanda espontânea, que, aliás, não é o seu propósito,

Esse Márcio, eu nem sabia que ele tinha esse problema, a mãe dele nunca chegou aqui pra mim pra conversar, nunca. (E-5)

Para a Enfermeira, a atitude de ouvir o outro perde prioridade diante das exigências administrativas da Unidade de Saúde,

Não tenho tempo disponível para ficar escutando, tô cheia de coisas pra fazer na Unidade(...) (E-6)

Os trabalhos de grupo, escassos, ocorrem com prioridade aos hipertensos, quando os problemas emocionais se sobrepõe aos físicos ...

A gente faz reuniões, as reuniões são para os hipertensos mas, o papo que a gente tenta levar é uma conversa que tende, naquele tempo que a gente tem, falar sobre hipertensão e tal, puxando pelo Diabete, falar um pouco de comportamento como um todo, na reunião se fala sobre tudo, né? É isso o que a gente faz(...)alguns seguem, e os que seguem melhoram aqueles sintomas de gastrite, depressão(...) ajuda um tempo e, quando você se afasta(...) o doente, ele não pode ficar dependente de ninguém, nem do médico. Então, você tem que dar uma orientada prá ele se virar. A gente faz muita coisa, mas tem hora que a gente para, não tem mais linha(...)não tem. A gente fica emperrado. (E-9)

Este tema evidencia uma dinâmica assistencial individual, passiva, com formas de abordagem que se diferenciam de membro para membro, as vezes, conflitivas e antagônicas, não resultando em ação complementar. Uma dinâmica de trabalho pouco criativa, centrada na maioria das vezes, na medicalização dos sintomas e internação do sujeito portador de transtornos psíquicos.

3º Tema: Sobre as sugestões de melhoria de assistência à estes portadores

O Psiquiatra: uma ausência sentida

Todos demonstram sentir a ausência da psiquiatra como uma perda para a equipe e comunidade e apontam a necessidade de continuar a ter uma psiquiatra ou psicóloga no Programa,

A gente teve uma psiquiatra que trabalhou aqui e foi muito bom e, quando ela saiu daqui, ficou muito difícil a gente pedir pra eles irem pro local específico, no caso... Bebedouro, né? Então eles vêem que aqui é mais prático. Lá não, é uma demora, eles dizem "tem que pegá dois ônibus eu não tenho dinheiro", sempre botam impecilho. (E-7)

Quando o psiquiatra tava aqui era ótimo, eu sentí muita falta, esses pacientes que vinham não continuaram o tratamento em outro local. Porque? Tem dificuldade de pegá ônibus, as vezes não tem dinheiro. Muita gente pensa que problema psiquiátrico é tomar remédio controlado e pronto e, não é? (E-8)

Eu acho que(...) um Psiquiatra seria bom. (E-5)

Acho que era mais prático a psiquiatra aqui(...) é mais fácil pra gente atender aqui... á área é pequena.. é uma área que a gente cuida todo dia. (E-7)

Acho que o PSF deveria ter um psicólogo aqui na nossa equipe, né? Pra formar uma equipe com mais profissional... Seria um trabalho do grupo, um trabalho assim, que levasse essas pessoas a fazerem alguma coisa. (E-4)

A psiquiatra faz muita, muita falta(...)Era muito bem aceita aqui. Ela conversava muito. Não era nem tanto a medicação que ela passava, era mais a conversa, era mais prá conversar. Quando ela saiu, fez muita falta. (E-1)

Precisa muito aqui de Psicólogo e Psiquiatra. (E-2)

Devia ter um psiquiatra aqui, como já teve... o pessoal tá aqui e ter que ir lá para o Bebedouro, fica muito complicado. Então, eu acho que deveria ter um psiquiatra na comunidade. Nem que fosse como era: duas vezes por semana, uma vez por semana(...)O ideal mesmo é ter um psiquiatra aqui. (E-9)

Novas formas de abordagem

São sugeridas, desde que se conte com a presença de um psicólogo ou de um assistente social na equipe,

Fazer uma oficina de arte, porque aqui no Pontal tem muitas pessoas que gostam de trabalhos manuais e essas coisas... que revertesse também, em alguma fator financeiro, né? Mas, precisa da assistência de um psicólogo trabalhando aqui, seria uma forma também de ajudar, porque também tem muitos que bebem, sem emprego(...)(E-4)

Se aqui tivesse um assistente social, como tinha, a gente dizia a ela e ela ia lá conversar.(E-5)

Em relação ao alcoolismo, as sugestões são:

Um grupo, grupo que alertasse...As escolas poderia ser, porque afastava na faixa de adolescente. Eu acho que começando na escola melhoraria, não era nem tanto ir atrás desses que já são viciados, poderia no futuro ter algum resultado(...)começar o trabalho prevenindo. (E-1)

O PSF poderia, poderia fazer palestras educativas, mostrando exemplos...mas, eu acho que aqui é muito difícil mesmo. Pode até ter, sabe? (E-3)

Talvez, com reuniões com o Conselho, palestras pra gente esquecer um pouco, né?(...)Uma reunião voluntária pra aconselhar, de pessoas que já passou por aquilo, sem dizer que é A.A.(Alcoólicos Anônimos), talvez, eles entendam melhor. Tem que ser uma pessoa que não seja daqui. Chega assim aonde eles freqüentam mais convidando eles prá(...)(E-1)

Os alcoólatras anônimos funciona aqui, mas quem vai não é o pessoal do Pontal, quem vai mesmo é o pessoal do Trapiche, não é do Pontal. Porque o Pontal mesmo não tá vindo pra essas reuniões, como fazê eles virem? É isso que a gente tem de descobrir. Agora, tem que ter o apoio ou de um psicólogo ou de um psiquiatra, ou alguém da área pra fazer com que a gente consiga. (E-7)

A necessidade do preparo profissional

De forma geral, fica explícita a necessidade de preparo da equipe para lidar com os portadores de Transtorno Psíquico. Uma Agente Comunitária de Saúde, que

trabalha com esta comunidade desde a implantação do Programa e participou do cadastramento de todas as famílias, avalia,

A gente não tem preparo nenhum, eu acho que nem o médico tem preparo... a Secretaria dá curso, mas não é um curso.. é muito assim... eu acho que depende de cada realidade de cada bairro, né? Porque o pessoal do Pontal é por causa do álcool, outros pode não ser por causa do álcool, né? Então eles (Secretaria Municipal de Saúde) não trabalha com a terapêutica daquilo... foge muito à realidade, né? A gente mesmo sabe que não é realidade nossa, a gente quer saber como se comportar diante do paciente (E-7)

Descreve uma situação em que o conhecimento da pessoa e a disposição em ouvi-la tem dado bons resultados,

O caso da Maria, por exemplo, quando eu comecei trabalhar aqui ela já tinha dado 44 entradas(Hospital Psiquiátrico)... Depois que a gente veio trabalhar aqui , nestes quatro anos, ela nunca mais se internou. Porque? Por que ela vem aqui, explica o problema, e relaxa.... A filha dela também já tem problema, toma remédio controlado, quer dizer, é uma família que a gente sabe controlá, entendeu?

Cita outros dois casos, em que acredita, poderiam ser tratados na própria comunidade,

O Daví, é álcool e epilepsia e, o caso dele é diferente mas, todos podem, todos poderiam ser tratados aqui, sem precisa ir pra Bebedouro, sem precisá se interná.

A Dna. Genilda é outra, que só vive indo pro mar (tentando suicídio) com problema de depressão, problema de família. Quer dizê: se a gente for ligar, são duas coisas: ou é família ou é bebida. Então são coisas que a gente sabe o que é, né? Então é só a gente, a equipe, trabalhá em cima daqueles dois problemas porque, são dois problemas que a gente pode trabalhar, basta té boa vontade, até o limite da gente, né?

Sugere,

A gente precisa ser preparo para saber como agir com eles... a gente não sabe. Por isso eu digo, se tivesse um trabalho com a gente e um trabalho na comunidade também(...)

E completa,

Eu acho que a gente devia ser trabalhado mais(...) se prepará mais(...) O mais importante é como a gente agir com o paciente. Quando tinha a psiquiatria aqui, ela explicava como agente devia

atender um paciente agressivo mas, isso foi ela quem ensinou pra gente. A gente tem que sabê lidar com cada paciente, saber qual o problema de cada um já que a gente não tem a psiquiatra.

As sugestões apontam para melhorias graduais e localizadas no setor saúde, tais como: uma melhor articulação entre setores, ampliação multiprofissional e, preparo profissional. São reconhecidas fontes de ajuda, tais como: o aconselhamento, o tratamento correto e, a reabilitação.

É tímido o desejo e a busca de penetração do programa nas redes sociais, limita-se ao Conselho Gestor de Saúde, à Escola. Novos cenário e novas tecnologias estão longe de serem exploradas.

Para Guatari (1992) é preciso arriscar-se em novos territórios, mobilizar novos recursos em direções inusitadas. Redefinir o papel dos técnicos em saúde, abrindo perspectivas para que cada profissional possa diferenciar-se, inventar para si um modo mais autêntico de trabalhar. Repensar e ampliar a noção de terapeuta, para liberar sua criatividade em todas as direções, a fim de abarcar a multiplicidade e a heterogeneidade de opções que a nossa subjetividade comporta.

5.2 O Depoimento do Portador de Transtorno Psíquico

Das vinte e três pessoas entrevistadas, treze eram mulheres e dez homens, com idade que variava entre vinte e dois à sessenta e dois anos. Como mostra o Quadro 1, no período em que se realizaram as entrevistas, apenas dois dos portadores estavam empregados, dez estavam desempregados, dez estavam aposentados ou aguardando a aposentadoria, e uma mulher exercia a função do lar.

Um dado que chama a atenção é que apenas três destes entrevistados estavam tendo acompanhamento terapêutico regular, com assistência pública especializada e, coincidentemente ou não, não foram identificados pela equipe mas, pelos outros portadores. O restante não estava tendo este acompanhamento e também, não contava com seguro privado de saúde.

Dentre os vinte portadores que não estavam tendo acompanhamento regular sete estavam vivenciando uma situação de **crise**¹⁸ no período em que ocorreram as entrevistas. Neste período, soube-se de três tentativas de suicídio, sendo que, dentre elas, uma se concretizou, era um jovem, tinha vinte e sete anos, que por isso, não é parte deste universo de entrevistados.

Para fins de apresentação e análise foram selecionados quinze depoimentos. Acredita-se que estes, por si só, dão conta de representar a realidade dos portadores imersos neste território de vida em comum.

