

Mulheres idosas e suas histórias de vidas sofridas: direito a adoecer com cidadania?; quem sabe um dia...

Older women and their stories of lives suffered: right to get sick citizenship?; maybe one day...

Maria da Penha Almeida Fehlberg

RESUMO: Este estudo objetivou dar escuta às histórias de vida sofrida de mulheres idosas, indagando se elas têm, ou poderiam ter em breve, direito a adoecer com dignidade. Como meta, desvendar a prática da Política de Saúde Mental numa Unidade Municipal de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei n.º 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde (SUS), e Lei n.º 8.142/90 que tratam da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Na Unidade de Saúde de Coqueiral de Itaparica em Vila Velha (ES), Brasil, a intervenção da equipe técnica, especificamente junto a um grupo de mulheres idosas, levando em conta o que preconiza a Política de Saúde Mental, traz à tona os desafios do cotidiano e a busca por soluções criativas, de baixo custo, utilização do lúdico e da arte para viabilizar o trabalho, que é desenvolvido de forma bastante interessante: a via contação de suas histórias de vidas sofridas, cujo conteúdo é trabalhado de forma cooperativa, quando se enfrenta o adoecimento mental, na busca por uma vida com menos sofrimento e mais qualidade pela ação de empoderamento do cidadão. Como metodologia, foram adotadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, que demonstraram ser ferramentas úteis para obtenção de dados via documentos, relatórios de gestão e prontuários. Foi utilizada ainda a observação do cotidiano do trabalho grupal, desenvolvido no período de 2008 a 2011, para a construção desta pesquisa.

Palavras-chave: Grupo de Mulheres idosas; Saúde Mental; Direitos Sociais; SUS; Cidadania.

ABSTRACT: *This study aimed to listen to the life stories of elderly women suffered, asking whether they have or could soon have, a right to sick with dignity. As a goal, uncover the practice of Mental Health Policy in a District Health Unit, been this policy created by the Federal Constitution of 1988 and regulated by the law nº 8.080/90, named as the Health Organic Law, and by the law nº 8.142/90 that treats of the community participation on the system management and the intergovernmental transfers of funds. At Coqueiral de Itaparica's Health Unit in Vila Velha, ES, intervention by the crew with the group of elderly women takes into account which advocates the Mental Health Policy and this has brought to the fore the challenges of everyday life and search for creative solutions, low cost, and the playful use art to facilitate the work that is developed through story-stories of their lives suffered, whose content is worked up experiencing mental illness in the search for a life with less suffering, more quality in the quest for the empowerment of citizen action. The methodology adopted was the bibliographic and documentary research, which proved to be useful tools for obtaining data via documents, management reports and charts. It was also used to observe the daily work group developed in the period 2008 to 2011 for the construction of this research.*

Keywords: *Group of Elderly Women; Mental Health; Social Rights; SUS; Citizenship.*

Introdução

O Município de Vila Velha, assim como outros Municípios do Estado do Espírito Santo, Brasil, vem nos últimos anos dispensando cuidados maiores na área da Saúde Mental, especificamente à população que apresenta transtornos mentais. Uma das explicações do interesse do poder público em trabalhar a saúde mental, pode ser encontrada na legislação, que coloca como obrigação do Estado a atenção aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra explicação passa pelo número de habitantes do Município de Vila Velha, que possui uma área de 209 hm² e 32 km de litoral e é o mais antigo e mais populoso do estado do Espírito Santo, possuindo 414.586 hab. (IBGE/2010).

O Município de Vila Velha tem uma divisão administrativa na Política de Saúde que conta com 5 regiões, sendo a Unidade de Saúde de Coqueiral de Itaparica, onde se desenvolve

este estudo, integrante da região I, bastante populosa, com aproximadamente 144.000 habitantes. Isto torna necessária a busca por alternativas de solução de baixo custo, criativas, efetivas e eficiente e que se somem às já existentes, principalmente se considerado que, de acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde, 3% população sofre, sofreu ou sofrerá algum transtorno mental, que pode, ou não, ser agravado por álcool/drogas, aumentando esse quantitativo.

Para este estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da temática, com o intuito de aprofundar o conhecimento e buscar respaldo teórico para questões postas pelos usuários, facilitando o trabalho da equipe técnica, já que a pesquisa bibliográfica traz referências publicadas, sendo uma excelente fonte para fornecer ao pesquisador a bagagem teórica de conhecimento.

Foi também utilizada a pesquisa documental, que possibilitou o conhecimento da realidade do grupo, registrada em atas, relatórios e prontuários, além de ter sido trabalhada também a observação.

A equipe técnica do Programa utiliza-se da metodologia de História de Vida e trabalha os relatos das histórias contadas pelas mulheres idosas no Grupo de Saúde mental sobre o enfrentamento do seu sofrimento psíquico, visto que a História de Vida mostra-se uma abordagem metodológica que oferece a possibilidade de compreensão profunda do vivido, pois permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculando sua experiência individual a seu contexto social, interpretando-a, dando-lhe significado. Portanto, é uma importante forma de fazer, de sentir a experiência humana, visto que é na compreensão do sentido da vivência do adoecimento e da busca por cuidado que se foca este estudo. Nesse sentido, a História de Vida é a escolha metodológica que possibilita as pessoas vivenciarem suas dificuldades; daí, a equipe técnica ter construído uma intervenção junto ao grupo de mulheres idosas do Programa Saúde Mental da Unidade de Saúde de Coqueiral de Itaparica, Vila Velha, que, além de utilizar a contação de histórias de vida, utiliza ainda vários suportes como dinâmicas de grupo, oficinas de trabalhos manuais, recortes de jornais/revistas, oficinas de sabonete, oficinas de unhas decoradas, crochê, fuxico, entre outras, possibilitando a criação de um ambiente propício para trabalhar seus sofrimentos psíquicos.

Todo o trabalho é muito livre, sendo que há as que querem realizar trabalhos manuais e as que não querem, que preferem conversar apenas, e isso é respeitado, possibilitando à equipe técnica um trabalho devolutivo às idosas, que ganham, assim, possibilidade de se

repensarem, de se reconstruírem enquanto pessoas.

