

**LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JOSÉ ANTÔNIO BOTELHO DE ARAUJO
LUZIANNE MARIA ARANHA DUAILIBE**

**DESAMPARO E DOENÇA:
UMA RELAÇÃO A SER REFLETIDA NO PROCESSO DO ADOECER**

São Luís

2008

JOSÉ ANTÔNIO BOTELHO DE ARAUJO
LUZIANNE MARIA ARANHA DUAILIBE

DESAMPARO E DOENÇA:
UMA RELAÇÃO A SER REFLETIDA NO PROCESSO DO ADOECER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Gerenciamento de Programas Comunitários de Saúde da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Ednalva Maciel Neves.

Co-Orientadora: Profa. Mestre Dourivan Camara Silva
de Jesus

São Luís

2008

Araújo, José Antônio Botelho de. Desamparo e doença: uma relação a ser refletida no processo do adoecer/ José Antônio Botelho de Araújo; Luzianne Maria Aranha Duailibe - São Luís, 2008.

33 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Saúde. 2. Doença. 3. Desamparo. 4. Desigualdade social. I. Título.

CDU 616-092.11

JOSÉ ANTÔNIO BOTELHO DE ARAUJO
LUZIANNE MARIA ARANHA DUAILIBE

DESAMPARO E DOENÇA:
UMA RELAÇÃO A SER REFLETIDA NO PROCESSO DO ADOECER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Gerenciamento de Programas Comunitários de Saúde da LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ednalva Maciel Neves (Orientadora)
Doutora em Antropologia Social
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dourivan Camara Silva de Jesus
Mestre em Pedagogia Profissional
Universidade de Havana

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos aqueles que, direta e indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho e, de modo especial, as pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa, pois sem elas, tal empreitada seria impossível.

A Profa. Doutora Ednalva Maciel Neves e a Profa. Mestre Dourivan Câmara Silva de Jesus, nossas orientadoras, pela disponibilidade e paciência em nos acompanhar ao longo de toda a pesquisa.

“Quem me está próximo foi criado como um dom para mim e eu fui criado como um dom para quem está próximo. Na terra tudo está em relação de amor com tudo; cada coisa com cada coisa. Mas é preciso viver o Amor para encontrar o fio de ouro entre os seres”.

(Chiara Lubich)

RESUMO

Pensar o desamparo como um agravante no processo do adoecer nos levou a fazer um paralelo entre o pensamento de alguns teóricos e o sofrimento humano experimentado pela população mais carente quando precisa dos serviços públicos de saúde em um país de necessitados, onde o sofrer na doença parece agravar-se diante da falta do amparo prometido através das diversas legislações e que muitas vezes não se faz presente no dia-a-dia do cidadão. Diante da imensa desigualdade social existente no Brasil resolveu-se pesquisar a relação desamparo/doença no processo de adoecer entre os usuários dos serviços de saúde pública em São Luís – MA. Para esta pesquisa fez-se um estudo qualitativo através de entrevistas abertas. Realizou-se o trabalho de campo no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego localizado no bairro da Alemanha onde foram entrevistadas seis pessoas, sendo cinco do sexo feminino e uma do sexo masculino. Iniciou-se o trabalho questionando o acesso aos serviços de saúde e de que forma a população mais carente lida com as dificuldades a esse acesso e de que forma isto poderia se caracterizar como uma falta que teria implicações no processo de adoecimento do sujeito. Percebeu-se nas histórias dos entrevistados a existência de faltas, tais como: assistência, atendimento, atenção, recursos, os quais implicam não só os profissionais da área como as instituições de saúde e os poderes público municipal, estadual e federal. Através desta pesquisa, objetiva-se sensibilizar a todos os profissionais de saúde, as autoridades envolvidas nas políticas de saúde e os poderes administrativos a perceberem que atitudes inerentes ao ser humano como afeto e atenção podem funcionar como ações preventivas no processo de saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde. Doença. Desamparo. Desigualdade social.