¹⁸ O termo crise é aqui usado para expressar uma fase difícil, grave, crítica, na evolução das coisas, dos sentimentos, dos fatos.(Ferreira, 1993)

Quadro 1- **Portadores de Transtornos Psíquicos Entrevistados**

Pontal da Barra/ Maceió/Al

Ano 2000

Portador	Sexo	Ocupação	Idade	Tipo de Problema	Ac. Terap.	
					Sim	Não
1. Damião	Masc.	Aposentado	62	Não identificado		
2.J. Paulo	Masc.	Aposentado	23	Retardo mental		
3.Gerusa	Fem.	Do lar	57	Depressão/crise		
4.Cosme	Masc.	Desempregado	47	Alcoolismo		
5.Gal	Fem.	Aposentada	46	Transtorno Bipolar		
6.Márcio	Masc,	Desempregado	27	Alcoolismo/crise		
7.Neno	Masc.	Desempregado	22	Não identificado / crise		
8.M. Rosa	Fem.	Aposentada	49	Depressão		
9.Adilson	Adilson	Desempregado	51	Depressão/crise		
10.Daví	Masc.	Desempregado	27	Alcool./epil./crise		
11.Marlí	Fem.	Aposentada	60(?)	Alcoolismo		
12.Jéssica	Fem.	Do lar	47	Retardo mental		
13.Gilda	Fem.	Desempregada	50	Depressão		
14.Nena	Fem.	Desempregada	25	Não identificado		
15.Cláudio	Masc.	Desempregado	24	Alcoolismo/ Depressão		
16.João	Masc.	Aposentado	56	Alcoolismo/epilepsia		
17.Edvânia	Fem.	Desempregada	52	Depressão		
18.Laura	Fem.	Aposentada	61	Depressão		
19.Zilda	Fem.	Comerciante	53	Depressão/crise		
20.Malú	Fem.	Do lar	41	Depressão/crise		
21.Berenice	Fem.	Aposentada	52	Não identificado		
22.Lenildo	Masc.	Desempregado	42	Alcoolismo		
23.Luíza	Fem.	Faxineira	40(?)	Não identificado		

** Os nomes são fictícios, foram utilizados para localizar o leitor na história do sujeito

*** Foram considerados em acompanhamento os sofredores que são regularmente acompanhados pelos serviços especiais.

1º Tema: As Histórias de vida e o adoecimento psíquico

Tsu & Machado apud Pereira (1997), relata que numa pesquisa de representações sociais da doença mental, realizada por estes dois autores, duas expressões emergiram: '*vida cruel*' e '*coração magoado*'. A primeira relaciona-se ao que enfrenta o homem por não conseguir realizar-se em seu papel de trabalhador produtivo e provedor da família, assim, embasa - se em dificuldades materiais concretas, que levam ao desgosto, ao desespero e à enfermidade. A segunda expressão refere-se ao modo como a mulher julga-se atingida em suas aspirações afetivo- relacionais que, em não realizando, conduzem-na ao adoecimento psíquico.

Estas duas expressões se tornam muito significativas quando espera-se retratar a história de vida destes sujeitos que tem em comum a experiência do adoecimento psíquico, num território de vida em comum. Histórias de relações afetivos frustradas, causadas principalmente, pela violência sofrida na infância e juventude e, que se estendem para a vida adulta são comuns entre as mulheres

Os sujeitos ao falarem de si, contam experiências de vida presente e passada que favorecem rupturas e cisões na vida psíquica.

O vitral

*A vida se retrata no tempo
formando um vitral,
de desenho sempre incompleto, de cores variadas,
brilhantes, quando passa o sol.
Pedradas ao acaso
Acontece de partir pedaços,
Ficando buracos irreversíveis...*
(Alves, 1998:75)

A Violência Familiar

Para Agudelo (1997) chama de "*ordem violenta*" o conjunto de representações e formas de relações inter-humanas e sociais predominantemente pautadas pela violência, isto é, aqueles valores, comportamentos e '*modos de operação*' sociais nos quais, excedida a possibilidade de uma interação cidadã, converte-se em critério, norma, representação e valor socialmente dominante.

Segundo ele, a "*ordem violenta*" manifesta-se por meio da penetração e instalação da violência em todos os cenários da vida social, inclusive nas relações familiares. É ubíqua e absoluta, substituindo a palavra e o argumento, silenciando a razão, criando heróis e normas, regulando os tempos, os espaços, os gestos, as palavras e as idéias, destruindo o gozo, os sonhos e a vida. É a intolerância à diferença e o império do medo e da impunidade. Conforma uma rede por vezes invisível, mas sempre presente. É uma maneira, um clima, uma maneira não escolhida de ter que andar pelo mundo.

Nestes lares, onde esta pesquisa se deu, pode-se perceber o quanto se padece , infelizmente ainda, em nome desta "*ordem*". Episódios eventuais ou permanentes são igualmente devassadores.

A mulher, constitui sua primeira vítima. Para Gal, uma mulher de quarenta e sete anos, um fato singular deixou suas marcas,

(...) quando eu conheci o rapaz, colega de classe, né? E começamos a namorar(...) eu tô conversando com ele, eu me entretí, quando eu olho prá traz eu avisto o meu pai na porta(...) não deu outra(...) quando eu menos espero, já recebo a primeira mãozada do meu pai(...) começou a me espancar lá mesmo, na frente dele mesmo, me espancar(...) meu pai acertou um murro no meu ouvido, que até hoje é estorado, me levou de lá até em casa na pancada, ele me bateu, mas me bateu mesmo(...) ele estorou o meu ouvido, ele abriu o meu queixo e, quando chegou em casa foi que ele me bateu mesmo.

Uma experiência dolorosa que foi revivida na vida conjugal,

(...) Daí, fugi de casa(...) no dia do meu casamento meus pais não ficaram nem pra assistí o casamento.(...) só que, passado três meses apareceu a primeira briga da gente(...) foi um verdadeiro inferno, foram nove anos que eu convivi com ele, nove anos de sofrimento(...)

Para Dona Maria Rosa, 49 anos, o sofrimento na infância e juventude se expressa bem neste pequeno relato,

Eu fui criança sofri demais, eu nunca fui à escola(...) eu nunca fui à escola(...) fui criança sofrida, meu pai foi um carrasco(...) eu tinha 5 ano, ele cuspi na minha cara(...) levava pisa de cangaço de coró cru(...). Bom, daí eu fui crescendo, né? Quando foi com 12 ano fui mãe(...) mãe com 12 ano(...) fiquei criando fio sem pai(...) sem se casá(...) com três filho fui vendê o corpo pra dá o de comê as minhas filhas e, fui sofrendo demais, né? (...) Quando foi com 21 ano, meu pai mandou me operá.

As histórias de 'vida cruel' e 'coração magoado' são uma constante entre as mulheres. Dona. Gilda, uma mulher de 50 anos relata,

(...) Eu fui uma pessoa que não tive infância, com a idade de oito ano fui pá cozinha dos outro, meu pai me rejeitô, não quis nem me arregistrá.(...) E tudo quanto foi de bondade eu já provei, eu já provei de padraço, eu já provei de madraça, eu já provei de tudo eu já provei.(...) Eu não tinha uma cama prá dormi, eu dormia no catatalo, a esteira da palha de coqueiro aberta, era o cochão e, as tábuas era a vara da mangue(...) Eu sofria do meu padraço, eu sofria deles todinho, eles nunca gostavam de mim(...) eles batiam em mim.

(...) quando não tinha nada prá comê, naquele tempo, eu saía de porta em porta pedindo, pedindo prá comê.. eu comi muita tempo de

esmola... eu pedia de porta em porta, eu pedia. Eu não tenho vergonha de dizê a ninguém, vergonha de dizê a ninguém.

Como era de se esperar, as marcas do passado se revelam no presente,

(...) hoje em dia eu tenho uma coisa dentro de mim(...) uma revolta e, eu tenho que me liberá disso(...)Essa revolta me consome, essa revolta é muito grande dentro de mim, muito grande dentro de mim, muito grande, muito grande.

Entre os homens, as experiências de humilhação na infância e juventude, somadas ao uso abusivo do álcool no ambiente familiar atingiu Márcio, um jovem de vinte sete anos, que atualmente sente-se incapaz de manter relacionamentos afetivos, de trabalhar e, de controlar o uso da bebida alcóolica. A mãe conta sua história,

(...)Quando casei com esse marido, ele já bebia e até hoje não melhorou(...) ele corria atrás do Márcio para espancá-lo, quer dizê que a criança já vai, né?(...) criou-se o Márcio assim nessa vida, dormia na casa de todo mundo, o pai batia nele, ele vinha almoça o pai pegava o prato dele e jogava no chão, batia nele, batia na irmã(...)criou-se nessa vida atribulada, né?(...)o pai quando bebia, humilhava ele, quando Márcio ia pedir qualquer coisa ele chegava e dizia que ele fosse trabalhá...isso na vista de todo mundo, sabe?

Quebra de Vínculos Afetivos

A quebra de vínculos afetivos, quer seja por separação ou morte dos entes queridos e, o abandono já na infância desenham a trajetória destas pessoas,

Gal (47 anos) que na sua história já havia sofrido a violência e a incompreensão dos pais e do marido, sofre a perda da guarda dos filhos. Segundo ela,

eu fiz um esforço sobrenatural prá cuidá dos meus filho, mas eu não tive essa condição, não me deram essa condição e, de tanto maltrato que eu tive dentro de casa, minha mãe, não suportando, aproveitou a minha ausência(...) pegô os meus filho junto com a minha irmã apanhou um táxi e levou (...) me desesperei. Eu me desesperei, eu perdi minhas cria, né? Eu queria criar os meus filho e, eu perdi os meus filho dessa forma: - foi arrancado de mim. (...)ouvia o choro deles, quando na hora da mamada, ouvia o choro deles na hora do

banho, tudo, tudo ficou no meu subconsciente, né? (...)eu tenho certeza que o meu problema de saúde começou daí.

Para Dona Marli do Véio de aproximadamente sessenta anos, nada a marcou mais do que o abandono na infância,

(...)eu nasci, minha mãe me teve, por volta de 6 (seis) meses ela morreu (...)Quando eu peguei de seis prá sete anos, eu já fui pra cozinha dos outros lavar prato, passar a vassoura na casa.(...) meu pai morreu eu só tava com três anos. Não conheci pai, não conheci mãe, não conheci nem avó, nem avô nem ninguém.(...)Aí, fiquei na casa de um, na casa dos outros, na casa de meu irmão.(...)até esmola eu pedi prá comer(...) Nem tive carinho de mãe nem de pai. Amor só pode dar quem recebeu, né?

A perda recente de um ente querido provocou no Sr. Adilson(51 anos) um episódio de depressão. Segundo ele,

(...) a minha vida, a minha vida é um mangue, sabe? (...)Desde que a minha mulher morreu desgraçou tudo nessa vida, uns diz que é depressão nervosa, né? Por causa da morte dela(...)eu tenho ela na cabeça constante, eu penso que ela tá em casa, eu boto isso na cabeça, né?

Este problema somado à sua incapacidade em prover a família do sustento adequado, faz com que as dificuldades se acumulem,

Quando eu tô bom eu sô motorista de táxi(...)uma coisa que me preocupa é essa carta de motorista Eu tenho perdido de fazer umas viagem que eu fazia para a funerária por causa da minha carta, vou fazer um ano que eu tô com a minha carteira atrasada, é cento e poucos real e, não tenho isso aí.

Atualmente seus doze filhos estão desempregados,

(...) agora, todo mundo desempregado. Pescam na lagoa, mas não dá, né?

A perda da esposa, somado à baixa capacidade de subsistência da família tem gerado outras vítimas na família. A filha do Sr. Adilson desabafa,

(...)saber que a minha mãe tava com aquela doença, foi como se o mundo tivesse caído daí, me arrasô mesmo, psicologicamente eu tô arrasada(...) aí, prá completar meu pai, depois que a minha mãe morreu, começou a se arrasá(...) aí, me arrasou também, eu ultimamente não tenho conseguido nem dormir, minha cabeça queima, é a maior agonia, preocupada com tudo, desempregada(...)eu penso

muito, me apareceu gastrite, ansiedade, eu não me alimento bem, não durmo, tudo eu boto na cabeça, fico preocupada pensando na minha vida(...) eu não tenho amiga, vivo dentro de casa, nem na praia eu não vou, não saio nem do lado de fora(...)eu faço renda, faço bordado e ultimamente eu não tenho tido cabeça pra fazer isso, só tenho pra pensá mesmo(...) não consigo comê começo fazer uma coisa não consigo.. então minha cabeça começa a martelar.

