



POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O CUIDADO FAMILIAR: convivendo com a diferença

Maria Sonia Lima Nogueira¹

Liduína Farias Almeida da Costa²

RESUMO

Este artigo tem por objetivo discutir a relação entre pessoas que tem transtorno mental e seus familiares. Os passos metodológicos seguidos para construção deste trabalho foram levantamento de dados colhidos na pesquisa empírica, além de estudo bibliográfico de autores como Goffman (1988), Silva (2002) e Canguilhem (2006) que discutem o conceito de identidade e diferença e Rosa (2003) e Furegato (2006) para discutir a categoria família, dentre outros, numa abordagem qualitativa. A partir da pesquisa percebemos as dificuldades de convivência familiar com a pessoa com transtorno mental, em virtude dos comportamentos diferentes, estranhos ao grupo familiar.

Palavras-chave: transtorno mental. Identidade. Diferença. Família.

ABSTRACT

This article aims to discuss the relationship among people having mental disorder and their family. The methodological steps followed to build this work were data obtained from empirical research, bibliographic study of scholars such as Goffman (1988), Silva (2002) and Canguilhem (2006) that discuss the concept of identity and difference, and also Rosa (2003) and Furegato (2006) that discuss the category family, among others, in a qualitative approach. From this research we realized the difficulties of the family acquaintanceship with the ones with mental disorder, on account of different behaviors, away from familiar group.

Key-words: Mental health. Identity. Difference. Family.

1. INTRODUÇÃO

O objeto deste artigo é refletir sobre a relação de familiares com a pessoa que tem transtorno mental, como alguém que se apresenta como diferente.

Ressaltamos que o interesse em estudar a saúde mental surgiu da percepção profissional, através de relatos dos familiares, do quanto a convivência com alguém que

¹ Mestre. Universidade Estadual do Ceará (UECE). politicaspUBLICASuece@hotmail.com

² Doutora. Universidade Estadual do Ceará (UECE). liduinafariasac@gmail.com



se apresenta como diferente é difícil numa sociedade preconceituosa e despreparada para lidar com o outro.

Os passos metodológicos seguidos para a construção deste artigo foram estudo bibliográfico de autores como Goffman (1988), Canguilhem (2006) e Silva (2002) que discute o conceito de identidade e diferença e Rosa (2003) e Furegato (2006) para discutir a categoria família, dentre outros, numa abordagem qualitativa.

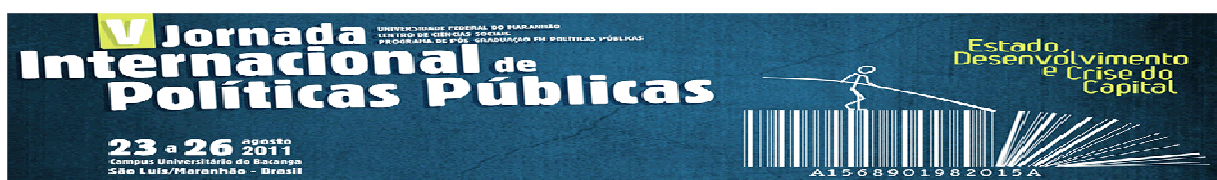
A cidadania é tida como um atributo dos iguais, dos normais, nesse sentido os ditos loucos não seriam cidadãos, pois sendo diferentes, teriam seus direitos desrespeitados a partir do momento em que não são aceitos pela sociedade em sua diferença, sendo a família aquela que deve prover o cuidado aos seus entes, buscando até mesmo escondê-los da sociedade na busca de protegê-los. Assim, a família também se apresenta como uma grupalidade que necessita de cuidado e orientação tanto quanto a pessoa com transtorno mental.

2. A RELEVÂNCIA DO PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A partir de estudo das diversas concepções de família e de nossa própria vivência familiar, entendemos família como um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído de pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidades e funcionamentos próprios.

Os conceitos sobre família podem ser diversos, mas um ponto comum é que a união de membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto.