ABSTRACT

Think of helplessness as an aggravating factor in the process of falling ill has led us to make a parallel between the thinking of some theorists and human suffering experienced by people when they need more needy of public health services in a country in need, where the disease seems to suffer worse in the face of lack of support promised by the various laws and often does not present the day-to-day life of citizens. Given the immense social inequality existing in Brazil decided to establish a relation is helplessness / disease in the process of illness among users of public health services in São Luís - MA. For this research it was a qualitative study through open interviews. We carried out the fieldwork in the Health Center Dr. Rego Genésio located in the district in Germany where six people were interviewed, five females and one male. It started the work challenging access to health services and how the most needy deal with the difficulties to such access and how this could be characterized as a failure that would have implications in case of illness of the subject. It was noticed in the stories of the interviewees that there are shortages, such as: care, care, attention, resources, which involve not only the professionals in the area such as health institutions and the municipal authorities, state and federal. Through this research, it aims to raise awareness for all health professionals, the authorities involved in health policies and administrative powers to realize that attitudes inherent in the human being as affection and attention can act as preventive measures in health and disease.

Key-words: Health Disease. Desmaparo. Social inequality.

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	METODOLOGIA	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICES	31

1 INTRODUÇÃO

O Relatório de Desenvolvimento Humano - RDH, de 07 de setembro de 2005 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD com “ranking” de 177 países afirma que o IDH do Brasil passou de 0,79 em 2002 para 0,792 em 2003, ocupando a 63ª posição no “ranking” de IDH, mantendo o Brasil entre as nações de médio desenvolvimento humano e as informações e comentários que mais aparecem são sobre a questão da desigualdade, sobretudo a desigualdade de renda. (SOUSA, 2005).

No dia 27 de Novembro de 2007 a ONU divulgou um relatório referente a 2005 colocando o Brasil no grupo dos países de alto desenvolvimento humano, conforme o relato abaixo:

O Brasil entrou pela primeira vez para o grupo de países de “alto desenvolvimento humano” no ranking elaborado pelo PNUD. De acordo com o relatório da ONU, o Brasil atingiu o IDH de 0,800, em uma escala de 0 a 1. Países com índice inferior a 0,800 são considerados de “médio desenvolvimento humano”, categoria na qual o Brasil figurava desde 1990, quando o PNUD começou a divulgar o ranking. Apesar de ter tido uma pontuação maior, o país caiu uma posição no ranking e agora ocupa o 70º lugar, o último entre os de nações com “alto desenvolvimento”. Nesse grupo, que saltou de 63 para 70 neste ano, o Brasil também é o país com maior desigualdade entre ricos e pobres, seguido por Panamá, Chile, Argentina e Costa Rica. No Brasil, os 10% mais ricos da população têm renda 51,3 vezes maior do que os 10% pobres (GALLAS, 2007).

De acordo com Assis (2005), “a desigualdade social no Brasil é uma das maiores do mundo, fruto da concentração excessiva da renda produzida no país na mão de poucos indivíduos”. Nesse sentido, o país revela a grande exclusão social com a qual sua população tem convivido sendo a principal fonte de desrespeito aos cidadãos em seus direitos fundamentais.

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2005) o Estado do Maranhão detém o mais baixo IDH da federação brasileira (0,636). Dentre as 27 capitais brasileiras, São Luís está em 24º. (vigésimo quarto) lugar no ranking de qualidade de vida. (FOLHA ON LINE, 2005). Portanto, São Luís é uma das capitais mais pobres do Brasil e ainda que este seja caracterizado como um país de alto desenvolvimento humano detém uma das maiores desigualdade social do mundo podendo-se pensar que também é um país com uma grande exclusão social.