Para Teles (1992) quando as limitações econômicas se somam à outras frustrações, perdas e, tristeza, ameaçam o indivíduo naquilo que ele sempre teve como último recurso de vida: a esperança. O que amplia o universo de indivíduos predispostos à depressão no Brasil, onde a dificuldade financeira é uma constante entre cidadãos comuns.

O Alcoolismo

As histórias de humilhação e sofrimento provocados pelo alcoolismo não são menos cruéis que as já descritas,

O Sr. Cosme, de 47 anos, uma de suas vítimas revela,

eu vivia pedindo comida na casa dos meus irmãos, né? Fui preso... não sei quantas vezes, né? (...)eu sofri, sofri mesmo, eu dormia no chão como um cachorro(...) eu vendi tudo, deixei a mulé(...)tudo por causa do alcoolismo(...)então, de lá prá cá só foi mesmo é derrota, derrota pra mim

Para o Sr. José (56 anos), a bebida provocou uma situação de total miserabilidade para sua família,

Eu bebia muito(...)eu teve a primeira mulher, e uma filha,. eu botei embaixo da ponte, devido a bebida depois, botei outra através, também, da bebida (...)e daí começou minha vida

O alcoolismo quando associado à outras patologias, parece aumentar o seu poder destrutivo. A vida de um rapaz chamado Daví, de 27 anos, contada pela sua mãe, ilustra bem esse fato,

quando dá epilepsia, ele sai pelo meio do mundo, um pega ele e dá-lhe cachaça e vence (...)Quando dá a doença, vai lá prá cima aí, vem bêbo, fica adoentado, sobe nas casa dos outros, é um inferno! Isso é um inferno na vida da gente! É um inferno (...)Além da doença,

fica com os nervo (circula o dedo indicador sobre a região temporal da cabeça),né?

Desemprego

Barros(1998) ao estudar as representações de identidade e sofrimento psíquico num bairro de classe trabalhadora, mostrou que existe uma categorização que divide as pessoas em trabalhadoras e não trabalhadoras. Quando por razões externas ou internas, os sujeitos (homens) se viam impossibilitados de ser aquilo que os tornava humanos, iguais aos outros do seu universo, no caso, 'ser *trabalhador*', se confrontavam com diferentes níveis de sofrimento.

Quando para o ser humano existe a necessidade de prover a família do sustento necessário e, esta condição lhe é tirada, além de gerar dificuldades materiais concretas, podem levá-lo ao adoecimento psíquico.

Dona Gilda (50 anos) acredita que parte do seu desencanto pela vida, e o de muitas outras pessoas no Estado de Alagoas, começou quando teve que pedir o desligamento voluntário de uma função de merendeira que exercia no Estado,

*(...)depois que eu perdi meu emprego que eu fiquei desse jeito (...)*O Suruagy(Governador do Estado de Alagoas na época) *foi muita coisa, ele fez muita coisa ruim, ele foi muito cruel, muita gente se acabou-se(suicidou-se)*

*(...)depois, que eu perdi meu emprego (...) eu quase endóido.. eu quase fui internada(...) só não fui internada por milagre de Jesus Cristo (...)*Passei mais de 6 meses, eu não fazia nada, não dormia, não tomava banho, não queria comê. *Prá tomá banho precisava que os meus filho me desse. Me jogasse dentro do banheiro e me desse. (...) o dia que eu não dava três entrada no Pronto Socorro eu não dava nada(...) eu só dormia as custa do remédio do Pronto Socorro.*

A falta de independência causada por esta situação é geradora de mais sofrimento,

*Hoje em dia eu dependo(...) se eu quero ir daqui pra cidade eu tenho que pedi: “ Ô José, não tem não meu filho dois passe que me arranje?” (...)*Daí, eu corto tudo e não saio pá canto nenhum, além do mais os meus fio me dá um bocado pá comê e vai de má mais dinheiro de modo eu passeá?(...)Repere se não é uma coisa revoltante na vida

da pessoa? Cada um pense e, bote o sentido de sí que não é uma coisa revoltante?

O desemprego, neste sentido, acaba por ser o gerador de uma "cidadania tutelada", fazendo com que as pessoas dependam cada vez mais do assistencialismo do governo e dos políticos para garantir sua sobrevivência. Tira do homem a liberdade em prover-se e de traçar o seu próprio caminho na vida.

2º Tema: Formas de Enfrentamento do Adoecimento Psíquico

Longas e sucessivas internações

Para Alves et. al. (1994) o Hospital Psiquiátrico no início da década de noventa, ainda detinha papel claramente hegemônico no conjunto dos serviços, decorrentes de fatores históricos, econômicos e de conformação do sistema de saúde brasileiro. No bairro do Pontal pode-se afirmar que esta realidade é ainda bem atual, onde a internação psiquiátrica tem sido utilizada como a principal forma de enfrentamento do adoecimento psíquico.

Para Damião (62 anos), por exemplo, as longas e sucessivas internações (chegou a passar dez anos internado) foi ao mesmo tempo uma forma de tratamento e causa de sofrimento. Ele mesmo expressa a extensão da sua dor,

fiquei doente(...) fiquei doente(...) fiquei doente(...) eu era pobre(...)eu era pobre(...)eu era doido(...) eu era doido(...)eu sofri dos pulmão(...) sofri dos nervos(...) não teve cura(...) não teve cura(...) não teve cura mesmo(...)aí, eu era com trinta anos e tava sofrendo e com aquela esperança aí, eu fiquei sofrendo(...) com aquela esperança(...)eu estava sofrendo eu estava sofrendo(...) eu estava sofrendo até os sessenta anos.

Das internações, mais especificamente, o que ele relembra e conta é,

(...)eu apanhava deles, eles tomava minha comida, derrubava meu cuscuz, tirava minha sopa

Para o irmão, hoje, Damião sofre os efeitos secundários destas múltiplas internações que se refletem no seu cotidiano simples,

Agora, engole a comida com uma ligeireza ...por conta das internação.

Goffman (1961: 312) alerta para o fato de que na internação psiquiátrica as pessoas,

Podem descobrir-se numa "atadura" muito especial. Para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, consiste em apoiar o papel

profissional dos que parecem impor essa condição(...)servidão moral auto-alienadora(...) onde podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós.

É o caso de Dona Maria Rosa (49 anos) que também, passou boa parte da sua vida internada. No seu depoimento ela diz,

(...) eu dei 44 entrada, eu tenho até aí os documentos, se você quisé eu lhe amostró(...).mas, eu sou "boa conduta", faço tudo, vou pegá o paciente, todo mundo gosta de mim, ajudo na cozinha vô na casa da minha médica, cozinho lá, faço de um tudo pro Dr. X

Forma de enfrentar o problema, que para ela tornou-se um hábito, uma fuga.

(...) daí, eu fiquei aviciada(...) cê sabe que a gente se habita, entendeu? Qualquer coisinha que eu tinha uma dorzinha: " eu vou me interna " (...)lá eu ficava à vontade(...) assim à vontade de cama assim, eu não tinha a preocupação com casa.

E, que era fortalecido pela instituição,

(...) eu telefonava de qualquer canto e dizia Fulana (Assistente. Social do Hospital José Lopes): "vou me interná". E ela dizia: "venha meu amor, não precisa nem pegá guia, tá aqui a sua vaga".

Foi por opção própria que Dona Maria Rosa decidiu romper este ciclo de internações,

Graças a Deus, tá com 3 anos que eu não me interno mais(...) eu disse: "eu vou deixá de vim, eu vou deixá de vim, que isso já é um psicológico, uma mania, já peguei uma mania que eu peguei".(...)Aí, eu deixei. (...)Tenho fé em Deus que eu não nasci tomando medicamento(...)eu vou passá por cima disso que Deus é mais poderoso, eu tenho que vencê meu Jesus, eu vou vencê(...)três ano agora no dia 5 de outubro que eu não me internei mais.

Para Leloup (1996), são os hábitos que nos alienam, quando cremos que o mundo das nossas relações está para sempre determinado. Trata-se então de 'desabituar-se', de sair do conhecido e entrar assim no desconhecido de um novo modo de ser e relacionar-se que não embarace a liberdade.

A família e a internação

Para Rotelli et. al.(1992) o manicômio é muito mais do que paredes, muros e grades. Desmontar essas instituições significa, fundamentalmente, desmontar estruturas mentais que dão sustentação e legitimidade ao modelo psiquiátrico centrado no hospital.

O papel da família na manutenção da internação como principal forma de intervenção neste bairro tem sido determinante. Com raríssimas exceções, como é o caso da Dona Gerusa (57 anos). Ela só não foi internada pela verdadeira disposição dos filhos em cuidá-la no ambiente domiciliar, ela diz:

Com a psiquiatra do Hospital Portugal Ramalho, me tratei com a base de um ano(...) quando eu fui a primeira vez, ela queria me internar mas, meus filhos disseram: 'pelo amor de Deus doutora, não interne não minha mãe, passe o medicamento mas, não interne não'(...)eu passei quase um ano na casa da minha filha.

Mas, para Gal (46 anos) a falta de apoio da família determinou o prolongamento do seu tempo de internação,

(...)quando eu fui internada no Portugal Ramalho a Assistente Social e, as amigas procuraram minha família prá fazê um tratamento domiciliar, só que minha mãe não aceitô, ela bateu a porta no rosto das minhas colegas(...) disse que não queria não, porque podia eu ficar com uma crise de violência e partí pra matá eles dentro de casa, né? (...)Então, com essa negativa que eles tiveram, então me botaram novamente para o internamento.

Já, a mãe de Daví (27 anos) ao mesmo tempo que manifesta o desejo de interná-lo para protegê-lo dizendo,

Eu queria uma internação pro Daví, ele internado ficava melhor.(...) Porque, lá tá tomando o medicamento e não tá aqui bebendo(...)Lá na Ulisses Pernambucano(Hospital Psiquiátrico).é tão bonzinho, ou no Zé Lopes(Hospital Psiquiátrico) (...)ele já internou no Zé Lopes, no Ulisses vária vezes(...) é bom porque, ele para mais de bêbe e volta pra casa direitinho, né?

Demonstra o desejo de puni-lo, quando diz na frente dele:

(...) Já falei prá Daví: "vou pegar um encaminhamento pra deixá você no Zé Lopes por vida porque, só assim eu vou tê paz!

Para Foucault (1972) o internamento se justifica assim duas vezes, num indissociável equívoco, a título de benefício e a título de punição. É ao mesmo tempo recompensa e castigo conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto.

Para o Senhor José, 56 anos, alcoolista, suas internações eram a forma encontrada para a família se ver livre dele,

(...) então, devido o alcoolismo meu, eu comecei a passar, a sofrer aquelas crises(...) eu tinha crise de epilepsia(...) eu tava com a primeira mulher, ela pra se ver livre de mim, me botava na Casa de Saúde(Hospital Psiquiátrico), ela me internava(...)eu tive 4 internamentos eu tive duas no Miguel Couto e duas no Zé Lopes(...) depois, foi tempo que a gente se separou mas, eu continuei a beber aí, é que era crise e mais crise,

Aposentadoria

A aposentadoria mais do que uma forma de enfrentamento direto do problema, mostra ser uma forma de diminuir o prejuízo e, muitas vezes é a concretização, na prática, de uma forma de exclusão.