De fato, a história de vida se vale de recursos metodológicos que tratam do atendimento aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à Saúde no SUS, tendo sua lógica posta nos serviços de Saúde em torno da organização da atenção e a lógica dos usuários que buscam os serviços de Saúde, a partir de um recorte de suas necessidades.

É importante a relação usuário e equipe técnica no sentido do respeito e da pré-disposição à compreensão mútua, visto que a rememoração recupera aspectos do passado que se tornam presentes, ganhando assim novo significado, levando a equipe técnica à empatia e ao comprometimento com a situação de Saúde das idosas e à busca por melhoria, atendendo aos princípios da atenção à Saúde preconizados pelo SUS.

Política de Saúde

Para a construção da Política de Saúde, aqui se busca uma conceituação tendo em vista um panorama do entendimento do conceito de Saúde. No passado mais remoto não havia o entendimento de saúde como direito, mas, sim, ligado à ideia da caridade e ajuda, sendo que Ander-Egg (1995) relata que a assistência aos doentes, pobres, velhos, abandonados, era realizada pela família, pelo clã ou tribo, cada um tomando conta dos seus e a maneira de assisti-los variava de tribo para tribo, de acordo com os costumes e crenças, que era o que definia a forma de ajuda. O Governo intervinha raramente e somente em calamidades.

Acreditava-se que a miséria, as doenças e os efeitos dos males sociais, as catástrofes, eram castigo dos deuses por faltas cometidas pela pessoa ou seus pais; dessa forma, os fortes e bons eram bem sucedidos e os pobres e doentes, os pecadores, eram os que sofrim os castigos enviados por Deus como provação. Esta era a justiça divina, conforme menciona o livro de Jó, na Bíblia.

Dessa forma, não cabia ao ser humano intervir, sendo que os sacerdotes podiam aliviar ou curar esses males; os templos serviam de hospitais e locais de escola.

Para Alayon (1995), a ideia de reabilitação era ignorada, apesar do recomendado por Aristóteles: “ajudar aos pobres, dando-lhes o material necessário para que se tornem artesãos”. No Código de Hamurabi, de 2100 a.C., são estabelecidas normas sobre ajuda aos necessitados e ética nas relações sociais.

A Bíblia nos mostra em *Êxodo*, normas contra roubo, sedução, calúnia e magia; em

Levítico, cuidado com leprosos, deveres para com o viajante; em *Deuteronômio*, regras para auxiliar os pobres e escravos, praticar a caridade e deixar resíduos da colheita para os pobres. Estes eram lembrados sempre que Deus castigava duramente os que não seguiam estes preceitos, e se pregava a seguinte regra: faça o bem para que, quando precisar, encontre quem o ajude; portanto, ajudar aos pobres e doentes era ajudar a Deus. Com o tempo, os encargos da beneficência cresceram tanto que a Igreja criou as Diaconias, que ajudavam a recolher e distribuir donativos, prestando socorro aos doentes e desvalidos.

Mais tarde, Verdes-Leroux (1986) irá colocar que a 1ª Guerra Mundial trouxe transformações na assistência social: estabeleceu a hegemonia da classe dominante e a Assistência Social se implanta e se legitima, surgindo a função de enfermeira-visitadora, superintendente de fábrica, visitadora para controlar o seguro social, assim como a classe trabalhadora.

Verdes-Leroux (1986) afirma que, sob o governo francês de Vichy, os pecados da classe operária precisavam ser contidos, em virtude de o sofrimento ser garantia de Salvação de uma classe operária apontada como responsável pelas desgraças sociais. Dessa forma, restou ao governo investir na ideologia Trabalho- Família-Pátria e criar leis, reprimindo os “vícios”, como aborto e adultério. Surge, então, a Carta do Trabalho, já que a classe operária precisava ser moralizada para que respeitasse a ordem e os valores sociais.

Na Europa, recém-saída do campo de batalha de duas grandes guerras com países inteiramente devastados, sua população jovem dizimada, inúmeros mutilados, viúvas, órfãos, trabalharam-se, então, as necessidades de habilidade, reeducação, reorganização de indústrias e relação de trabalho etc. Os beneficiários atuavam por si mesmos, levando as reivindicações da população às autoridades públicas e privadas.

Diferentemente da Europa, a sociedade latino-americana não tinha serviços estruturados; assim, para Ezcurra (1970), a realidade de América Latina, de dificuldades econômicas e sociais, exigiu uma urgente ação concreta e engajada dos profissionais da área social e da saúde, que desempenhavam suas ações em contato diário e direto com as bases, sofrendo com as estruturas injustas.

Iamamoto (2002) aponta a situação de vida do proletariado, como angustiante, sendo que as pessoas viviam amontoadas em condições de periculosidade, em casas infectas, condições de trabalho e saúde precárias, com as empresas funcionando em prédios insalubres, sem higiene e segurança, oferecendo salários ínfimos e impondo excessiva carga horária de trabalho.

Ainda pensando no conceito de saúde, mas tendo em vista que a Saúde caminhou junto à Assistência Social, muitas vezes com a interferência da Igreja, como podemos defini-la?

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS), Saúde é considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças. Para Singer (1987), esta formulação inclui as circunstâncias econômicas, sociais e políticas, a discriminação social, religiosa ou sexual, além das restrições aos direitos humanos de ir e vir, de exprimir livremente o pensamento. O autor argumenta que, nesse sentido, a formulação da OMS relaciona a Saúde da pessoa com o atendimento de suas necessidades e as possibilidades do sistema socioeconômico e sociopolítico em atendê-las.

Mas quando se fala em Saúde, deve-se buscar compreender as articulações entre os processos econômicos, políticos e as práticas de Saúde no país, pois é a partir do conhecimento das raízes históricas das Políticas de Saúde é que se compreende como a Saúde foi implantada ao longo da constituição do Estado brasileiro.