De acordo com Barros *apud* Gianini (1995), as desigualdades sociais, externadas nas condições de saúde, nos perfis de morbimortalidade, mereceram relatos desde a antiguidade e persistem como questão que ganha novos contornos, frente às atuais conjunturas econômicas e políticas.

O agravamento da exclusão social aprofunda os limites de “despossuir” de segmentos significativos da população. Em nova conjuntura, perdem espaços as políticas sociais, já não apenas nas frações orçamentárias, mas no discurso político e se reflete na crescente insensibilidade da sociedade diante das levas de idosos, mulheres e crianças impossibilitados da posse de qualquer tipo de bem, que adotam as calçadas das cidades como moradia. Contemplados com a mais singela e crua omissão dos governos municipais e de outros níveis, bem como a do cidadão “bem alimentado”. E sinaliza para a necessidade de análise e da monitorização da desigualdade social na saúde nas perspectivas política, técnica e ética.

Gianini (1995) mostra pesquisas em que os mais privilegiados nas diversas sociedades sempre tiveram maior esperança de vida e sempre apresentaram mortalidade mais baixa em comparação com os menos privilegiados. O autor acima apresenta uma análise de estudos feitos na América Latina onde a desigualdade na saúde segundo a situação de moradia, etnia, ocupação, condições de habitação, escolaridade e renda se mostram sempre consistentes. Partindo deste entendimento, estudo da FGV revela que:

50 milhões de brasileiros são miseráveis, vivem com menos de R\$ 80 por mês. A pesquisa ainda mostra que se cada brasileiro cedesse R\$ 14 mensais para um indigente, a fome no Brasil estaria totalmente erradicada. E o Maranhão é o detentor do primeiro lugar da miséria no Brasil. (NERI, 2005)

Se o Brasil tem 50 milhões de miseráveis e o Maranhão é o primeiro no ranking da miséria, de que forma essa população convive com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde? Será que para essa população é possível pensar em saúde quando a Conferência Internacional de Saúde inclui pré-requisitos para tal que possivelmente quem está nessa situação de miséria não atende tais requisitos?

De acordo com esclarecimentos de Tonial (2005) os pré-requisitos para a saúde segundo a Conferência Internacional sobre promoção à Saúde são: Paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Cita também que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Por sua vez, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, cap. XXV torna claro que:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle (GIANINI, 1995).

Parece ficar explícito que no Brasil não são oferecidos meios para o exercício das condições básicas e fundamentais dos Direitos Humanos para uma vida digna. Portanto, de que forma os menos privilegiados em São Luís podem dispor de saúde e bem-estar para si e a

sua família, quando os pré-requisitos e possíveis garantias para a saúde não estiverem presentes no seu cotidiano?

Este panorama brasileiro dá a impressão de abandono, como se uma grande parte da população estivesse à mercê da própria sorte, já que as administrações podem não estar garantindo de forma adequada, segurança, moradia, educação e saúde. Convém perguntar de que forma se pode supor que isto possa representar algum desamparo e como isto pode se caracterizar como uma falta que pode implicar em certo adoecer. Que tipo de registro o cidadão pode fazer diante de possível abandono? Será que se pode pensar em marcas que possam se caracterizar como traumas que guardam em si certas conseqüências?.

Para Zimerman (2005) a palavra “trauma” (em grego quer dizer “ferida”) aparece no início da obra de Freud, nos seus estudos com pacientes histéricas, relacionada com uma primitiva sedução sexual que teria sido perpetrada pelo pai contra a menina indefesa. Em sucessivos artigos, ele reconheceu outras formas de traumas, como a do nascimento; do impacto da cena primária; da angústia de castração; do abandono de um dos pais ou de perdas precoces, etc. Freud ligou a ocorrência destes estados traumáticos, especialmente o último que foi aludido referente a precoces abandonos e perdas reais, como um fator desencadeante de um estado psíquico de uma terrível angústia de desamparo.