Enquanto Dona Gerusa (57 anos), busca a aposentadoria por não acreditar ser capaz de trabalhar, devido aos seus múltiplos problemas de saúde e, tem sérias dificuldades em obter até mesmo o benefício, diz: ela:

Eu fui, lá no INPS, alí na Praça dos Palmares, a doutora olhou prá mim e disse que eu tava forte, que diabetes não era doença, coluna não era doença, pressão alta não era doença, que eu era mulher forte e que ainda dava até prá lavar roupa de ganho. Ela disse: "não eu não vou dar benefício pra senhora"

João Paulo (23 anos), apesar de ser ainda muito jovem, foi aposentado sem ao menos ser avisado. Segundo as informações de uma tia, a mãe de João Paulo apesar de ser uma Auxiliar de Enfermagem, só veio procurar ajuda especializada

com a vinda da psiquiatra no programa. A ação da médica pode ser resumida nesta fala,

Ela passou um remédio prá ele tomá e pediu que ele fôsse lá de novo prá saber como ele tá(...) eu tô achando que ele tá melhor, mais do que era antes mas, eu acho que bom mesmo ele não fica, não(...) a médica conseguiu a aposentadoria dele mas, ele não sabe.

A atitude da mãe e do psiquiatra em aposentá-lo, sem ser ao menos preparado ou consultado ou informado pode ser considerada como uma forma de segregação pois, impossibilita o desenvolvimento de sua autonomia profissional e financeira e, diminui o empenho da família em buscar uma ocupação para ele.

Medicamento sem Acompanhamento

Para Lefréve (1991) as atitudes das pessoas frente ao uso e efeito dos medicamentos dependem das crenças e fatores culturais presentes entre as pessoas que o utilizam. Enquanto mercadorias simbólicas, tornam concreta uma entidade tão abstrata e vaga como a saúde.

O medicamento toma um grau de importância que, em muitas vezes, supera a necessidade de um acompanhamento e, por si só, é tido como um tratamento, ou uma forma de cuidado à saúde.

Dona Gerusa, que no processo inicial de adoecimento, fazia terapia com o psiquiatra, hoje resume seu tratamento à ingestão de benzodiazepínicos.

(...)eu tomo, Diazepan prá dormí e, pros nervo: Lexotan. Eu passo a minha vida tomando(...).dos nervos eu continuo me tratando, tomo Lexotan, tomo Diazepan, eu sempre tomo tomo para não poder cair de uma vez.

Daví, 27 anos, também, não faz seguimento mas, segundo sua mãe,

o médico passa receita, na hora que eu tenho dinheiro eu compro, hora que eu não tenho não compro, né? Ele toma o Gardenal, toma o Diazepan.(...)

Dona Maria Rosa (49 anos), diz que o seu medicamento é Diazepan e, que quando está aperreada procura o médico do posto para que este lhe prescreva o medicamento,

(...) tem que tê o comprimido por prevenção, dô a meu pai, porque meu pai(...) depois tiro, porque eu não quero avicia ele.

Sem acompanhamento e sem medicação estava Jéssica (47 anos). Quando a psiquiatra estava trabalhando no posto prescreveu-lhe Haldol e Prometazina, mas segundo a mãe,

(...)a Gilda (irmã) já mando procurá (o remédio) no posto, lá em Maceió, (...) já foi duas vez e não tem, as vez, ela amanhece o dia com os zóio todo vermeio, porque não dorme de noite. (...)Ela, agora mesmo, tá atacada, conversa a noite todinha que Deus dá(...)

A família não demonstra, no entanto, a disposição em continuar com o acompanhamento da psiquiatra, a irmã diz,

Porque agora ela está atendendo em outro lugar(...) só tô dando a medicação que ela passou (...) esse lugar, não seio nem onde fica, eu não seio nem onde fica.

O caso de Neno, 22 anos, ilustra bem os malefícios em se medicar sem garantir o acompanhamento. Segundo sua irmã Neno,

Teve uma crise há poucos dias e eles (irmãos) conseguiram chamá o camburão da polícia prá levá ele no hospital.. daí, quando chegou lá no Portugal Ramalho(Hospital Psiquiátrico) não tinha vaga, deram um encaminhamento prá procurá outro hospital, fizeram a medicação nele, depois trouxeram ele pra casa. (...) Daí, até uns dois dias ele ficou bem com o efeito do remédio, mas depois começou de novo. Ele começou a ter dor de cabeça, desmaio, agonia, o coração batendo muito forte.(...) Aí, a gente levou ele no pronto-socorro prá fazer a medicação(...)eu vi que ele que o negócio tá feio. Ele pediu: “me leve que eu tô morrendo, eu vô morre, eu vô morrê”. Quando chegou lá, descobriu que foi por causa da medicação que ele tomou no Portugal Ramalho,..ficou como se diz? - Impregnado, né?

Alcoólicos Anônimos : uma saída

Segundo Steffen (1997), os Alcoólicos Anônimos, ou o mundialmente conhecido como "A.A." é uma associação de homens e mulheres que contam e compartilham suas experiências de vida, buscando fortalecer e ajudar um ao outro na solução de seus problemas comuns e ajuda na recuperação do alcoolismo.

Para alguns, como Cosme (47 anos), um alcoolista em recuperação, o grupo de alcoólicos anônimos foi sua tábua de salvação. Diz que se não fosse sua inserção no grupo,

eu não tinha essas duas criatura(filhos), tinha nada(...) comecei a bebê com vinte anos e parei com quarenta e dois(...) foi vinte dois ano de cachaça(...)se eu demorasse mais um mês de cachaça eu morria(...)antes eu era um cachorro, agora eu sou um homem e o meu nome agora é Cosme

No entanto, ele mesmo alerta, que o para a recuperação da dependência ao álcool,

Você tem que fazê força por você mesmo(...)por você, não pela sua mulé, nem por seu filho, ninguém. É por você mesmo. Porque, você fazendo você feliz você vai fazê todo mundo feliz, entendeu? Não é prá satisfazer sua esposa, a ninguém(...) você tem que faze por você, prá ser feliz e prá sua família ser feliz(...) isso é importante, certo?

Para alguns o conselho de um amigo, ou apoio de um familiar pode facilitar a entrada para o AA. Para o Sr. José (56 anos), depois de uma longa trajetória de sofrimento provocado pelo abuso do álcool, seu processo de recuperação iniciou - se quando,

(...)Aí, eu tenho um irmão mais velho, nós somos em sete irmãos, pegou e me levou pros alcoólicos anônimos e, lá foi onde eu fiquei e consegui ficar bom, parar de beber(...)tô com 16 anos que não bebo, não tive mais crise, aquelas crises que eu tinha, que desmaiava, caia batendo e espumando.

Para a esposa de Cosme, apesar de existir um Grupo de Alcoólicos Anônimos no Pontal, com reuniões regulares no Grupo Escolar Municipal, ela diz

(...) aqui é muito fraco(...) já no Vergel(outro bairro) tem festa quando eles comemora o dia, né? Aqui não(...) é muito fraco.

Violência e o Abandono

A forma que a família de Daví (27 anos) tem arrumado para protegê-lo das crises de epilepsia não deixa de ser uma forma de violência,

Quando ele adocece a gente amarra ele, a gente amarra com a corda, bota ele no quintal (...) prá gente ter paz; senão ele quebra tudo

Para Neno as formas de lidar da família e do sistema de saúde para com seu sofrimento se reduz ao puro abandono. Não tem acompanhamento terapêutico, não conta com a proteção da família. A irmã mais velha relata que na infância ele teve encefalite, desde então,

(...)o médico falou que ele tinha que tê um acompanhamento psiquiátrico, só que as condições financeiras nunca deu.(...)Foi passando o tempo e ele nunca tomou remédio, nunca tomou a medicação apropriada prá isso, né? (...)A gente sempre falava: “mãe você tem que levar o Neno no médico”. Mas como a minha mãe foi uma mulher...que todo ano era tendo um filho e o meu pai sempre desempregado(...)Daí, foi ficando difícil de tê um acompanhamento médico prá ele.

Ele fica sem comer, sem dormir, ele não dorme, ele passa vinte e quatro horas acordado, ele caminha esse Pontal todinho pela madrugada... a gente já tá até com medo, porque ele anda por aí afora sozinho, se passá alguém ou no quintal de alguém por aí e pensá que é um ladrão, entendeu? (...)Ele não come, passa semanas inteiras sem tomá banho, não tem quem chegue perto dele,. aquele fedor.

A gente deixa de mão(...)ele é um mendigo. Come na casa de um, come na casa de outro. Assim que ele acorda ele vai na casa da minha cunhada pedir pão,.pode dar pão que ele fica satisfeito(...)ele vive que nem mendigo. (...)a gente deixa ele de mão

O Amor , A Amizade, A religião e outras dimensões do cuidado

Gal, 47 anos, acredita que o poder do amor a ajudou no processo de recuperação,

Eu sofri, mas passou, hoje sou uma nova criatura, sou uma nova mulher e mais bem estruturada do que antes(...) tenho o amor como base.(...) o amor faz milagre e o amor me curou(...) A falta de

apoio, a falta de carinho e de compreensão que eu tive da minha família foi que me levou a cair, né? E o amor me fez renascer das cinzas e, tô aqui linda e maravilhosa , Graças a Deus!

Para Gilda (50 anos) impossibilitada de realizar-se dentro das condições de vida que lhe foram impostas, buscou manter sua sanidade através da fé e da ajuda dos amigos

(...) eu perdi o meu juízo, por milagre de Jesus eu não...(suicidou-se)... Jesus foi quem me ajudô... e, as irmã de igreja.

(...)a minha vizinhança me deu muito apoio,. as meninas que trabalhava lá (posto de saúde) que não eram essas daí, era outra! Foram muito bacana(...)o grupo da legião de Maria, o grupo da oração carismática(...)tudo era aqui junto comigo. Graças a Deus, nunca me deixaram sozinha(...) eu tive muito apoio dos meus vizinho e das minhas irmã em Cristo(...)das minhas irmãs de sangue e da minha família de sangue mesmo, não.(...)parece até que eu sô uma pessoa condenada (lágrimas).Quem não quer ter o carinho o apoio da família numa hora dessas? (choro intenso)

Dona Berenice (52 anos), destaca o valor da amizade e da ajuda - mútua para a recuperação do processo de adoecimento psíquico,

(...) o que fez eu sair mais desse sofrimento foi a confiança e as amizades que a gente tem com as pessoas, isso é muito importante(...)porque eu tenho tanta amizade, tenho tanta amizade no mundo, através da minha igreja, cada lado que a gente vira, sempre encontra uma pessoa pra dar apoio

(...)o que me ajuda muito é que eu tenho uma amiga que eu ando muito com ela, ela mora aqui, a gente somos as duas amigas mesmo, as amiga é uma maravilha, né?

(...)eu acho que as pessoas tem que se ajudar porque, têm pessoas que precisa da medicação mas, tem pessoas que eu aconselharia, que a palestra ajudaria muito mais, muito mais.

De outra forma porém, não diferente, o discurso de Dona Maria Rosa, traduz a necessidade da palestra, da conversa, do diálogo,

(...)eu consolo muito a pessoa que sofre nessa fase que eu passei. Eu tiro de tempo, eu converso, (...)Eu dialogo, né? Por que você sabe o que é dialogá?