Através dessa relação é que se desenvolve a cultura familiar, definida por Elsen (2002) como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se definem a partir das relações internas e externas à família, e que determina seu modo de funcionamento e a maneira que ela desenvolve suas experiências e interações com o mundo. Essas experiências caracterizam-se pelas ações e interações presentes no núcleo familiar e direcionado a cada um de seus membros com um intuito de alimentar e fortalecer seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar.



No contexto dinâmico complexo e singular que é o da família, o diálogo é destacado por Andrade (2001) como essencial no compartilhar de experiências, conhecimentos, sentimentos e necessidades, tanto da família em seu conjunto como de seus membros em particular.

A família, historicamente, vem passando por algumas transformações as quais afetam diretamente sua dinâmica de funcionamento, nas relações entre seus membros e o desempenho dos diversos papéis sociais no seu interior.

O conceito de família nuclear e a instituição do casamento intimamente ligada à família passaram por transformações. A expressão mais marcante dessas transformações ocorreu no final da década de 60, cresceu o número de separações e divórcios, a religião foi perdendo sua força, não mais conseguindo segurar casamentos com relações insatisfatórias, a igualdade passou a ser um pressuposto em muitas relações matrimoniais.

Segundo Simionato (2003), na contemporaneidade surgem inúmeras organizações familiares alternativas: casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões, casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos isolados ou mesmo cada um vivendo com uma das famílias de origem; as chamadas produções independentes tornam-se mais frequentes, e ultimamente duplas de mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos.

Nas famílias mais empobrecidas da população a realidade de composição familiar é bem diferente do modelo tradicional de família nuclear, onde o pai é provedor, a mãe cuida da casa e os filhos estudam, elevou-se o número de núcleos familiares compostos apenas por mulheres e seus filhos menores, e também o número de pessoas de famílias moradoras de rua.

Nas regiões urbanas brasileiras observa-se que o núcleo familiar tende a ser um tanto diferente daquele descrito por estudos clássicos sobre o ciclo da vida familiar, tal como em Cerveny (1997). Em tais regiões, o núcleo familiar é predominantemente composto por várias gerações, como uma forma de melhor enfrentar as dificuldades financeiras. Os filhos adultos, mesmo quando constitui suas próprias famílias, continuam compartilhando o habitat original, somando rendimento com o objetivo de baratear custo com a habitação e garantir melhores cuidados com as crianças e outros dependentes que



não participam ativamente no mercado de trabalho, como os adolescentes os idosos os desempregados e os deficientes.

Assim, de acordo com Melman (2001), nos últimos anos o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos na convivência com um paciente, que representa um peso material, subjetivo, organizacional e social.

Na tradicional divisão de tarefas dentro do lar ocorrem modificações importantes: com o trabalho fora de casa, decorrente da inserção feminina no mercado de trabalho, o tempo da mulher para cuidar dos filhos foi diminuído, e o homem foi mudando seu espaço no interior da família, assumindo inclusive tarefas antes tipicamente femininas. A mulher torna-se mais autônoma e competitiva, ao mesmo tempo em que o homem aprende a ser mais cuidador nas relações.

Na sociedade contemporânea a família se apresenta como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade. Mantém a subordinação feminina e dos filhos, mas protege as mulheres crianças e velhos contra a violência urbana, cria condições para a dominação masculina, mas garante aos homens um espaço de liberdade contra a sua subordinação no trabalho, conserva tradições, mas é o espaço de elaboração de projetos para o futuro, é não só o núcleo de tensões e conflitos, mas também o lugar onde se obtém prazer (CHAUÍ, 1986).

Dessa forma, acreditamos que a família desempenha papel fundamental não só com a relação com seus membros enquanto locus de afiliação ou de reafiliação social, mas também com a relação com o Estado, na perspectiva de instituição social decisiva ao desenvolvimento de integração/inclusão social.