É importante compreender de que forma se estruturam as Políticas Sociais, entre elas a Política de Saúde. Esta compreensão possibilita uma re-leitura do processo, permitindo compreendê-lo à luz dos mais recentes fatos advindos do processo de Reforma Sanitária e dos desdobramentos do projeto político neoliberal. Segundo Rossi (1980), foi a partir dos anos 1940, que aconteceram avanços, advindo estes após a criação do Sistema Nacional de Saúde, que legitimou e institucionalizou a pluralidade institucional no setor, definindo a atuação da Previdência e a da Saúde.

O quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, enfermidades como Doença de Chagas, Esquistossomose e Malária, entre outras, que incidiam preponderantemente na zona rural, passaram a assolar também as cidades, o que aumentava a demanda por consultas médicas ambulatoriais, levando a uma preocupação com a alimentação e saneamento.

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (IAPAS), gerenciador do Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS, a quem competia a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais - o INAMPS - que se responsabilizava pela prestação de assistência médica

individual aos trabalhadores urbanos e rurais, a Fundação Legião Brasileira de Assistência, voltada para a prestação de assistência social à população carente. Além destas unidades, também a Central de Medicamentos (CEME) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, dentre outras. O objetivo era o reordenamento da Saúde.

Nos anos 80, com a crise financeira no setor da Saúde, que se expressava na Seguridade Social e no modelo privatizante, a proposta do Movimento Sanitário apresentava-se como forte reação às Políticas de Saúde implantadas, fazendo emergir a luta pelo SUS e o processo de Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário.

Importantes neste processo foram as Conferências de Saúde, assim como a participação da sociedade civil (BRASIL, 1986), Os definidores da Reforma Sanitária obtiveram um avanço técnico-político, por propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes como: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de Saúde, colocando-o como direito dos cidadãos e dever do Estado.

Foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de Saúde para os Estados e Municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo.

Com a aprovação da Carta Magna de 1988, foram estabelecidos princípios, como o direito universal à Saúde, sendo a Saúde um dever do Estado, constituiu-se o SUS (Lei 8.080), integrando todos os serviços públicos em rede, além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS, de forma complementar, bem como a proibição da comercialização de sangue e seus derivados, mas, ainda hoje, o financiamento das ações efetivas, práticas, é uma dificuldade.

A lei 8142/90 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das Políticas de Saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade dos planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário. Como fruto de pressões intensas, com a Lei 8142 se recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não se

tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de Saúde.

A história da Saúde mostra acontecimentos marcantes, que definem bem a efervescência da sociedade brasileira e as conquistas obtidas na Saúde, que ainda tem grande caminho a percorrer. Somente após 2000, através da Emenda Constitucional n.º 29, de 13/09/00, que altera os arts. 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, foram assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde. Dessa forma, vem-se buscando a participação popular, objetivando conquistas, num crescendo para esta área, mas muito ainda há por fazer, principalmente no Município de Vila Velha (ES), o lócus deste estudo.

A Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à Saúde Mental, aberto e de base comunitária. Isto é, garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos da comunidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O *Programa de Volta para Casa*, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política.

Se entendermos como Saúde, a presença de bem-estar físico e mental, como reconhecer que alguém possa ter Saúde Mental quando é afetado por pobreza extrema, discriminação ou repressão, visto que a doença não resulta apenas de uma dificuldade interna da pessoa, mas também de sua dificuldade com o meio social? Será que algum dia se terá direito a um adoecimento com cidadania? Dessa forma, devemos pensar a questão da Saúde Mental, pensando sobre o ser humano e sua condição de ser e estar no mundo. Assim, nada mais efetivo que verificarmos alguns pensadores a esse respeito.

Para Aristóteles, o ser humano é racional e destinado a viver em sociedade, revelando um ser humano em seu movimento em direção ao outro, demonstrando a necessidade de se relacionar, que, segundo Fromm (1981), é que o indica a Saúde Mental dos homens.

Para Marx (1986), o homem é definido como um conjunto de relações sociais, tendo como atividade vital, o trabalho.

Para Freud (1986), Saúde Mental é poder amar e trabalhar; amar no sentido incondicional que o verbo exige e trabalhar no sentido de criar, sendo ao mesmo tempo útil e produtivo. Na verdade apenas crescimento econômico de uma sociedade não garante as pessoas condições de Saúde Mental ideal, pois existem as perversões do sistema de relações pessoais que são os geradores naturais das perturbações mentais.

A Conferência de Alma Ata (UNICEF,1979), realizada em 1969, examinou o íntimo inter-relacionamento e a interdependência da Saúde com o desenvolvimento econômico e social, entendendo que a Saúde ao mesmo tempo leva e está subordinada à progressiva melhoria da qualidade de vida, sendo necessárias ações de Saúde junto com medidas como distribuição mais equitativa da renda, atenção especial às crianças, adolescentes, mulheres e idosos, combate à pobreza, acesso aos serviços educacionais etc. Destaca a importância da participação comunitária integral e organizada que resulte na autoconfiança das pessoas, famílias e comunidade, recomendando que esses objetivos sejam apoiados pelos governos locais e que se utilizem os recursos da comunidade.

O que é preciso para se trabalhar a doença mental? Várias coisas precisam ser consideradas neste raciocínio, entre elas, a luta contra a miséria, contra o estado de degradação em que vive grande parte da população. Além da efetivação das Políticas de Saúde. É importante também o papel do profissional de Saúde que é, antes de tudo político, de levar a pessoa a descobrir seus motivos para a tomada de consciência das contradições em que ele vive e buscar a mudança.

Para Basaglia (1980), é importante considerar que a condição de existência de grande parte do povo brasileiro traz um modo de sentir, pensar e adoecer da maioria da população, que, ao viver em precárias situações ambientais, e forçados a um regime alimentar carente, apresenta baixos níveis de Saúde e sofre de mutilações psíquicas que as discriminam. Isso a torna mais vulnerável às doenças mentais, emprestando a estas um caráter de maior gravidade.

Este mundo da pobreza possui estabilizadores e recuperadores que influenciam na prevenção da Saúde Mental. Pela educação, é possível alcançar estilos de vida mais saudáveis, modificar comportamentos, promover a organização para a reivindicação em favor do atendimento às necessidades humanas reais, como a necessidade de amor, de compreensão, segurança, identidade, salários dignos, condições de trabalho, melhorias na qualidade de vida, direito ao lazer etc. Será este o caminho do direito de adoecer com dignidade?