Para Rúdio (1990:34) dialogar não é uma simples conversa que se estabelece entre as pessoas para serem comunicados e discutidos idéias,

informações e assuntos de interesse comum para as partes que dialogam. Tem características de ser uma conversa não autoritária e nem dogmática, onde as pessoas se colocam em pé de igualdade quanto a participação de cada um. Esta igualdade refere-se ao fato de que cada participante possui as mesmas oportunidades de ouvir e falar, de indagar e responder, de concordar e discordar, de emitir idéias, juízos e opiniões. O diálogo de ajuda deve-se basear na certeza de que todas as soluções existenciais, necessárias para a vida do indivíduo, encontram-se dentro dele, ou então que, aí devem ser construídas.

As formas de enfrentamento desenvolvidos por Dona Berenice (52 anos), são verdadeiras sugestões de formas de lidar com o adoecimento que extrapolam a intervenção médica tradicional. Ela concilia várias estratégias,

(...)Eu procuro ir pra médica, conversar com ela, se divertir com as pessoas, sempre passear (...) a gente tem que dividir com as pessoas, conversar, procurar conversar, sair, se divertir,

Busca o envolvimento com outras pessoas,

(...)eu sou do grupo dos idosos, a gente sempre sai para passear, assim a gente vai levando a vida, né?

Usufriui da companhia dos familiares,

(...) o que também me fortifica muito é que eu tenho muito neto, levo eles pra o colégio, eu mesmo vou apanhar, é uma maravilha,

Reconhece o valor do tratamento medicamentoso, sem no entanto, restringir-se somente a ele,

(...) eu me cuido, eu me trato, gosto muito de passear. Uso 'Apuquidil' de 100 mg(...)A gente se cuida, já sou aposentada através do meu problema e eu acho que a gente tem que cuidar , a gente sabe que quem tem um problema sério desse tem que tomar medicação, não é? Se a gente não toma, como é que vai reagir?

(...) ter força de vontade é muito importante, não é só chegar e dizer: "eu vou tomar o remédio que eu vou ficar boa, não

O Sr. José(56 anos) insere o valor da ética como base das relações entre as pessoas, uma ética que parte da premissa de que não se pode ser feliz sozinho.

Maceió, eles mostra a parte bonita, a parte boa, a Ponta Verde, onde mora os rico, é o que eles mostra. Agora, a senhora passe na periferia para ver a miséria que tá, o povo morrendo de fome, a gente chega a chorar, vê uma criança comendo com o pão na mão e ninguém vê a cara da mosca.(...)Pense se vale a pena a gente come todo dia e vê os outros sem comer e ficar se gloriando? Eu não, eu tenho o prazer de saber que todo mundo tá comendo naquela hora.

A respeito disto, o Dalai Lama, em recente publicação no Brasil, defende que os homens devem desenvolver uma noção de "*responsabilidade universal*"- da dimensão de nossos atos e do igual direito de todos os outros à felicidade- é desenvolver uma disposição de espírito na qual preferimos aproveitar qualquer oportunidade de beneficiar os outros do que apenas cuidar de nossos restritos interesses pessoais.(Dalai Lama, 2000)

3º Tema: Relacionamento com a Equipe do Programa Saúde da Família

Para o Ministério da Saúde a reorganização das práticas em saúde pautada na estratégia de Saúde da Família deve desenvolver seu trabalho com ações voltadas ao indivíduo, família e, comunidade, nos espaços do domicílio, da comunidade, da unidade de saúde ou no acompanhamento aos serviços de referência quando necessário. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000)

Em relação a atenção oferecida pelo Programa Saúde da Família local, fica claro nos depoimentos que a interação com a equipe de saúde se restringe, na maioria dos casos, à relação com as agentes comunitárias de saúde, ao espaço da Unidade de Saúde, à ações individuais. A família de João Paulo (23 anos) diz,

só quem vem de vez em quando é "aquela moça, que sempre pergunta como ele tá(...)daí eu digo e, se precisá ela pega ficha pra psicóloga.

Na opinião de Dona Gerusa (57 anos) apesar da disposição das agentes comunitárias em ajudá-la,

(...)do Posto quem vem mais aqui é a(Agente Comunitária de Saúde). Elas são boinha mas, não podem fazer nada, né?

Gal, 47 anos, usa o posto de saúde local quando tem necessidade, recebe freqüentemente a visita da Agente Comunitária de Saúde, que segundo ela "vem bater um papo e saber como está de saúde" mas, na sua opinião o médico do PSF não tem condições de ajudá-la, pois,

(...)o Doutor do posto é prá tudo,. é ginecologista, é pediatra, é clínica geral(...) o coitado é prá tudo(...).uma vez, eu reclamando das minhas dores de cabeça ele me sugeriu usar óculos escuros e usar um chapéu aba larga (...)e eu disse: "e uma bengala, né doutor? Ele riu prá mim e eu também porque, coitado! Ele tem vontade de ajudá mas, não entende o meu problema, um problema sério.

Dona Maria Rosa (49 anos) é da mesma opinião,

Não vou falá de mal, não. Vou falá para o bem mesmo. Só tem um médico pra tudo, tem um médico só pra criança, necologia, clinico, prá tudo(...) uns três anos pra trás tinha um de criança, um não, vários, médico de criança, de necologia e do médico clínico.

Continua,

(...) e, aqui (Pontal) também tinha uma médica, que agora não tem mais, depois que essa médica veio pra aqui me ajudô muito(...) nem ela me dava remédio, mas ela ficava conversando comigo(...) Graças a Deus, então, esse tempo que ela passo aí me ajudô muito, muito mesmo (...) aí, esse mês agora ela marcô, fui lá pra Bebedouro, tão longe minha fia prá você saí daqui prá ir pra Bebedouro lá em cima

Para a mãe de Daví (27 anos),

Ele tratava com a Dotôra...(psiquiatra), né? Agora ela saiu(...) é preciso um médico prá sistema nervoso, né? Aí, é um médico só prá tudo.

A menina (Agente Comunitária de Saúde) vem tirá a pressão do véio e traz a receita(Diazepan e Gardenal).

Queixa-se da dificuldade em ser prontamente atendida,

(...) A gente, hoje, vai cedo e só lá pela uma hora a Atendente vem e dá ficha prá gente fala no outro dia com o médico. Nisso, a gente passa dois dia sem nada(...)isso é uma negação, né?

Dona Marli do Véio(60 anos) diz que procura o médico do PSF quando está aperreada,

Aí, eu vou pro médico passa um remédio, ele passa Diazepan de 10 mg. Só prá tirar da crise e só.

Agora, o médico dificulta muito, porque eu tenho certeza que ele sozinho não pode atender muitas fichas(...) porque ele é um só, não é?

A filha intervém,

É uma coisa muita lenta o PSF, quando tem três ou quatro fichas de PSF é muito.(...)o médico é um pra tudo

Em relação à assistência domiciliar da equipe do saúde da família, o Sr Adilson diz,

Eu tenho que ir lá, a não ser aquela menina de olhinhos verde.. ela vem aqui, a... (Agente Comunitária de Saúde). Ela vem aqui, pergunta como a gente tá, ela sabe conversá.

Foi encaminhado para atendimento com psiquiatra pela enfermeira,

Ela teve impressão também que era o sistema nervoso. Eu disse que queria. Aí, foi quando eu fui lá na Chã de Bebedouro,

cheguei lá, a moça disse: "Ah, não tem vaga agora não, só daqui há três meses". Daí eu tô esperando. Aí eu digo, mas se foi um caso de precisão a pessoa morre? Ela disse: "Eu não posso fazer nada".

E o médico,

Ele (médico do PSF) mandou que eu procurasse um médico, na FASE (Centro de Atendimento Especializado) mas, quando eu cheguei lá 10 horas da noite, já tinha gente dormindo na calçada, tinha mais de 50 pessoa... ah, eu disse: "não vou ficá aqui não, mosquito comendo a gente, mosquito demais i, vou desistir".

Sua filha diz ,

(...)Porque, aqui não tem tratamento pra isso, tudo tem que ser prá lá (Hospital Psiquiátrico). E, elas não fazem uma visita assim, pra conversá... a assistente social não veio ainda conversá sobre isso. Elas fazem campanha de outra coisa: Saúde da mulher, aleitamento(...)

Dona Berenice diz,

Não, eu não...e, eles também, nem sabem, eu me trato fora mesmo, pra não tá trocando de médico,

.(...)palestra com os agente de saúde a gente tem , no grupo da gente tem um agente de saúde que sempre acompanha a gente.(...)pra vir na minha casa elas vem, qualquer coisa que eu precisar chamar elas vem, o que depender delas, elas não nega.

O Sr. João teceu algumas críticas ao Atendimento do Posto que, se estende para os outros serviços públicos de assistência em saúde de Maceió,

De vez em quando eu critico o Posto porque, eu acho que (...) pronto! essa médica, eles não deviam ter trazido outra? Porque aqui no Pontal nós temos muita gente com esse problema(...)aqui precisa de um médico assim, só tem aqui o Doutor do posto, o doutor é ginecologista, é médico de criança, é médico de adulto, é médico de tudo, o que a senhora imaginar ele é médico, quer dizer, um homem desse por muito que ele saiba, ele não dá prá(...)quer dizer, são essas coisas que o Posto precisa, eles ficam tirando os médicos, os melhores eles tiram, sei não. Põe e tira, né?

(...) As vezes, a gente chega ali,.a gente tem que ter paciência, eu chego lá, fico sentado a tarde todinha aí, eu digo "quem é eu vai medir a pressão aqui?" (...)fica jogando uma pessoa pra outra. Eu já vi o Posto melhor, já, já foi melhor, porque também o Posto não faz muita coisa pelo pobre, não. Porque o que é que o pobre precisa mais?-De remédio e, não pode faltar, a gente vai lá se trouxer dez receita fica tudo na farmácia(...). Prá que médico sem medicamento? O que a pessoa precisa é do medicamento, do médico pra dizer qual é o

remédio que vai tomar, e o medicamento que é o principal. A maioria não tem dinheiro, pra comprar, né?

(...) esse governo aí, esse presidente tá acabando com tudo e, a intenção dele é acabar, matar todo mundo, eu acho que é isso que ele quer, porque antes eu pegava remédio, hoje acabou o remédio. Eu tenho isso, eu tenho, a médica passa aqui a receita e diz olhe aqui não tem você vai lá no Posto do Salgadinho, chego lá no Salgadinho o rapaz diz "olhe, aqui tem, só que não dá pra dar a você porque é só pra o pessoal daqui...quer dizer a gente fica jogado, né? Eu vejo tanta gente que dá até pena ...aquele povo que precisa mais, eu vejo, aquele povo, chorando alí dentro, eu olho assim, eu saio de perto...acaba se humilhando.(...)

(...) Porque aqueles funcionários que trabalham alí parece que é o dono, chega alí é tanto esporro(...) a gente paga imposto, paga tudo (...)são empregados para atender o povo, não pra vim com ignorância, as vezes, até aqui no Posto a gente vê isso.(...)Até nesse posto a gente vê isso: os donos do posto(...) o posto é do povo que mora aqui no Pontal

(...) É pra eles pegarem de duas horas, chegam aqui de duas e meia...aqui o pessoal só chega atrasado no serviço

(...)se faltar um, se um dentista entrar de férias, não bota outro, as pessoas ficam sofrendo até aquele voltar, se voltar.