Quando Freud fala de trauma representado por perdas precoces, ele inclui a perda do amor da mãe ou de outras pessoas significativas. Fazendo um paralelo com a situação do excluído socialmente, quem ou o quê poderia estar no lugar dessas pessoas significativas, que no ato do não cumprimento do seu papel se caracterizam como precoces abandonos e perdas reais podendo efetivar traumas que desencadearão um processo de desamparo?. Para Zimerman (2005), todos os referidos traumas repercutem seriamente no psiquismo da criança, onde ficam impressos sob forma de vazios, feridas abertas e de sentimentos de desamparo que, em situações futuras de algo equivalente, devido à sensibilidade das feridas antigas, podem provocar reações desproporcionais ao fato acontecido.

Então, parece permitido pensar no sujeito que pode re-vivenciar uma situação antiga em um fato atual. O autor acima ainda acrescenta:

A repercussão dos traumas no psiquismo da criança é proporcional à precocidade de seu estado de inermia. Assim, em seu Esboço de psicanálise, de 1940, Freud, utilizando uma importante e bela metáfora, compara o efeito de um trauma psicológico ao de uma “agulha no embrião humano. Uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva; porém, se for numa massa de células no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração no desenvolvimento daquele ser humano em formação”.

Zimerman (2005), afirma que, todos os traumas, de uma forma ou outra, estão ligados à violência que é cometida contra o ser humano, muitas vezes, de forma sutil e silenciosa e que essa equação trauma-violência pode processar-se em três planos: intrapessoal, interpessoal e transpessoal, para os quais o autor tece os devidos esclarecimentos:

O plano “intrapessoal” pode ser entendido nos termos de Bion que estudou os “vínculos” como sendo elos relacionais e emocionais que ligam duas ou mais pessoas; nesse caso, o conflito pode ser o do “id” versus “ego”, ou versus “superego”, assim como pode ser entre relações objetivas internalizadas, dentre outras. O plano interpessoal também está contido na mesma definição de Bion, e alude diretamente à natureza de como os vínculos de amor, ódio e conhecimento permeiam as inter-relações humanas, tendo como protótipo a primitiva vincularidade mãe-filho. O aspecto transpessoal extrapola ao plano pessoal e diz respeito ao que se passa em um nível mais abstrato, como o das nações, por exemplo. Neste último caso, impõe-se a inclusão dos violentos traumas que os governantes de um regime político autoritarista podem cometer contra os seus cidadãos, aprofundando enormes diferenças de poder aquisitivo, promovendo profundas injustiças sociais, aviltando os direitos mínimos de uma cidadania decente, atentando contra a dignidade do ser humano e, assim, provocando um continuado estado de desamparo.

Houaiss (2001) define desamparo como “o ato ou efeito de desamparar, estado daquilo que ou de quem se encontra abandonado, privado de ajuda material e/ou moral”. Segundo Pereira (1999) o Vocabulaire de la psychanalyse de 1967, já apresentava o desamparo como representando para Freud um dado essencialmente objetivo : a impotência do recém-nascido humano; este é incapaz de empreender uma ação coordenada e eficiente. É o estado de um ser que, se deixado só, é incapaz de ajudar-se por si só; portanto, precisa de ajuda externa.

De acordo com Pereira (1999), *Hilflosigkeit*, é a palavra alemã que Freud utilizou em sua obra para definir o desamparo ou uma noção de desamparo e que no *Grand Dictionnaire Lagenscheidt Allemand-Français*, de Sachs-Villate, *Hilflosigkeit* é traduzida por “incapacidade de se sair bem de situações difíceis, de se virar e no dicionário Larousse, é simplesmente traduzida por ‘desamparo’, ‘abandono’, ‘impotência’”. Portanto, que relação pode-se fazer com esse estado de desamparo inicial do bebê humano que não pode fazer por si só, que depende de um outro para sobreviver e um indivíduo excluído socialmente, doente, precisando dos serviços de saúde e que se encontra parcialmente ou totalmente impotente em empreender uma ação em favor de si mesmo, dependendo que um outro se mobilize em seu favor?