A pobreza obriga a manutenção apenas das necessidades básicas de sobrevivência, reduzindo as pessoas a um fatalismo que as torna intolerantes pela falta de esperança, de perspectiva, de luta e de transformação. Pode levar também ao messianismo, segundo Yamamoto (2002), quando se espera um “salvador” que livrará a todos de suas dificuldades. Além disso, há a constante opressão pelos meios de comunicação de massa, reiterando mensagens consumistas, de itens impossíveis de se obter. Acrescente-se a isso a fantasia da igualdade de oportunidade para todos os cidadãos, de onde podemos deduzir as frustrações, sensações de impotência e sofrimento que podem gerar agressividade, violência etc.

Como uma das alternativas para o enfrentamento de tão complexa questão, faz-se necessário que profissionais estejam comprometidos com a questão da Saúde Mental, entendendo-a como emergindo da noção de bem-estar coletivo e tendo sempre presente que esse caráter social da Saúde Mental é determinado pelo modo como as pessoas trabalham, desejam, organizam a identidade, sofrem, amam, dominam, rejeitam, aprovam, consomem, pensam no destino, na vida, na morte, assim como criam, e introjetam o mundo objetivo e objetivam a subjetividade, construindo a realidade.

Esse profissional deve entender que um dos caminhos para a prevenção das doenças mentais passa pela luta contra a miséria, contra a ignorância e contra a alienação do homem, mesmo que a demanda por cuidados de Saúde Mental nem sempre seja explícita. É fundamental que o trabalho seja desenvolvido por equipe multiprofissional.

A forma como as pessoas buscam por respostas rápidas, receitas de medicamentos que possa tirá-las do sofrimento, mas não querem se dispor a buscar a solução de seus problemas, entendendo-os, enfrentando-os, o que mostra a tendência da população de buscar a medicalização, que é fomentada pela indústria farmacêutica. Quando a situação se torna insuportável, o destino dessas pessoas é o manicômio ou os hospitais psiquiátricos, caminho na contramão da história, tendo em vista a implementação da reforma psiquiátrica.

Assim, é preciso cuidado no sentido de fazer a educação para a Saúde Mental, que é um trabalho que requer do profissional de Saúde, além de competência, a capacidade de abrir mão do poder que subjetivamente ele exerce sobre os usuários dos serviços de Saúde, partindo do princípio de que a última palavra e a solução dos problemas está em cada pessoa. Nessa busca, os caminhos são dolorosos, porque se percorrem trilhas de abordagens filosóficas como as necessidades emocionais de felicidade, amor, necessidades reais induzidas, necessidades individuais e coletivas. A atividade coletiva, então, é dirigida para um objetivo determinado, que permite a sensação de esperança, porque se caminha em direção ao futuro,

pelos próprios meios, impedindo o crescimento do processo alienador, do conformismo e da despersonalização, além de proporcionar a sensação de apoio e proteção, por perceber que pertence a uma coletividade e por experimentar a contradição de, mesmo pertencendo a essa coletividade, sentir-se livre para lutar com todas as suas potencialidades individuais.

Na atualidade, vem-se debatendo a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e a consolidação de bases territoriais do cuidado em Saúde Mental, enfatizando a rede de cuidados que contemple a Atenção Básica, ou Primária, pois se entende que grande número de problemas em Saúde Mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do Sistema de Saúde. É importante o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da Saúde Mental que teriam na Atenção Básica, o lócus preferencial de desenvolvimento.

É importante a participação da comunidade em ações educativas como as de preparação de cuidadores de pessoas com transtornos mentais, assim como é importante pensar a Saúde Mental como direito das pessoas, colocando como ação do SUS, num modelo de atenção que responda às necessidades das pessoas com transtornos mentais e trabalhe sua autonomia.

Importante se faz também que, na rede de atenção, ofereça-se: CAPS (Centro de atenção psicossocial), Ambulatório de Saúde Mental, de Atenção Básica, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Habilitação, assim com a garantia de leitos hospitalares, sendo importante também uma Política para Álcool e outras drogas e redução de danos. Pode-se observar que, no Município de Vila Velha aqui focado, toda a estrutura necessária está para se construir, sendo que a cidade apresenta demandas crescentes a cada dia.

Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Vila Velha-Vitória (ES)

A Assistência em Saúde Mental de Vila Velha tem história recente, sendo implantada na Administração 2001-2004 pela Secretaria Municipal da Saúde - Programa de Saúde Mental, de acordo com o conjunto normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando os princípios de assistência integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Além disso, a Política Municipal de Saúde Mental em Vila Velha vem sendo

construída com respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, Leis Federais e Estadual de Saúde Mental.

Buscando a construção de um modelo democrático e de direitos, que estimule a cidadania, a Política de Saúde Mental do Município prevê a reversão do modelo asilar e segregador, antes hegemônico. Nesse sentido, inscreve-se no campo das Políticas Públicas, com seus limites e possibilidades, reafirmando a implantação de uma rede de serviços, no campo da atenção psiquiátrica em Saúde Mental, com acesso promotor de cidadania e com controle social. Para tal, visa à implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendida aqui como a implantação da Saúde Mental no SUS. A Política Municipal de Saúde Mental enfatiza ainda a constituição da assistência no âmbito do uso e abuso de álcool e outras drogas e a redução de danos.

Assim, o Município é dividido em 5 regiões administrativas, com 17 Unidades de Saúde e 6 equipes de referência e um CAPS/AD, para o trabalho com a Saúde Mental, composta por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Objetiva-se, na medida do crescimento do serviço, a incorporação de outras especialidades à equipe, aumentando sua resolutividade como rede básica.

O serviço vem se organizando tendo como base os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, observando a legislação vigente e as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Mental. As equipes estão nas Unidades de Saúde, na Atenção Básica, entendida como um conjunto de ações e unidades articuladas em um território, que se constitui como nível de atenção mais próximo do usuário, devendo oferecer acolhimento, vínculo e responsabilização.