Percebemos que quando um familiar adoece, ocorre mudança na convivência diária da família causando ansiedade e preocupação. Nesse sentido, faz-se necessário discutir aqui a categoria família, uma vez o público com o qual os profissionais do CAPS desenvolvem seu trabalho tem sido, historicamente, negligenciado quanto à atenção à família, de modo que não se priorizou engajá-la efetivamente no processo de reabilitação psicossocial de seus familiares, usuários deste serviço. Assim, não foi valorizado o fato de que o cuidador está presente na maior parte do tempo na vida do usuário.



Dessa forma, fica cada vez mais evidente a importância da inclusão da família na assistência ao tratamento da pessoa com transtorno mental. É necessário que ela esteja aliada ao serviço de saúde mental, já que ela está presente na maior parte da vida daquele sujeito. Porém, para que isso ocorra faz-se necessário uma assistência familiar, um suporte de apoio para que ela seja uma grupalidade capaz de responder aos cuidados que seu familiar com transtorno mental demanda, para além das condições materiais, em seu cotidiano.

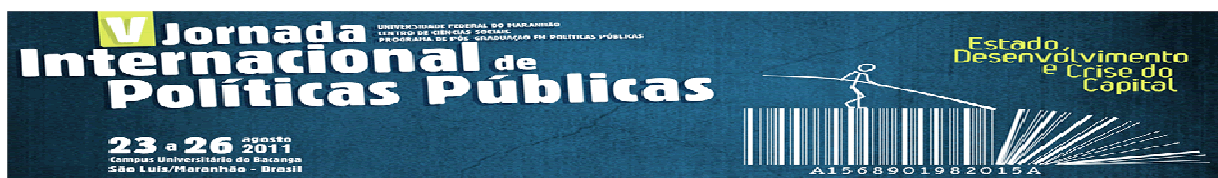
Furegato, et alii (2002) afirmam que, por um lado, percebe-se o espaço da família como um melhor ambiente para acolher e manejar o comportamento do portador de transtorno mental, mas por outro o despreparo, a sobrecarga agindo negativamente sobre o cotidiano e as relações intra-familiares a fragiliza sobremaneira, carecendo de apoio das instituições de cuidado.

A participação da família no cuidado com o portador de transtorno mental tem sido cada vez mais valorizada na proposta de desospitalização, dentro da reforma psiquiátrica, como uma nova proposta, na qual um número maior de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares. Esse fenômeno introduz novos elementos no campo de negociação entre famílias e o serviço de saúde mental obrigando as partes envolvidas a discutirem as bases de uma nova relação (MELMAN, 2001).

Conforme Lima Junior e Veloso (2007), essa nova forma de cuidar (serviços extra-hospitalares) estimula uma significativa queda nas internações psiquiátricas, e intensifica exigência do comportamento da família, o que modifica de forma significativa, sua participação no processo de cuidado.

Assim, é necessário que o sistema de saúde e todos os dispositivos de assistência ao portador de transtorno mental estejam preparados para receber e dar suporte a família. Porém, de fato, percebemos que algumas famílias são muito resistentes ao cuidado do doente, delegando aos serviços de saúde mental a tarefa de resolver todos os problemas do paciente e, conseqüentemente, os da família.

Gonçalves e Sena (2001) salientam que na prática, a equipe como um todo, dificilmente está disposta a trabalhar a subjetividade e a objetividade do cuidado com o portador de transtorno mental, e exige da família que aceite a doença sem oferecer-lhe suporte e orientações.



É importante lembrar que as famílias estão expostas a sobrecargas emocionais e que a despeito dos avanços da reforma psiquiátrica elas continuam sendo alvo de preconceitos e discriminação. A própria carência de suporte institucional não permite que as mesmas sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema.

Dessa forma, o sofrimento da família não é acolhido em sua intensidade e integralidade pelo serviço de saúde nem a mesma é instruída em como lidar com as mudanças sociais acarretadas pelo transtorno mental (ROSA, 2003).

Daí a importância de nossa intervenção profissional, uma vez que nesse campo estamos lidando com expressões da questão social, na busca da valorização da autonomia e da cidadania da pessoa com transtorno mental e de seu familiar.