Dona Berenice dá algumas sugestões que, segundo ela, poderiam ser desenvolvidas pela equipe do PSF,

Aqui não tem o remédio que a gente toma Eu acho que aqui poderia ter, né? Que a gente já apanhava aqui

por isso eu aconselho que vocês passem pra outra pessoa, se gostar de dominó, vá jogá dominó, se gosta do jogo de baralho, vá jogar baralho pra se distrair, tem que fazer alguma coisa e não ficar parado, se ficar parado

tem que ter palestra com os médicos, sair para conversar com as pessoas, se distrair

os médicos deveriam marcar ,de 15 em 15 dias, palestras sérias mesmo, formar um grupo pra família e, tem uma coisa: o que se passa naquele grupo jamais pode ser dito prá outra pessoa, ali tem que ficar.

Estes depoimentos oferecem ao Programa perspectivas de que muito há para ser feito com recursos e tecnologia simples, embasada principalmente, no fortalecimento de vínculos com a comunidade, de trabalhos grupais, de orientação e

apoio. Abrir-se para estas e outras necessidades advindas do usuário do sistema de saúde seria talvez dar o primeiro passo na busca de uma nova ética para o cuidado.

4º Tema: Perspectivas de Vida Futura

Para Olivieri (1985) o "Ser doente" pode ter o seu futuro ameaçado, quer dizer: poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro não acontecerá jamais, porque ou seu fim chegará antes ou a sua enfermidade impossibilitará o acontecimento previsto.

Damião (62 anos) expressa claramente como a sua condição de doente o impede de ter qualquer perspectiva. Quando indagado sobre suas expectativas para o futuro respondeu,

Eu não posso, sou doente, sou doente.

A manifestação de Márcio (27 anos) é desalentadora,

Não tem solução pra mim, não tem médico, não tem nada pra resolvê isso. Eu não tenho mais motivação pra nada, eu perdi a motivação pra tudo.

Passado três dias deste depoimento, Márcio tentou suicídio apoiando seu pescoço num barco e, cortando-o um facão de coco, foi socorrido a tempo por um pescador mas, teve uma lesão extensa no pescoço.

Afora Damião e Márcio, os outros entrevistados centraram-se sobre desejos comuns.

Inserção no mercado de trabalho

A necessidade de um emprego como forma de prover a família, em suas necessidades básicas, foi a mais referida.

O que Cosme (47 anos) diz que o que mais deseja hoje em dia é:

Um trabalho, né? Um trabalho de verdade, né? Carteira assinada, com perspectiva de aposentadoria.

Para o Sr. Adilson, o trabalho pode ser visto, até mesmo, como forma de distração,

Se eu tivesse minha carteira eu tava pelo menos me distraíndo, fazendo uma viagem que nem eu fazia. Das vez o rapaz da funerária telefona e diz: "dá pra ir?". Eu digo: "Não, dá não que a minha carteira tá atrasada"(...)aí, boto uma coisa na cabeça, boto outra e, aí vai(...)se eu arrumasse um trabalho era menos um peso pra mim, né? Menos um problema...

Dona Gilda (50 anos), faz artesanato em filé mas, a desvalorização do trabalho artesanal pela instituição do comércio no bairro faz com que ela queira algo mais para sua vida,

Hoje, se eu arranjasse um lavado de roupa, meu Deus do céu eu ia vivê a minha vida. Eu ia vivê a minha vida tranqüila e calma. Agora, sem nada pra fazê e prá vivê as custas disso aqui (do bordado).. dá não(...) Já deu, já deu, antigamente dava(...) mas, hoje você anda pegá daqui (início da rua principal) até lá (final da rua e do comércio) e não acha quem queira e, não acha quem queira.

Para Dona Gerusa vê na recuperação da sua saúde a obtenção de uma maior independência,

(...)quando eu tinha saúde e tinha 4 menino pequeno eu tinha 10 lavado de roupa por semana e eu dava conta de tudo, lavava e passava com ferro de carvão, eu fazia filé, fazia tudo e não sentia nada e ganhava dinheiro e, hoje? Nem tem dinheiro, nem posso fazer mais nada! Tenho que viver às custas dos outros, né? Depende dos outros. Eu queria não ter dinheiro mas queria ter a minha saúde, a minha independência(...)eu tô com 57 anos se eu tivesse a minha saúde eu ainda ganhava dinheiro, trabalhava e ganhava dinheiro,(...)levei a pió, adoeci, fiquei doente, tem hora que eu me desanimo, ao mesmo tempo não, eu tenho um Deus vivo!

Para outros as expectativas se mesclam entre viajar, divertir-se, conhecer pessoas, ganhar na loteria, dentre outras

João Paulo (23 anos) diz,

Minha vontade é viajar prá São Paulo e Rio de Janeiro(...)conhecer lugar(...)eu acho bonito a pessoa viajá, assiná o nome...minha vontade é essa mesmo, de ser alegre, conversar com as pessoas

Dona Maria Rosa (49 anos) sonha em,

passeá prá longe, tava doida prá ir a Juazeiro(...) eu sonho que eu tivesse ganhado na loteria, na telesena, dá uma casinha a minha mãe, porque ela é muito humilde, não tem nada, mora numa casinha alugada(...)ajudá minha mãe(...) comprá uma geladeira pra minha mãe, dava um auxílio a pessoa carente. Ah! eu dava. Deixa o dinheiro no banco, vaí ficá lá pros outro, não adianta nada., você tem que fazê o futuro.

Para Teles (1992) não há nada, absolutamente nada, que possa dar alegria e esperança ao homem como os seus próprios sonhos ou ideais.

Quando o futuro é um horizonte longínquo e invisível, é bom lembrar a poesia de Fernando Pessoa (1998: 21),

*O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esperança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a fonte-
Os beijos merecidos da Verdade.*

Considerações Finais

6. Considerações Finais

Caminhando na busca de uma compreensão do cuidado em saúde prestado ao portador de transtorno psíquico nesta comunidade, sob a ótica dos cuidadores e do sujeito a ser cuidado, muitas foram as descobertas.

Para Goldenberg (1999: 36) diz "*Cada sujeito é uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade, uma reapropriação singular do universo social e histórico que o cerca*"

Através da equipe de saúde local conheceu-se o perfil de morbidade relativa ao adoecimento psíquico, o tipo de assistência prestada à estes portadores e, quais suas sugestões de melhoria desta assistência.

Através dos portadores pôde-se conhecer as histórias de vida e do adoecimento, as formas encontradas por eles e os familiares para enfrentar o problema, como o sistema de saúde e o Programa do Saúde da Família vem respondendo às necessidades de tratamento e cuidado e, quais as diferentes dimensões do cuidado existente e desenvolvidas por este grupo de pessoas.

Outro ponto central deste estudo foi verificar sob qual o modelo de assistência estas formas de cuidado se assentam e, se são ou não condizentes com os princípios do Movimento de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e, mais na atualidade, ao modelo de Saúde da Família implantado no país em 1994.

Considerando-se, inicialmente, o perfil de morbidade relativa ao adoecimento psíquico. A fala da equipe deixa clara a amplitude e relevância do Alcoolismo nesta comunidade. Infiltrado na maioria das famílias do Pontal, este problema tem gerado dor e sofrimento aos dependentes e aos que convivem com ele.

O receio, o medo e, a impotência são sentimentos demonstrados como justificativas da não abordagem aos alcoolistas. Por que? Seria porque o modelo médico de atenção não tem sido capaz, por si só, de apresentar uma justificativa e

solução para este problema? Seria pouco conhecimento sobre o assunto? Estaria ele sendo relegado a outro território que não o da atenção básica em saúde?

O Programa de Saúde e o Sistema de Saúde de Maceió não tem dado resposta satisfatória a este problema. Apesar de possuir um Centro de Recuperação para Alcoolistas, não desenvolve nenhum trabalho de conscientização e prevenção junto à população exposta ao risco, principalmente os jovens. A internação psiquiátrica, apesar de não indicada, ainda é comumente usada como forma de cuidado.

Uma característica que, segundo o médico do programa, aparece muito é a somatização. A pessoa procura assistência médica com queixas orgânicas e, quando vai ver o problema é emocional. Este é para ele o caso da depressão, ele diz: *"aqui tem muita depressão...tem depressão prá caramba!"*.

O mesmo encontrou Kleinman apud Helman(1994) no Taiwan, onde a depressão é normalmente apresentada através de sintomas físicos. Segundo ele, naquela cultura, a doença mental é muito estigmatizada, bem como a psicoterapia, por conseguinte, os estresse causados por conflitos familiares ou dificuldades financeiras são freqüentemente manifestados através de sintomas físicos.

Observou-se, ainda, ser comum para estes casos, a indicação de benzodiazepínicos. Esta atitude merece ser melhor refletida já que pode, ao seu turno, contribuir com o uso indiscriminado de psicotrópicos.

Quando estes episódios de depressão se agravam, a internação é a forma de enfrentá-los, quando não há vaga nos Hospitais Psiquiátricos o lugar procurado por estas pessoas é o Pronto Socorro Municipal.

O acesso à medicação necessária é sempre problemático, só existe nos centros de referência, estes em pequeno número e com pouca capacidade de cobertura restringe o fornecimento apenas aos portadores inscritos em seus programas.

Os fatores desencadeantes destes problemas são apontados pela equipe como uma somatória de problemas, que vem desde relações familiares conflituosas,

dificuldades financeiras, desemprego, até a presença do alcoolismo no ambiente familiar. Este último, por sua vez, é tido como desencadeante no desequilíbrio do controle da Hipertensão e do Diabetes.

A partir destas falas, pode-se afirmar que relação equipe/ usuário se caracteriza em ações individuais, onde o acolhimento e a escuta, são pouco explorados pela equipe. Este fator se torna de essencial importância numa comunidade onde todos, exceto duas ou três famílias, dependem exclusivamente do sistema público de saúde e esperam dele a sensibilidade e a atenção para a solução dos seus problemas.

O contato com os portadores e seus familiares no ambiente domiciliar, permitiu conhecer um pouco do seu universo que não se reduz, sob hipótese alguma, à "*doença*". Este trabalho não daria conta de retratar toda a riqueza e a diversidade das formas de ser e estar no mundo destas pessoas mas, permitiu conhecer, sentir, vibrar e compartilhar os seus dramas, sonhos, alegrias.

As informações obtidas do sujeito a ser cuidado acrescentam dados pessoais e subjetivos que, favorecem uma maior reflexão e análise da relação destes sujeitos com os serviços de saúde. Muitas reforçam ou complementam a percepção da equipe e, novas surgem, abrindo verdadeiros caminhos para que se possa ampliar a compreensão das várias dimensões envolvidas no cuidado às pessoas que experienciam o adoecimento psíquico.

Narram uma trajetória passada de aflição, de vidas marcadas pela violência familiar, quebra de vínculos afetivos, alcoolismo e, desemprego.

Nas estratégias encontradas para enfrentar o problema, delinea-se claramente uma tendência à internação psiquiátrica, assim como ao uso do psicofármacos sem acompanhamento especializado e, à aposentadoria. Estas três tendências são reforçadas pela insuficiente rede substitutiva de atenção psicossocial existente em Maceió, criando uma verdadeira rede de excluídos de cuidado e assistência em saúde.

Para Agudelo (1997:45),

ao aceitar esta lógica, a sociedade reconhece sua impotência para recuperar parte dos seus membros(...) e opta, ativa ou passivamente, por autorizar, tolerar ou coonestar sua exclusão(...) do ponto de vista da cidadania, o excluído é despojado de todos os seus direitos, é ator impotente e insignificante.

Para o alcoolismo, alguns, poucos recorrem ao A.A. (Grupo de Alcoólicos Anônimos),. Enquanto organização não governamental, tem sido colocado à disposição desta comunidade mas, segundo o depoimento dos sujeitos desta pesquisa(equipe e portadores), vem apresentando uma baixa capacidade de adesão. Seu desempenho é caracterizado como '*fraco, muito fraco*'.