A partir do Primeiro atendimento e da confecção do diagnóstico, o usuário do serviço já inicia o tratamento específico com a equipe técnica do Programa, de acordo com sua necessidade, que pode ser atendimento grupal ou individual.

Quanto ao CAPS AD, este possui equipe especializada, faz o acolhimento e trabalha com os usuários, traçando plano de tratamento e acompanhamento pela equipe. É importante observar que as estruturas postas pelo poder público para atenção à Saúde Mental no município não dão conta da demanda, o que contradiz o que se coloca na Política de Saúde, ou seja, garantir o acesso à Saúde a quem dela necessitar. Mesmo o poder público Municipal, lutando por recursos para mais CAPS e melhoria na rede estabelecida, ainda resta muito a ser feito por ele.

Grupo

Como a prática da Saúde Mental da Unidade se dá com indivíduos e grupos, a prioridade nesta pesquisa é a ação que se desenvolve no grupo de mulheres idosas; então, é importante observar o que se entende por um Grupo. Para Torres (1990), Grupo é a união de pessoas com disposição de ajudar-se mutuamente, apresentando estrutura cooperativa, um conjunto de dois ou mais indivíduos com um objetivo em comum. É também um sistema de relações sociais, de interações recorrentes entre pessoas. Grupo pode ser de trabalho, étnico, religioso etc. O importante, afirma Carl Rogers (2010), é que a força de mudanças em atitudes e comportamentos pode ser melhor conseguida em grupo.

Com este pensamento acerca do poder do grupo, Carl Rogers, com sua Teoria Organizacional ou Humanitária, crê que as relações humanas são um importante, mas esquecido, tipo de educação na sociedade, pois, para ele, é importante ensinar os indivíduos a observar a natureza de suas interações recíprocas e o processo de grupo, pois só assim seriam capazes de compreender o funcionamento do grupo e o impacto que o mesmo tem sobre as pessoas. Esta compreensão é que torna possível ter mais competência em situações interpessoais difíceis.

Segundo Carl Rogers (2010), os grupos podem ter várias orientações: treinar lideranças, desenvolver a expressão criativa, desenvolver tarefas, formar equipes, entre outras; o importante é centrar no trabalho que se pretende desenvolver com a pessoa. Ele defende o princípio da educação não diretiva, em que os homens podem resolver por si mesmos seus problemas, desde que tenham motivação interior para isso.

No grupo, usa-se ainda a Teoria Cognitiva de Jean Piaget, que acredita no desenvolvimento da inteligência, afirmando que as estruturas do pensamento estão organizadas para que se dê a assimilação do conhecimento em todas as fases da vida. Assim, todos os participantes do grupo crescem intelectualmente; mas para que isso ocorra, é preciso também estar atento aos ensinamentos de Paulo Freire (1996), que, com sua Teoria Social, coloca técnicos e usuários dos serviços em situação de igualdade, respeito mútuo e diálogo, para a construção de uma nova realidade, posto que é preciso a participação de todos em nível de igualdade, em interação dialógico-crítica, para que se construa uma nova realidade, que acarrete a mudança democrática.

No trabalho efetivado pela Unidade de Saúde em foco, muito se estimula o diálogo, a

crítica e a busca por uma nova construção da Saúde Mental, em que a participação da população seja uma realidade e que a força do Grupo seja um ingrediente para uma Saúde com mais qualidade e com acesso para todos que dela necessitar.

Mulheres

Quanto se refere a mulheres, a palavra Gênero vem à baila. Via de regra, a palavra Gênero, vem substituindo a palavra sexo; então, quando se fala em diferença, discriminação entre os sexos, acaba por referir-se à diferença, discriminação entre os gêneros. É preciso atenção a esse uso, visto que a palavra Gênero, vem imbuída da “ideologia de gênero”, que trabalha a significação de ser homem e ser mulher na sociedade e a construção dos papéis que devem ser desempenhados por ambos.

Assim, a mulher desde pequena brinca de boneca e casinha, enquanto os homens são incentivados a ficar fora da casa, brincando de bola e carrinho. Daí, o incentivo para que as mulheres sejam mães, cuidem dos filhos e da casa e que os homens sustentem a família. Este modelo vem sendo superado, mas é muito forte ideologicamente e justifica o domínio do homem sobre a mulher.

Para Marx, esta ideologia de dominação homem-mulher coincide com o antagonismo de classe, com a opressão de uma classe sobre outra e deve ser rompida com uma revolução feminina que dê poder as mulheres sobre suas vidas, seus corpos. O termo Gênero é usado quando se refere às questões das mulheres, e não as dos homens os quais, em nossa sociedade, assumem relações de poder estabelecidas entre eles. Mesmo quando a mulher assume o mundo do trabalho, não consegue se separar do trabalho doméstico, pois sua incorporação ao mundo do trabalho se deu de forma subalternizada.

As mulheres assumiram lutas por melhores condições de trabalho e escolas, creches que lhes permitissem a dupla jornada de trabalho. Essa luta teve que incorporar valores sociais, morais, culturais, haja vista a dominação imposta às mulheres por longo período de nossa história. Essa luta foi incorporada pela Constituição de 1988, quando a mulher assume ser tão capaz quanto o homem, que deixa de ser o chefe da família.

A mulher vem se colocando melhor no mercado de trabalho, aumentando sua escolaridade, mas uma sociedade democrática deve privilegiar a igualdade de gêneros, pois se observarmos a história, veremos que a mulher vem desempenhando um trabalho de

subalternidade há muito tempo. No Novo Testamento, o envolvimento da mulher no trabalho doméstico [...], a exemplo do que se passa com Marta (Lc 10.38-42), vê-se que ela realiza o trabalho doméstico que se faz necessário para a hospedagem de um visitante, que em si é o mesmo que se exigia de escravos e escravas [...].

O cuidar vem, ao longo dos anos, sendo atribuído à figura feminina, devido às diferenças de gênero. Para Boff (2007), o cuidado, pelo fato de ser essencial, não pode ser suprimido, nem descartado; assim, devemos buscar a realização da nossa essência humana de cuidado e de gentileza, principalmente com nosso próximo, mesmo diferente culturalmente, mesmo com os penalizados pela natureza ou pela história, espoliados, excluídos, as crianças, os velhos, os moribundos. Segundo esse teórico, devemos ter também cuidado com as plantas, os animais, as paisagens queridas e especialmente cuidado com a nossa grande e generosa Mãe, a Terra.