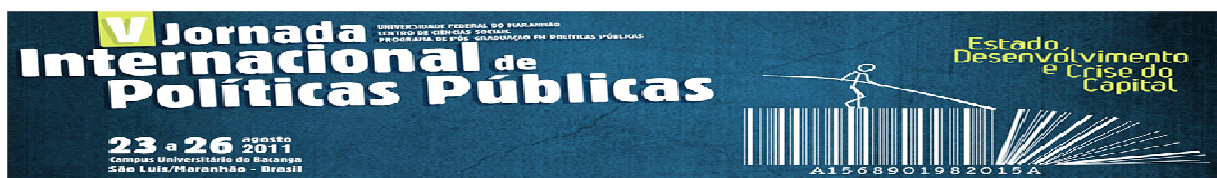
Em pauta a família com um membro com transtorno mental, um indivíduo que é tido como diferente, “desviantes” das normas instituídas por não se enquadrar no quadro da normalidade social e cruelmente determinado. Desse modo, essas pessoas perdem sua identidade de sujeito e passam a ser definidas como doente mentais. O que ganha ênfase é a doença em detrimento do indivíduo.

3. QUANDO O OUTRO É DIFERENTE

A figura do outro, estranho e diferente sempre representou interesse na literatura. Podemos encontrar pronunciamentos em distintos contextos teóricos, como vemos a cerca da “loucura” em Foucault (2005). Ou como observa Coveiro (2004):

“[...] não existe cultura que não seja sensível na conduta e na linguagem dos homens, há certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular; estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala na diferença, e chama a diferenciação.” (COLVERO, 2004, p 36)

Segundo o estudo de Coveiro ao comparar os paradigmas da modernidade e pós-modernidade, fazendo um paralelo a mitologia grega, refere-se que deus Dionísio era um estranho ao mundo grego, à cultura grega, por isso incomodava a religião do Olimpus praticada pela classe dirigente incompatibilizando-se com os costumes helênicos. O autor afirma que:



“[...] a origem estrangeira de Dionízio e as reações de seu culto, põe em destaque o medo, a alteridade, o incômodo que nos causa o que é estranho. Não é possível nenhum sentimento de irmandade, de pertencimento, de co-participação para aquele que nos é profundamente diferente.” (COLVERO, 2004, p 31)

O transtorno mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana é um fenômeno psicossocial pouco compreendido, aceito e temido pelos familiares e pela sociedade. Suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dúvidas e fragilidades face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontrolável, e imprevisível.

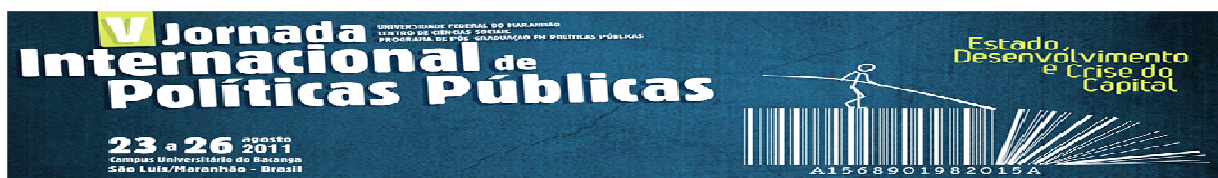
As pessoas com transtorno mental, “descompensada” agem de forma diferente devido a sua doença, e são marcadas como diferentes, e dificilmente aceitas pelas demais pessoas do grupo familiar e da sociedade. Com o tempo, começam a sentir-se como estranhos e excluídos da mesma, é quando começam a perceber o estigma que carregam em qualquer lugar que forem.

O estigma relacionado ao transtorno mental provém do medo do desconhecido, e de um conjunto de falsas crenças originadas pela falta de conhecimento e compreensão dos diferentes tipos de patologias.

Neste sentido, os estigmas são como rótulos negativos, usados para identificar pessoas que sofrem de transtornos mentais, criando barreiras que impedem os indivíduos e suas famílias de procurar ajuda, pelo medo de sentirem-se rejeitados.