São valorizadas todas as formas de auto-ajuda, bem como os de ajuda mútua de grupos organizados ou não. O amor, a amizade, a religião, o entretenimento, são reconhecidos como recursos de alto valor terapêutico e, em certos casos o único recurso de que dispõem. Constituem-se em novas dimensões do cuidar e, acabam por suprir a não operacionalidade dos serviços.

Danese (1998) num estudo sobre representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos, numa comunidade de cobertura do PSF do interior paulista, demonstrou que a dificuldade de relacionamento do usuário com o serviço de saúde, onde este é apenas referência para a medicalização dos seus problemas, levam-no a procurar na comunidade um apoio mais eficaz.

Para o Ministério de Saúde o objetivo do Programa de Saúde da Família é organizar as práticas assistenciais sobre novos critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado na cura de doenças e no hospital. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000)

Para as pessoas que vivenciam o adoecimento psíquico, no entanto, o relacionamento com a equipe do Programa Saúde da Família fica restrita à busca de medicamentos e, encaminhamento para serviços especializados. Cada setor, por sua vez, seja de atenção primária ou especializada vem desenvolvendo seus

programas e ações em territórios diferentes , de forma desarticulada e, não comunicativa.

A saída da psiquiatra do serviço local representou para elas a perda de um acompanhamento terapêutico que não foi substituído por outro. Deixando-as a mercê de suas próprias condições e sorte. Mesmo as que se dispõem a procurar os serviços de referência, queixam-se da grande distância e dificuldade de transporte(...)pensam em desistir.

Para estas pessoas, o agente comunitário de saúde é o membro da equipe que demonstra maior interesse e disponibilidade de escuta para os seus problemas. Um único médico não dá conta de suprir integralmente suas necessidades de assistência. Vêm na inclusão de especialistas tais como: ginecologista, pediatra , a solução para este problema. O locus do atendimento é na unidade de saúde e, a forma de agendamento de consultas é vista como repressora de demanda.

Para este trabalho, significa dizer que o PSF não se insere nas estratégias de invenção de novas tecnologias de cuidado aos portadores de transtorno psíquico defendidas pelo movimento da Psiquiatria Social.

Ambos os sujeitos desta pesquisa (profissional de saúde e portador) dão sugestões que podem aproximar mais a atenção em saúde, neste contexto, dos parâmetros delineados pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica.

A equipe aponta a necessidade de preparo para lidar com estes sofredores. Ressentem-se não de normas de procedimento e implantação de '*mais um programa*' mas, de técnicas em relacionamento interpessoal, voltadas principalmente para a abordagem aos alcoolistas.

A sugestão da vinda de um psiquiatra para o programa, dada pela equipe, deixa uma certa dúvida no ar. Representaria a necessidade de se guiar por velhos parâmetros? Valorização do saber e prática médica em detrimento do saber dos sujeitos imersos neste território? Ou, apenas estaria evidenciando este sentimento de despreparo?

A necessidade de palestras apontadas pela equipe e usuário, em seus discursos tomam conotação completamente diferentes. Enquanto para um é o desenvolvimento de uma técnica diretiva de orientação, para o outro é compartilhar sentimentos e idéias. Para os profissionais surge como uma forma de intervenção e, para os usuários como uma forma de interação, de diálogo.

A necessidade da inserção no mercado de trabalho é freqüentemente sentida por estas pessoas. O desemprego os têm privado desta oportunidade, um dos resultados mais cruéis do modelo econômico vigente em nosso país, fragiliza o homem e não pode ser desconsiderado, ainda mais entre sujeitos que sofrem as influências da realidade subjetiva e objetiva. Pode ser caracterizado como um verdadeiro **descuido** da dimensão política e social.

Para Berlingüer (1988: 176),

Ter uma reforma em saúde baseada em princípios socialistas em uma sociedade que mantém as características essenciais do capitalismo , faria dela um fracasso, antes mesmo da sua concretização e, ainda lhe seria atribuído todos os males sociais ofuscando os determinantes sociais a que estão submetidos.

O que implicaria na perpetuação do modelo biomédico de assistência, , uso abusivo de remédios, de exames diagnósticos e de encaminhamentos a centros de referência. Os hospitais não deixariam de ser o local privilegiado de assistência; os médicos conservariam seus privilégios e relação de poder com o consumidor e, a máquina burocrática permaneceria longe dos sujeitos que deveriam utilizá - la.

Tal constatação faria pensar que o **cuidado** ao portador de transtorno psíquico não seria transformado. Mas, por ser um fenômeno social, historicamente determinado, resultante de condições anteriores e exteriores ao grupo estudado, pode ser conhecido e transformado.

Cantares

*Golpe a golpe, passo a passo,
Caminhante, não há caminho,
o caminho é feito ao andar.
Andando, se faz o caminho
e se você olhar para trás
tudo que verás são marcas
de pessoas que algum dia
seus pés tornarão a percorrer.
Caminhante, não há caminho,
o caminho é feito ao andar.*

(Serrat, 1977)

Buscando Caminhos

Sem a pretensão de substituir os atores sociais em suas tarefas político-sociais ou de traçar o mapa do caminho a ser trilhado, são sugeridas algumas pistas e indicações que emergiram da fala dos sujeitos, da vivência e da observação da pesquisadora nesta comunidade.

Para cada contexto ou dimensão seja: **individual, familiar, institucional e , político-social** há pontos cruciais de possível intervenção para a transformação do cuidado ao portador de transtorno psíquico.

Há que se estar atento, entretanto, que este cuidado não se manifeste em seu excesso: a obsessão, ou em sua carência: o descuido.

A nível individual o cuidado, ou melhor o auto-cuidado deve se dar a partir do auto-conhecimento e do conhecimento do outro, como uma forma de melhor estar no mundo. Conhecer limites e possibilidades e aprender a respeitá-lo em si

mesmo e no outro. Neste âmbito os portadores se reportam a buscar fazer o que se gosta, desenvolver a força de vontade e a fé em si mesmo.

A nível familiar o cuidado se reverte na tentativa de cada um de seus membros em conviver e respeitar as diferenças, na proteção e amparo dos mais fracos e dependentes e, na busca de relações mais abertas, flexíveis, democráticas.

Nesta dimensão, há muito que os profissionais do Programa de Saúde da Família podem fazer, desde aconselhamentos, diálogos e, oficinas de expressão. Podem desenvolver trabalhos grupais que não sejam tão somente para prevenir doenças mas, que sejam verdadeiros espaços invenção e reinvenção da prática assistencial. Precitaria, no entanto, estar mais aberto às demandas subjetivas desta comunidade.

Enquanto instituição percebe-se que o Programa de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra precisa ampliar as suas relações com a comunidade retratada em toda sua rede: escola, associações, igrejas. Valorizar os recursos de auto-ajuda que a comunidade dispõe, envolver-se nestes territórios. Ampliar os referenciais de escuta e do atendimento não diretivo. Em outros serviços de saúde e setores sociais deve buscar ajuda para o que se sente impotente. Desenvolver seu poder criativo, para que não se restrinja a monotonia de um trabalho meramente instrumental.

Para tanto, faz-se necessário que o gestores municipais revertam a característica sanitária campanhista dada ao programa, descentralizando não apenas ações mas, promovendo a auto-gestão e gerência participativa, a essência humana e não apenas a produtividade.

A nível político e social local, faz-se urgente a construção de uma rede substitutiva eficaz e suficiente, prover esta rede de profissionais e, envolvê-los no processo de mudança da atenção. Intensificar o processo de reabilitação psicossocial ao alcoolismo. Preparar os profissionais da rede básica em saúde para atenção primária em saúde mental. Incentivar todo o tipo de iniciativa cultural que vise trabalhar os preconceitos com a pessoa doente e, toda atividade solidária de

grupos organizados mais sensíveis e disponíveis. Favorecer a expressão de usuários, familiares e profissionais da área.

A nível de política- social- nacional, o cuidado deve se revelar na adoção de uma política geral de desenvolvimento e de econômica guiada por princípios socialistas e de uma ética humanista e igualitária.

É preciso antes de tudo, dispor-se a abrir coração e mente para ampliar a criatividade em todas as direções e, buscar caminhos nunca percorridos. Acompanhar a aventura dos sujeitos em movimento na procura de uma existência mais livre e autônoma; criativa e flexível, aberta à negociação e ao conflito.

Anexos

Anexo 1

O Cuidado ao Portador de Transtorno Psíquico na Atenção Básica de Saúde

Esquema Básico de Entrevista

Prezado cliente e familiar,

Você é a pessoa mais importante desse trabalho que estou desenvolvendo!

Ele está sendo construído a partir do que você tem para me contar sobre você e sua vida.

Respeito e Agradeço!

Seu nome(fictício):.....

Idade:.....

Ocupação:.....

Conversando com o portador de Transtorno Psíquico.

Como é sua vida? (todos os fatos vividos que a pessoa considera importante contar ou que tenha a ver com seu processo de adoecimento)

Como você ficou doente?

Como o problema foi e é enfrentado?

O que você faz atualmente e o que você gostaria de fazer ?

Em relação ao cuidado prestado pelo Programa de Saúde da Família,

Você já foi procurado pelo serviço? Por quem? Para quê?

Você já procurou? Por quê procurou? Foi atendido? Como foi atendido?

O que você gostaria que o Programa de Saúde da Família lhe oferecesse ?

Comentários / sugestões/ complementação/críticas

Observação: as informações colhidas serão complementadas pelo familiar(es) mais próximo(s) ou diretamente ligado ao sofredor.

Anexo 2

O Cuidado ao Portador de Transtorno Psíquico na Atenção Básica de Saúde

Esquema Básico de Entrevista

Prezado colega,

Sua participação nesta entrevista é de fundamental importância no desenvolvimento desta pesquisa. Suas informações serão valiosas para que juntos possamos melhorar o cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico e às suas respectivas famílias.

Obrigado pela sua colaboração!

Conversando com a equipe....

Sua profissão:.....

Nesta comunidade existem pessoas com "problema psíquico"?

Quais os problemas mais comumente encontrados?

Existe um trabalho de acompanhamento para estas pessoas?

Se não, por quê?

Se sim, como é desenvolvido?

Dê sugestões que você acredita que poderia resultar em melhoria da atenção ao sofredor psíquico

Anexo 3-

Termo de Consentimento

Eu, _____, _____anos, portador do documento: _____, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa: "O cuidado ao portador de Transtorno Psíquico na Atenção Básica em Saúde.

Estou ciente que em momento algum serei exposto a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e, que poderei a qualquer momento recusar continuar, sem nenhum prejuízo para minha pessoa. Sei também, que os dados dos instrumentos respondidos por mim serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Local: Maceió. Ass. _____ Data:.... /.... /.....

Pesquisado ou Responsável



Polegar direito

Anexo 4

Declaração de Caracas(Venezuela, 1990)

"As organizações , associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde,

Notando:

1. Que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva

2 .Que o hospital como única modalidade(serviços especiais) assistencial representa um obstáculo para o alcance dos objetivos acima mencionados...

Considerando:

1. Que a atenção primária à saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde e referendada pelos países membros para atingir a meta de "Saúde para Todos no ano 2000".