Pereira (1999) esclarece que quase no final de sua vida, Freud sustenta em Inibição, Sintoma e Angústia, que se sentir amado pelo ‘ser superior’ representa, no inconsciente, a proteção contra todas as ameaças e que a perda do amor ou a separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos: o de ser abandonado à sua própria sorte ante um desamparo sem esperança.

Para Costa (2005), Freud emprega o termo desamparo em dois principais contextos:

No primeiro o termo aparece na discussão sobre os estímulos interiores ou exteriores que afetam os organismos humanos, implicando em uma “ação específica”. No segundo contexto, desamparo está referido a idéia de “prematuração” do ser humano. Freud diz que entre os fatores que contribuem para causar as neuroses, e que criam as condições nas quais as forças psíquicas se medem umas às outras, três se destacam particularmente: um fator biológico, um fator filogenético e um fator psicológico. O fator biológico é o estado de desamparo e de dependência muito prolongado do filhote do homem. Assim, o fator biológico está na origem das primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que jamais abandonará o ser humano.

O autor acima citado ainda ressalta:

Ao dizermos que o bebê é desamparado porque é prematuro queremos dizer que, em situações similares à da prematuração, sentimos algo que chamamos de desamparo. As situações são aquelas em que dependemos de outrem para sobreviver, para viver melhor ou, ao contrário, situações nas quais, o sujeito e o outro são impotentes para deterem o risco de morte ou sofrimento.

Parece que é feita uma relação diretamente proporcional entre ser amado e se sentir protegido e perda do amor ou separação com não proteção, o que nos leva a pensar em se sentir amparado ou desamparado, respectivamente. Quando Freud fala do ser protetor é possível que ele esteja se referindo àquele que cuida, que dá garantia de alguma coisa, que não deixa a mercê da própria sorte, mas que ampara.

E no caso do cidadão que teria direito a garantias assistenciais e que pela condição social além de não ter tais garantias pode ainda ter dificuldade de acesso a um serviço de saúde, quem deveria cuidar e não está cuidando? Quem deveria assegurar os direitos que a Declaração Universal dos Direitos Humanos propõe para garantir um padrão de vida digno? Se existe a ausência de tais garantias ou dificuldade de acesso a tais serviços, o que isto representa para o indivíduo no seu processo de adoecimento?

Quando se fala de acesso a um serviço de saúde amplia-se a concepção de acesso, o que significa não restringir essa noção ao que é oferecido através das políticas de saúde, mas também, deve-se incluir a noção de atendimento, ao contato entre profissionais e clientela, e deste com os diversos profissionais inseridos no processo.

Será que se pode pensar que quanto mais alijado de garantias que poderiam proporcionar alguma segurança, mais possibilidade terá o sujeito em adoecer? A preocupação maior é entender como é visto pelo usuário, o poder público, as instituições de saúde e os profissionais de saúde diante de tal realidade. Que espécie de desamparo tal população experimenta, será que existe a expectativa de um algo que deveria cuidar mais, proteger mais?

Algumas problemáticas da questão de saúde pública no Brasil sempre causaram questionamentos, sobretudo acompanhar através dos meios de comunicação o sofrimento das pessoas com relação aos atendimentos nos serviços de saúde, como por exemplo, a via crúcis que algumas pessoas percorrem para obterem tal atendimento. E, em São Luís, tiveram-se inúmeras oportunidades de ver pessoas dormirem nas calçadas das Centrais de Marcação de Consultas da Prefeitura Municipal para conseguir marcar uma consulta. E isto sempre denotou a omissão do poder público diante da dor e do sofrimento do cidadão.