Cada ser humano nasce e desenvolve-se de maneira única. Nenhuma pessoa é igual a outra, reconhecer isso é fundamental para compreender e respeitar os diferentes, embora ser o outro, muitas vezes, não signifique apenas ser diferente, mas anormal.(NOGUEIRA, 2009).

A compreensão dos conceitos de normalidade e anormalidade foi facilitada pela leitura de Canguilhem (2006) que apresenta o patológico com base no normal. Dessa forma quando nos referimos a um conceito será sempre em relação ao outro, isto é, a anormalidade só pode ser pensada com origem na normalidade. Ou seja, só percebemos o diferente tomando como princípio uma identidade de iguais, os ditos normais. Quanto ao que ou quem é normal, no entanto, o autor refere que há um problema que “[...] consiste em saber dentro de oscilações, dentro de um valor médio puramente teórico os indivíduos



vão ser considerados normais”. E continua: “Mas será que devemos considerar qualquer desvio como anormal?” (CANGUILHEM, 2006 apud NOGUEIRA, 2009, p. 83).

Dessa forma, cada sociedade ou grupo social identifica, classifica seus membros e espera que eles se encaixem em suas expectativas de normalidade, pois fugir a regra é algo considerado anormal, estando a pessoa sujeita a discriminação, abandono ou indiferença, ainda caracterizará o que Goffman (1988) denomina de estigma.

É interessante perceber que por toda história da humanidade sempre houve grupos ou pessoas que foram mais ou menos excluídos ou aceitos no convívio social, em nome de uma suposta harmonia e equilíbrio ou normalidade por assim dizer seja por qual for o motivo: doença, classe social, etc. (NOGUEIRA, 2010)

A cultura é constituída por costumes, moral, leis, artes, crenças, conhecimentos e hábitos adquiridos pelo homem numa sociedade. Desse modo, a saúde e a doença são influenciados por este contexto, além do reconhecimento à pessoa e das formas de tratamento. (RODRIGUES, 2001).

Mesmo diante de toda transformação dos paradigmas de saúde mental preconizados pela reforma psiquiátrica, percebemos, que até hoje, as pessoas com transtorno mental grave sofrem forte estigma e discriminação no seio familiar como também pela sociedade dada a complexidade de sintomas apresentados pela doença. É justamente no momento de crise que os familiares, e demais pessoas, presenciam tal situação, e acabam rotulando o familiar doente de “louco”.

É nesse momento, que precisamos, enquanto assistentes sociais, profissionais da saúde, formar consensos junto aos familiares e levá-los a compreender que o transtorno mental são manifestações da pessoa a qual precisa de cuidados, pois está doente.

Na verdade, o conceito de normal é muito relativo, por exemplo: em algumas comunidades é considerado normal que as pessoas comam insetos, em outras é proibido comer carne bovina, além de diversas manifestações religiosas que existem em todo o mundo. Isso prova o tamanho do preconceito que se faz quando se rotula alguém como “louco”.



A concepção de loucura está ligada a história do homem. Mas, parece que o contato com os profissionais de saúde, com a doença, desmistifica o louco e a loucura (KANTORSKI et alii, 2001).

O pouco entendimento dos familiares sobre transtorno mental faz com que elas busquem exames que detecte onde está a doença, procurando um local no cérebro que possa explicar as alterações do comportamento apresentadas pelo paciente (MORENO, 2000), o que nem sempre é possível e que causa bastante ansiedade na família demonstrando que ela também precisa de cuidado.

A convivência com a pessoa com transtorno mental não é fácil. Tais pessoas são imprevisíveis, algumas vezes agressivas, se isolam ou não manifestam afeto, dessa forma é importante que os profissionais de saúde orientem os familiares sobre os cuidados que devem ser tomados durante o tratamento sem isolá-los ou discriminá-los e, ao mesmo tempo, busquem cuidar de si.