2. Que os Sistemas Locais de Saúde foram estabelecidos pelos países da Região para facilitar a consecução dessa meta, porquanto oferecem melhores condições para desenvolver programas, baseados nas necessidades da população, com características descentralizadas, participativas e preventivas;

3. Que os programas de saúde mental e psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização da atenção em saúde.

Declaram:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção primária à Saúde, e dentro do contexto dos sistemas locais de saúde, permite a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem:

a) Salvar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis,

b) Basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados,

c) Propender à manutenção do doente e seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se para:

a) Assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais,

b) Promover uma organização de serviços comunitários que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo cujo eixo passe pelo serviço de saúde comunitária e recomende a internação psiquiátrica, quando necessária, em hospitais gerais de acordo com os princípios básicos que fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes dessa conferência se comprometam conjunta e solidariamente a advogar e desenvolver, nos distintos países, programas que promovam a reestruturação dos serviços de saúde mental e psiquiátricos, bem como se comprometam a defender os direitos humanos dos doentes

mentais, de acordo com as legislações nacionais e os compromissos internacionais respectivos, e a fiscalizar seu cumprimento.

Para o que conclamam:

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação e os meios de comunicação a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região.

Anexo 5- Relação dos membros da equipe entrevistados

E-1- Atendente

E-2- Auxiliar de enfermagem

E-3- Auxiliar de enfermagem

E-4- Agente Comunitária de Saúde

E-5- Agente comunitária de saúde

E-6- Enfermeira

E-7- Agente Comunitária de Saúde

E-8- Agente Comunitária de Saúde

E-9- Médico

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- AGUDELO, Saúl Franco. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, Rita Barradas et al. (Org.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 39-62.
- ALVES, Domingos Sávio Nascimento et. al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 197-203.
- ALVES, Rubem. **Entre a ciência e a sapiência**: o dilema da educação. São Paulo: Loyola, 1999. 148 p.
- ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Loyola, 2000. 223 p.
- ALVES, Rubem. **Cenas da vida**. Campinas: Papyrus, 1997. 128 p.
- AMARAL, Marcia do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, V. N.. Disponível em: <http://www.sielo.br...fbetext?> Acesso em: 10 abr. 2000.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136 p.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 141 p.
- AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.
- ASSUMPÇÃO, Fábila. PSF muda indicadores da saúde no Estado. **Gazeta de Alagoas**, Maceió, 16 jul. 2000. Caderno C, p.2.
- ATHIAS, Gabriela. Saúde mental: hospitais psiquiátricos abrigam alcoólatras e "moradores" que poderiam ser tratados em outros serviços. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 ago. 2000. Caderno Folha Cotidiano.
- BANDEIRA, Marina. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes de rehospitalizações. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 42(9), 491-498. 1993.
- BARROS, Ana Elizabeth Barreto de; OLIVEIRA, Eniel. Relações entre identidade e sofrimento psíquico nas classes trabalhadoras. In: ENCONTRO DE ANTROPOLOGIA DO NORTE-NORDESTE, 5, 1998. **Anais....** Série anais, v. 3, n. 7, p. 424-430, 1998.
- BASTOS, Othon. The history of psychiatry and mental health in Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 46, n.9, p. 473-475, 1997.

BERLINGÜER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988. 150 p.

BERLINGÜER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988. 207 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília: MS, 1994. 62 p. tab.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Políticas e Estratégias. Área Técnica de Saúde Mental. **Por uma política de saúde mental**. Brasília, 1999. 9 p. (fotocopiado)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos: saúde da família - documento**. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/pacs/psf.htm> 9 p. Acesso em: 17/01/2000.

BREILH, J. Las ciencias de la salud publica en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. In: OPS/OMS. **Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud**. 1994. p. 63-100. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 101)

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BORDIEU, Pierre. **Pierre Bordieu: sociologia**. Organizador [da coletânea] Renato Ortiz; [tradução de Paula Monteiro e Alicia Auzmendi]. São Paulo: Ática. 1990. 190 p. (Grandes Cientistas)

CABRAL, Antonio Carlos Borba et al. **Financiamento da saúde: em busca da produção do conhecimento, enquanto instrumento de democracia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/NESC/CPqAM., 1993. 35p. (Curso de Saúde Pública, 13)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 143-193.

CID. 10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID. 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Organização Mundial da Saúde (Coord.); [tradução de Dorgival Caetano]. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 1-8.

CID. 10. **Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários/Organização Mundial de Saúde**; [tradução de: Maria Cristina Monteiro]. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998. 105p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1, 1987. **Relatório final...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. p.15-20.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1993, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1993.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ. **A reestruturação da assistência em saúde mental em Maceió. Boletim Informativo.** Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Al. 1998.

COSTA, Ana Rita Firmino et al. **Orientações metodológicas para produção de trabalhos acadêmicos.** Maceió: EDUFAL, 2000. 80 p.

DALAI LAMA. **Uma ética para o novo milênio:** Sua Santidade, o Dalai Lama; [tradução de Maria Luiza Newlands]. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. p. 176-217

DANESE, Maria Célia Ferreira. **O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos.** 1998. 103 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

D'INCAO, Maria Angela (Org.). **Doença mental e sociedade:** um discurso interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p 278-288.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 210 p. 1998.

ECONOMIA: Alagoas registra taxa de emprego mais baixa do NE. **Gazeta de Alagoas**, Maceió, 16 jul. 2000, v. 66, n. 121, Caderno A, p. 1

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário de língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FRANCO, Túlio; MERTHY, Emerson. **PSF: contradições e novos desafios.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.br.gov> Acesso em: 10/04/2000

GUATARI, Félix. **Caosmosis.** Buenos Aires: Manantial, 1992. p. 11-46, 121-144.

GOFFMAN, Erving. O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica. In: _____ **Manicômios, prisões e conventos.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961. p. 261-312. (Coleção Debates em Psicologia)

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Seres humanos e práticas de saúde. GALLO, Edmundo (Org.) Razão e planejamento. In: **Saúde: comentários sobre razão e planejamento:** reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 13-31.

- HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 243-300, parte 1.
- HELMAN, Cecil G. Relação médico-paciente. In: HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap. 5. p. 100-136.
- ITZHAK LEVAV, Helena Restrepo; CARLYLE, Guerra de Macedo. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, p. 63-69, 1994.
- KALIL, Maria Eunice Xavier (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, 1992. 237 p.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Society. Science. & Medical**, n. 12, p. 85-93. 1978.
- IBGE. **População do Brasil**: 1996. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 10/04/2000.
- LELOUP, Jean Yves. **Cuidar do ser**: Fílon e os terapeutas de Alexandria. Petrópolis: Vozes, 1998. 150 p.
- LEVAV, Itzhak; et al. Salud mental para todos en América Latina y e Caribe: bases epidemiológicas para la acción. **Boletín de La Oficina Sanitaria Pan-Americana**, n. 107, p.196-219, 1989.
- LEVAV, Itzhak; RESTREPO, Helena; CARLYLE, Guerra de Macedo. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, p. 63-69. 1994.
- LUCHESE, Patrícia T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil**: A implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas. IPEA, v. 14, p. 74-156, dez. 1996.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p. (Temas Básicos de Educação e Ensino)
- MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Relatório das atividades desenvolvidas**. 1998
- MARSIGLIA, Regina Giffoni et al. **Saúde mental e cidadania** . São Paulo: Mandacaru, 1987. 93 p.
- MELMAN, Jonas. Intervenções familiares no campo da Reforma Psiquiátrica. In: FERNANDES, Maria Ines (Org.). **Fim de Século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 173-185.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. **Alcoolismo e drogas de abuso. problemas ocupacionais e sociais**: a realidade do trabalhador brasileiro. Rio de Janeiro: REVINTER, 2000. 380 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo X qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; NETO, Otávio Cruz. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In :BRONEMAN, M.; CASTRO, R. (Coor.). **Salud, cambio social y política**: perspectivas desde América Latina. México: EDAMEX, 1999. p. 67-79.

NASCIMENTO, Manuel Cícero. **Maceió em gargalhadas**. Maceió: EDUFAL, 1979. p 54.

NUNES, Everardo Duarte. As contribuições da sociologia para o estudo das doenças mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 41, n. 8, p. 399-406, 1992.

OLIVEIRA, Guilherme Gregório de. **O atendimento dos médicos em centros de saúde e a prevalência das desordens mentais**. 1988. 178 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Atenção primária de salud. **Alma-Ata**, 1978. Genebra, OMS, 1978. 90p.

OKADA, Luiza Mitsue; FEIO, Nilce Helena Passos; KERR-CORRÊA, Florence. Atendimento psiquiátrico domiciliar: vale a pena? **Revista. ABP - APAL**; v. 16, n. 3, p. 94-98, jul./set. 1994.

OLIVIERI, Durval Pessoa. **O ser doente**: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Ed. Moraes, 1985. 81 p.

OXFORD UNIVERSITY PRESS. **Dictionary adult 01**. 4. ed. Oxford, Oxford University Press. Fourth Edition. 1989. p. 343, 618. (Advanced Learner's Dictionary)

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo v. 32, n. 4, 1998. (Artigo Especial)

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde**. IESUS. v. 7, n. 2, p.8-27, abr./jun. 1998.

PEALBART, Peter Pál. Manicômio mental - a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio (Org.) **Saúde e loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.131-138

PEREIRA, Maria Alice. **Representações sociais sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico**: a triste passagem, a triste paisagem. 1997. 280 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 2. ed. Brasília: Guanabara Koogan, 1999.

PESSOA, Fernando. **Mensagem**. São Paulo: Martin Claret, 1998. p. 40. (Coleção A Obra Prima de Cada Autor)

ALAGOAS. Secretaria de Planejamento. **PLEC**: projeto de levantamento ecológico cultural da região das lagoas Mundaú e Manguaba. Maceió: SEPLAN, 1980.

PSIQWEB(1999). SIMPÓSIO SOBRE SUICÍDIO. **Resumos....** Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/acad/suicidio.htm> Acessado em 03/01/2001.

RABELO, Míriam Cristina (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 264 p.

ROGERS, Carl R. **Liberdade para aprender**. Resumo e adaptação de Maria José Vidigal. Belo Horizonte, INTERLIVROS, 1971. 04 p.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições a reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1992. p 41-67.

RÚDIO, Franz Victor. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis: Vozes, 1990. 96 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 133 p.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. (s.L.p.) Edições Afrontamento, 58 p. (s.d.)

SARRACENO, Benedetto. Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y Práctica de la salud mental. In: RODRIGUEZ, Maria Isabel (Org.). **Lo biológico y lo social sua articulação en la formación del personal de salud**. OPS/OMS, 1994. p. 101-118. (Série desenvolvimento de recursos humanos, 101)

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999. 176p.

STEFEN, Vibeke. Life stories and shared experience. **Society Science & Médical**, v. 45, n. 1, p. 99-111, 1997

SERRAT, Joan Manuel. **Cantares**. Texto poético dedicado à Antonio Machado. Madrid, 1977. Disco gravado pela Novola.

STOLTZ, Eduardo Navarro. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 273-285.

TELES, M.L.S. **O que é depressão**. São Paulo: Brasiliense, 1992. 76 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ática, 1987. p. 117-173.

VERAS, Edmilson Correia. **Introdução à crise da economia alagoana**. Maceió: EDUFAL, 1997. 41p. (Série Apontamentos, 21)

VIANA, Ana Luiza D' Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**: informe final. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Centro de Estudos em Saúde Coletiva, 1998. 39 p.

VIEIRA, Maria do Carmo. **Daqui só saio pó**: Conflitos urbanos e mobilização popular: a Salgema e o Pontal da Barra. Maceió: EDUFAL, 1997. 96p.