Segundo Iamamoto (2002), a identidade mulher e homem está forjada no imaginário judaico-cristão, que se solidificou na sociedade ocidental, formando homens e mulheres com identidades opostas. Nessa direção, temos homens formados para serem fortes, provedores, protetores; e mulheres para serem frágeis, protegidas, submissas, dóceis. Então, se observa que a representação social do “ser mulher” prepara-as para profissões que lhes exijam características que se supõem próprias das mulheres; portanto, as profissões ligadas ao educar, cuidar, ajudar, são associadas às mulheres e as mais procuradas por elas. Acerca desta questão, a autora cita o discurso da oradora da primeira turma de Serviço Social, formada no Brasil, em 1938:

[...] Intelectualmente o homem é empreendedor, combativo, tende para a dominação. Seu temperamento prepara-o para a vida exterior, para a organização e para a concorrência. A mulher é feita para compreender e ajudar. Dotada de grande paciência, ocupa-se eficazmente de seres fracos; por isso, particularmente indicada a servir de intermediária, a estabelecer e manter relações. De acordo com sua natureza, a mulher só poderá ser profissional numa carreira em que suas qualidades se desenvolvam, em que sua capacidade de dedicação, de devotamento seja exercida. [...] Como educadora é conhecida sua missão (Iamamoto, 2002).

Quanto à questão da subalternidade, esta é histórica, e Del Priore (1993), tratando das atitudes da Igreja em face da mulher no Brasil-colônia, afirma que o sacramento do matrimônio foi exaltado, mas, na verdade, era um aparelho burocrático para difundir as

benesses de uma falsa relação igualitária, em que o homem dominava e a mulher se submetia, portando-se como casada, o que significava ser humilde, obediente e devota, amando seus companheiros como seres virtuosos.

Para a Igreja, o casamento ocorria não por amor, mas para a procriação e luta contra o adultério dos homens, que era tolerado pelas mulheres, criadas que eram para obedecer. O marido era o cabeça do casal; daí, predominar a vontade masculina, sendo preciso disciplinar a mulher no interior do casamento, relegá-la à casa, aos cuidados com os filhos. O casamento trazia à mulher respeitabilidade e ascensão social, cabendo, então, as mulheres a realização do trabalho não pago, não só o chamado trabalho doméstico, mas também o trabalho de cuidar da família, que apresenta componentes emocionais importantes e que consome muito tempo. No catolicismo, eram as mães e esposas que educavam os filhos na religião e lhes transmitiam as tradições religiosas, assim como eram as mulheres as responsáveis pelas festas religiosas (barroquismo).

Del Priore (1993), sobre a história do Protestantismo no Brasil, fala da mulher à frente de ministérios, como bispas, enfim, tendo acesso ao púlpito e ao altar. No Exército da Salvação esta prática já ocorria, sendo as mulheres elementos essenciais na obra social-evangelística espalhada pelo mundo todo. No protestantismo, a mulher assume o papel de educadora:

[...] O primeiro aspecto interessante dessa educação protestante é o magistério feminino. Os historiadores, principalmente os presbiterianos e os metodistas, registraram a chegada anual da atividade missionária, isto é, nos últimos trinta anos do séc.XIX, tornando-se algumas delas notáveis mesmo fora do âmbito exclusivamente protestante. Além do aspecto naturalmente maternal desse magistério feminino, os novos métodos de ensino trazidos por essas missionárias contribuíram bastante para modificar o ambiente das escolas, antes amedrontador e maçante, conforme afirmam alguns autores [...] (Mendonça, 1995, p. 99).

Observa-se que a mulher passa a trabalhar, insere-se no mercado de trabalho antes tão masculino, mas longe deste fato se constituir em autonomia, na verdade ela exerce atividades relativas ao cuidar, como por exemplo, no Magistério, Enfermagem e no Serviço Social. Esta realidade vem se modificando ao longo dos anos, mas muito ainda é preciso ser feito para que haja igualdade de oportunidade para todos os seres humanos, independentemente de sua condição masculina ou feminina.

Esta condição de subalternidade vem sendo objeto de debate em grupos terapêuticos, que, através das histórias contadas, trazem à baila as dificuldades das mulheres ao longo da vida, que ali são então trabalhadas, ressignificadas.

Velhice

Ao trabalhar com a pessoa idosa, torna-se importante buscar conceitos sobre o envelhecimento, pois o anseio do homem em prolongar a vida, e viver, mantendo a força e a saúde por muitos anos, é tão antigo quanto a humanidade, sendo que as imagens da velhice se alteram de acordo com a época e lugar.

Segundo Maciel (2002), o envelhecimento encerra várias dimensões; aqui vale salientar três aspectos: o biológico, o cronológico e o social. A escolha desses três aspectos não esgota a maneira de classificação. Neste sentido, Netto (1996) entende que se deve considerar que uma das causas importantes deve ser a dimensão social, que inclui o fator solidão, que constitui a falta de um papel social ativo, na ausência de obrigação, no excesso de tempo e na ociosidade.

O desengajamento também pode estar incluído na dimensão social, mostrando que, à medida que as pessoas envelhecem, vão se afastando da sociedade, havendo um decréscimo do número de relacionamentos entre indivíduos ao longo do tempo. Dessa forma, poderá haver uma preservação de valores antigos somente, não dando oportunidades de incorporação de novos conceitos ou valores surgidos através dos tempos.

Maciel (2002), citando Dops, afirma que o envelhecimento saudável requer a manutenção de um envolvimento ativo com a vida, e referindo-se à teoria da atividade, afirma que fica explicitado que o bem-estar emocional é, em parte, resultado da interação social e da forma do vínculo social, pois compartilhar das atividades físicas, intelectuais e sociais é importante para que o idoso preserve uma saudável qualidade de vida que contribui notadamente para sua autonomia.