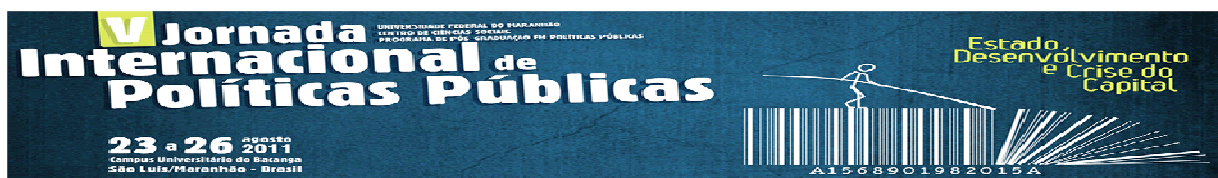
É certo que não é atribuição do assistente social o cuidado clínico, mas o é a orientação e acompanhamento de questões relacionadas à autonomia e cidadania.

A literatura descreve o transtorno mental, como sendo um comprometimento grave do funcionamento mental, social e pessoal manifestado pela perda do senso da realidade, retraimento social, incapacidade para desempenhar os papéis ocupacionais e domésticos habituais, ocorrência de delírios, alucinações e confusão de toda ordem sem discernimento de sua natureza patológica, o que o torna diferente tanto na família, quanto na sociedade.

Deste modo, ocorre a perda do próprio eu, este eu que se transforma, que chega até ao apagamento total da relação com o mundo exterior, que se torna agressivo e diferente; ameaçador, perseguidor e, por vezes melancólico, apagado, triste, ou ainda que se torne num “carnaval de manias”.

A forma como esses sujeitos são estigmatizados é típica de uma sociedade capitalista onde prevalece a conotação do indivíduo como força de trabalho, não como ser humano, dotado de singularidades, de limitações físicas ou psíquicas que o impedem de produzir, por isso são descartados, injuriados, rejeitados e excluídos das trocas simbólicas e sociais.

A cidadania é um atributo dos iguais, dos normais. Defendemos a idéia de que os ditos diferentes, os estranhos, também devem ter seus direitos garantidos na



sociedade, na busca incessante de fazer desta pessoa um ser humano digno, autônomo e capaz de viver a seu próprio modo.

Desinstitucionalizar não é apenas retirar do hospício, mas possibilitar uma convivência sadia, seja na família ou na comunidade. O Estado, através das políticas sociais, em tempos neoliberais, preconiza o tratamento das pessoas com transtorno mental junto à família, mas não viabiliza a esta o suporte necessário ao cuidado do outro, apenas relega responsabilidade sem nem mesmo prestar as devidas orientações, daí ser tão difícil à família, essa grupalidade, responder aos anseios do seu familiar adoecido.

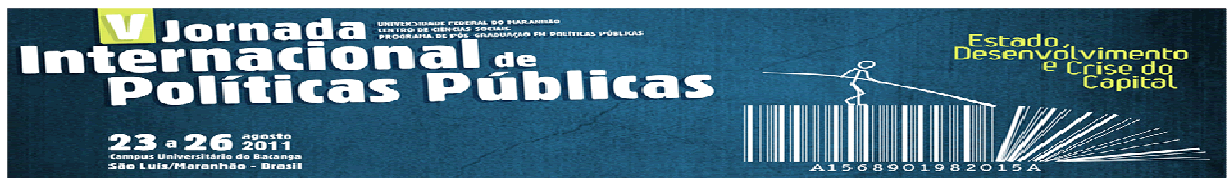
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de atenção aos familiares através de nossa experiência profissional em um CAPS do Ceará, tornaram-se visíveis as dificuldades de convivência diária no domicílio com a pessoa com transtorno mental, como alguém que se apresenta com comportamento diferente, estranho para o grupo familiar e para a sociedade.

Para que a família possa cuidar são necessários suportes e alívio de tensões e de angústias que lhe possibilite um espaço em que se sinta apoiada, diferentemente do papel que representam em casa, expondo de forma tranqüila as questões que não consegue resolver e o que a incomoda, porque frente à estrutura do seu cotidiano, não lhe resta tempo e espaço para discutir sobre essas questões.