Carstensen (1995), por sua vez, apresenta a teoria da seletividade sócio-emocional, que afirma que as pessoas, na medida que envelhecem, recorrem à seletividade em relação à estabilidade emocional, no sentido de estabelecimento de metas significativas e engajamento em atividades para acalmar suas mentes.

Portanto, é preciso buscar buscar referenciar as palavras utilizadas para designar o

envelhecimento. Por exemplo, a palavra “velho” ou “velhice”, pode significar: homem idoso, pai, rabugice. Antigamente, era tido como adjetivo referindo algo de época remota, gasto pelo uso, usadíssimo, desusado, antigo e obsoleto.

Assim sendo, várias denominações vão sendo criadas, tais como meia-idade e maturidade, Terceira Idade, melhor idade, juventude acumulada, entre outros. Parece ser um código de comportamento, de expressões corporais e, sobretudo, de expressões de subjetividade, através do qual as experiências individuais de envelhecimento podem ser compartilhadas e negociadas em um contexto marcado pelo surgimento de um discurso científico sobre a velhice e envelhecimento, e por mudanças na forma como os indivíduos, ao envelhecer, negociam com imagens estereotipadas da velhice.

Dessa forma, o termo a ser utilizado e aceito acaba atendendo a um critério sumariamente individual, pois está ligado às vivências de cada um, aquelas que cada pessoa determina ou o que o seu estado de espírito “sente”. A sensação de “estar” com uma idade respectiva é mais forte do que qualquer ruga na face. O indivíduo é que prescreve a sua idade, segundo aquilo que sente interiormente, pois envelhecer é a experiência de cada um. Velhice não é doença; entretanto, é universal, progressiva, declinante e intrínseca, não havendo, até hoje, recurso algum que se possa usar para evitá-la. Só não envelhecerá aquele que morrer precocemente.

Então, concretamente, pode-se definir idoso, de acordo com a Política Nacional do idoso (PNI), Lei n.º 8.842/94, em seu artigo segundo, como pessoa com 60 anos ou mais. O contingente de pessoas idosas tem crescido nos últimos anos, necessitando de ações governamentais adequadas para atendimento das necessidades desta parcela da população.

Assim, Fehlberg (2003) aponta como avanço no atendimento a este segmento da população no Brasil, a instituição da PNI, assim como do Estatuto do idoso, no sentido de estabelecer a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público para assegurar ao idoso o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à convivência familiar e comunitária.

Portanto, ao mesmo tempo em que o progresso permite que as pessoas vivam por mais tempo, também a sociedade lhes deve proporcionar oportunidades para viverem significativamente os anos conquistados, com saúde mental. A isso, se propõe o trabalho com grupos de idosas da equipe de Saúde Mental aqui explicitado, que trabalha para o empoderamento de idosas participantes.

A participação no grupo influi significativamente no repensar de seu estilo de vida

adotado e como este influi diretamente na saúde e o bem-estar das idosas.

No trabalho desenvolvido, busca-se o envelhecimento saudável que pode ser resultante de vivência da própria história, de sua realidade cultural, incluindo ainda a realidade sociopolítica da comunidade em que vive e o exercício de cidadania (Gonçalves, 1992).

Considerações Finais

A pretensão, quando da construção deste artigo, foi apresentar algumas considerações acerca de algumas questões sobre as quais refletimos, buscando lançar alguma luz para um entendimento maior, onde possam surgir novas indagações, novas problematizações e possibilidades, diante do fato de se efetivar o processo de construção e consolidação da Política de Saúde, sobre quando o Estado Democrático de Direito poderá efetivar a cidadania dos brasileiros.

Na pesquisa, pudemos constatar que a saúde da pessoa idosa deve objetivar a valorização da autonomia, para a realização das principais atividades de vida diária, como o autocuidado, por exemplo, em que o idoso tenha a possibilidade de ser cidadão ativo, participativo, produtivo e afetivo, mantendo seu interesse pela vida e o despertar para o desempenho de novos papéis, que levem à ampliação de seus papéis sociais (Sayeg, 1998).

A atenção à saúde da pessoa idosa deve privilegiar uma assistência, que tenha em conta a atividade física/mental/social, e que objetive a preservação da autonomia e da independência, reduza a inatividade, promova a assistência e busque garantir menos sofrimento físico e mental aos pacientes terminais e ofereça apoio emocional ao paciente e família (Mesquita, 2001).

Entendemos o trabalho da equipe técnica em particular da Unidade de Saúde de Coqueiral de Itaparica como caminhando nessa direção, visto desenvolver um trabalho grupal que respeita a autonomia, a história de vida das idosas e a realidade em que vivem estas cotidianamente, trabalhando com os fragmentos de suas histórias e ajudando na ressignificação de suas vidas sofridas, num processo em que as próprias mulheres compreendem suas fortalezas e buscam o empoderamento de suas vidas. Nesse processo, é importante a intervenção de profissionais comprometidos com a Política de Saúde, que coloquem suas energias para a criação e implementação de metodologias de trabalho que objetivam um constructo social, em que o acesso à Saúde possa ser para todos.

Isso tem ocorrido, como por exemplo, com a implementação da Metodologia das Histórias de Vida, que vem sendo implementada e tem apontado que a direção escolhida está no rumo adequado.

Assim, entende-se que o trabalho da equipe de Saúde Mental da Unidade de Saúde de Coqueiral de Itaparica tem buscado a inovação, criando e trabalhando numa dimensão dialógica e democrática, em que todos os envolvidos - usuários (idosos), equipe técnica, gestores e comunidade - vão amalgamando a Política de Saúde Mental no Município de Vila Velha, num caminhar para que um dia, enfim, se possa adoecer com cidadania.

Referências

Alayon, N. (1995). *Assistência e assistencialismo: controle dos pobres ou erradicação da pobreza*. São Paulo (SP): Cortez.

Almeida, J.S. (2007). *Mulheres na Educação: missão, vocação e destino?* In: Boff, L. *Saber cuidar- ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes.

Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao trabalho social*. Petrópolis (RJ): Vozes.

Basaglia, F. (1980). *Em busca de necessidades perdidas*. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira.

Bellato, R., Araújo, L.F.S.de, Faria, A.P.S.de, Santos, E.J.F., Castro, P., Souza, S.P.S.de & Maruyama, S.A.T. (2008). A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em Saúde e em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, 10(3), 849-856. Recuperado em 16 maio, 2010, de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a32.htm>.

Bessa, K.A.M. (Org.). (1998). *Trajetórias do gênero, masculinidades*. *Cadernos PAGU. Núcleo de Estudos de Gênero*. UNICAMP. Campinas (SP).

Brasil. Sistema Único de Saúde. (2002). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF).

_____. Ministério da Saúde. (2003). *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde- Manual Básico*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (1994). Ministério da Previdência e Assistência Social do. Secretaria de Assistência Social. *Política Nacional do Idoso. Lei 8.842*. Brasília (DF).

_____. (2003). *Estatuto do Idoso. Lei 10.741*. Brasília (DF): MPAS, SAS.

Carvalho, J.M.de. (2001). *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira.

Carstensen, L. (1995). *Motivação para o contato social ao longo do curso da vida: Uma teoria de seletividade socioemocional*. São Paulo (SP): Papyrus.

Chauí, M. (2000). *Brasil. Mito fundador e sociedade autoritária*. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo.

Cordeiro, G.Í. *PONTO URBE. Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP*.

Damatta, R. (1977). *A casa e a rua*. Rio de Janeiro (RJ): Rocco.

Del Priore, M. (1993). Atitudes da Igreja em face da mulher no Brasil colônia. In: Marcílio, M.L. (Org.). *Família, mulher e sexualidade na história do Brasil*. São Paulo (SP): Loyola.

Demo, P. (1996). *Política Social, Educação e Cidadania*. São Paulo (SP): Papyrus.

Ezcurra, M. (1970). *Conceituação do Serviço Social. Cadernos PUC, 6*. São Paulo (SP).

Fehlberg, M.da P.A. (2003). *Mantendo a Memória viva*. Aracruz (ES): Fundação São João Batista.

Filha, M.de O., Silva, A.T.M.C. & Lazarte, R. (2007). Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais. *Cad. Saúde Pública, 23(10)*. Rio de Janeiro (RJ).

Franco, S.R. K. (1997). *O construtivismo e a Educação*. (6^a ed.). Porto Alegre (RS): Mediação.

- Franco, M.A.S. (2003). *História de vida: uma abordagem aliando pesquisa e formação de professor reflexivo*. (Mimeo).
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo (SP): Paz e Terra.
- Fromm, E. (1981). *O Medo à Liberdade*. (13ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Zahar.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (1989). *Estatísticas de Saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE.
- Gramsci, A. (1979). *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira.
- Haguette, T.M.F. (1987). *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Iamamoto, M. V. (2002). *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. São Paulo (SP): Cortez.
- Junior, B.B. e cols. (1987). *Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Kilpp, N. (Org). (2006). *Manual de normas para trabalhos científicos*. São Leopoldo (RS): EST.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.deA. (1992). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos e relatórios, publicações e trabalhos científicos*. São Paulo (SP): Atlas.
- Maciel, P., Fehlberg, M.P.A., Berger, E.A.B. & Santos, R.F. (2003). *Manual do Curso Cuidador de Idosos*. Vitória (ES): SEST/SENAT.
- Martins, G.de A. (2000). *Manual para elaboração de monografias e dissertações*. (2ª ed.). São Paulo (SP): Atlas.
- Marx, K. (1986). *Do Socialismo Utópico ao Humanismo*. Rio de Janeiro (RJ): Brasiliense.
- Minayo, M.C.de S. (Org.). (2000). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. (2ª ed.). Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- _____. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília (DF). Recuperado em 14 maio, 2010, de: <http://pvc.datasus.gov.br>.
- Muraro, R.M. (1983). *Sexualidade da mulher brasileira. Corpo e Classe social no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes.
- Netto, M.P. & Ponte, J.R. (1996). Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto, M.P. *Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu.

Neves, J.L. (1996). *Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisa em administração*, 1(3). São Paulo (SP): FEA-USP.

Paulilo, M.A.S. (s/d.). A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Revista de Pedagogia da Universidade de Brasília*. (Mimeo).

Pletsch, R. (2001). *Diaconia Feminista: uma resignificação do conceito de servir*. Dissertação de mestrado em Teologia. São Leopoldo (RS): EST.

Piaget, J. (2010). Recuperado em 16 maio, 2010, de: wikipedia.org/wiki/Jean_Piaget.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA. (2001). *Programa de Saúde Mental*. (Mimeo).

Poligno, M.V. (2010). *História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Recuperado em: 12 maio, 2010, de: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf.

Rogers, C. (2010). Recuperado em 12 maio, 2010, de: wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers.

Rossi, S.S. (1980). *A constituição do Sistema de Saúde no Brasil*. São Paulo (SP). (Mimeo).

Secretaria de Estado da Saúde - SESA. (2000). *Plano Estadual de Saúde*. Recuperado em 12 dezembro, 2000, de: www.saude.es.gov.br.

_____. (2001). *Política de Saúde Mental*. Vitória (ES): SESA/Coordenação de Saúde Mental.

Singer, P. (1987). *Prevenir e Curar*. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária.

Spindola, T. & Santos, R.da S. (2003). *Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (Dora)*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP.

Suplicy, M. (1985). *De Mariazinha a Maria*. Petrópolis (RJ): Vozes.

Tedesco, D.R. (2008). *Mujeres? El sexo débil?* Bilbao (Espanha): Editorial Desclée de Brouwer.

Torres, I.C. (2002). *As primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e poder*. São Paulo (SP): Cortez.

Torres, Z. (1990). *A humanização do trabalho com grupos*. Belo Horizonte (MG): Arte Escrita.

Unicef. (1979). *Conferência de Alma Ata*. Brasil.

Verdès-Leroux, J. (1986). *O Trabalhador social: Prática, hábitos, ethos*. São Paulo (SP): Cortez.

Recebido em 01/08/2013

Aceito em 30/09/2013

Maria da Penha Almeida Fehlberg - Assistente Social, Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Metodista do Espírito Santo.

E-mail: penhafehlberg@gmail.com