Porém, cabe ressaltar a necessidade dos profissionais que compõe a equipe interdisciplinar dos CAPS buscar orientação técnica, de outros profissionais que detêm o conhecimento teórico-técnico, como médico psiquiatra, psicólogo, assistente social dentre outros profissionais para orientar a prática de como lidar com a pessoa com transtorno mental de acordo com o novo modelo extra-hospitalar proposto pela reforma psiquiátrica, que valoriza a subjetividade e busca a consolidação da cidadania e autonomia dos sujeitos.

Reconhecemos a importância da família nesse processo, devemos constantemente avaliar nossa prática para não correremos o risco de reproduzir a assistência hospitalocêntrica aceitando de forma passiva a resistência dos familiares de se engajarem no processo de tratamento dos usuários, sobretudo em função da insuficiência do apoio do Estado, insuficiência que é também, sobretudo, financeira.

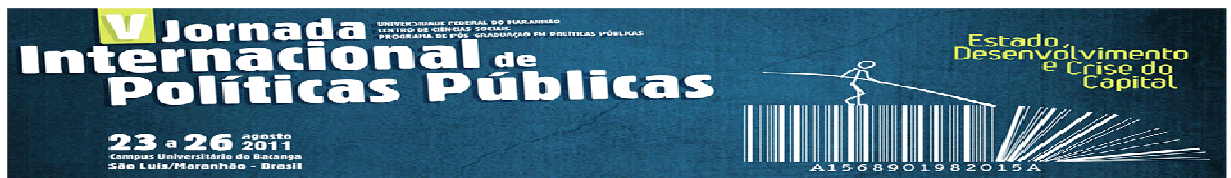


Compreendemos também que o diferente causa espanto, admiração, vergonha e medo, dentre outros sentimentos, porém, concordamos com Silva (2000) quando diz que a diferenciação é o processo central pelo qual a identidade e a diferença são produzidas. Os diferentes não são criaturas do mundo natural, mas do mundo social e cultural. Nesse sentido a luta é contra a não aceitação do diferente e da diferença.

Cabe a nós profissionais e/ou estudiosos da saúde mental ter o compromisso de desempenhar o papel de facilitadores do processo de inclusão social destas pessoas na sociedade, tentando mudar a visão sobre o transtorno mental através da informação e sociabilização, rompendo com toda a forma de arbítrio e autoritarismo que impedem o crescimento pessoal, a afirmação da cidadania ou a evolução do tratamento fazendo emergir o preconceito e o estigma.

5. BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. BARROCAS, M. T. de C. (trad.), 6 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CERVENY, C.M.O, **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- COLVERO L. A. **Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença**. São Paulo: 2004
- ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual**. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. dos (Orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eridem, 2002, p.11-24.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. COELHO NETO, J. T. (trad.) 8 d. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FUREGATO, A. R., et alii. **O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental**. Texto & Contexto, São Paulo: 2002.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.



GONÇALVES, A.M. & SENA, R.R. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana, 2001, p.p. 48-55.

KANTORSKI, L.P. et alii. **Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental**. Texto & Contexto. 2001, p.p.50-59.

LIMA, J. R. J. & VELOSO, T. M. G. **Convivendo com a loucura**: as representações sociais de familiares de usuários de instituição psiquiátrica. Vivência, 2007, n.32, p.p. 163-172

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MORENO, V. **Vivência do Familiar da Pessoa em Sofrimento Psíquico**. São Paulo: 2000. p.p.173.

NOGUIRA, M. S. L, **Representações sociais da política de saúde mental**: visões e práticas dos profissionais de um CAPS, EdUece, Fortaleza: 2010

RODRIGUES LR. **“Só quem sabe da doença dele é Deus”** – O significado da doença mental no contexto cultural. Ribeirão Preto: USP; 2001.

ROMAGNOLI, R. C. **Trabalhando com famílias na rede de saúde mental**: dificuldades e desafios. 2004, p.p. 71-80.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v.23, n.53, p.6-19, 1999.