Portanto, a temática proposta se justifica pela necessidade de estudar o que a população escolhida experimenta diante de possíveis faltas e a relevância desta problemática está em sensibilizar os profissionais de saúde e principais representantes dos poderes públicos em reconhecer os direitos dos cidadãos. No campo da saúde acredita-se que levantar estas questões através da pesquisa pode sensibilizar as pessoas envolvidas nas diversas políticas de saúde a perceberem atitudes que possam ajudar o cidadão de forma que tais atitudes passem a funcionar como ações preventivas no processo de saúde/doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer as relações entre desamparo e doença explicitadas pelos usuários do sistema de saúde de São Luís - MA.

2.2 Específicos

- Identificar as percepções dos usuários sobre desamparo e doença;
- Descrever os tipos de desamparo que os usuários experimentam;
- Explicitar as expectativas dos usuários em relação às instituições e profissionais da área de saúde.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

A pesquisa teve enfoque qualitativo, pois buscou compreender as percepções e vivências da população acerca da temática do desamparo e da doença. A partir de tal princípio, nossa preocupação foi de apreender os sentidos, significados e valores que usuários dos serviços de saúde experimentam. No entendimento de Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ou seja,

se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Com essa perspectiva, as preocupações estatísticas e quantitativas não existiram. Ela está voltada para uma investigação de percepções e a intenção dos pesquisadores foi de captar a falta de proteção, de respeito, sentimento de exclusão, expectativas em relação aos profissionais envolvidos nos serviços de saúde que se caracterizam como sentimentos de desamparo. Portanto, as questões levantadas foram puramente subjetivas, consequência exclusiva do discurso das pessoas entrevistadas frente às questões que lhes foram apresentadas.

Local da pesquisa

O Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, fundado em 1974 é uma Unidade Sanitária Integrada do Sistema de Saúde do Estado do Maranhão subordinada à Regional de Saúde de sua jurisdição e tem por finalidade desenvolver os programas citados neste parágrafo, emanados da Secretaria visando, sobretudo, a prevenção, promoção, proteção da saúde e reabilitação do indivíduo na comunidade.

Localiza-se no bairro Vila Palmeira que surgiu por volta de 1970 e tem o seu funcionamento em cinco pavilhões. Cada um denominado com uma das letras da palavra “S” “A” “Ú” “D” “E”, estando o pavilhão “E” desativado. Possui 177 (cento e setenta e sete) funcionários, sendo 4 (quatro) Diretores, 1 (um) Supervisor Hospitalar, 64 (sessenta e quatro) profissionais de Nível Superior e 108 (cento e oito) profissionais de Nível Médio. Estes dados foram fornecidos pela Enfermeira-chefe do referido Centro. O Centro possui os seguintes

programas: Programa de Saúde da Mulher (Viva Mulher); Programa de Controle da Hanseníase; Programa de Controle da Tuberculose; Programa de Apoio ao Adolescente; Programa de saúde da Criança; Programa de Controle do Diabetes Mellitus; Extra-Programa: Cardiologista, Reumatologista, Fisiatra e Dermatologista e o Serviço de Apoio – Laboratório.

População

Foram entrevistadas 5 (cinco) pessoas do sexo feminino do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego , especificamente usuários do Programa Saúde da Mulher, que se disponibilizaram a participar da pesquisa e 1 (uma) do sexo masculino da Central de Marcação de Consultas-CEMARC da Prefeitura Municipal de São Luís, localizada no bairro da Alemanha, o qual foi acompanhado de forma mais sistemática durante toda a pesquisa.

Convém ressaltar que no intuito de preservar a privacidade dos entrevistados, ao longo de todo este trabalho as pessoas entrevistadas foram mencionadas por codinomes.

Coleta de dados

Após muitas tentativas e solicitações, o acesso dos pesquisadores à CEMARC foi definitivamente negado impossibilitando a realização da pesquisa integralmente naquele local. Em uma dessas tentativas contatou-se com uma pessoa na saída da referida central e a mesma foi bastante receptiva e se dispôs imediatamente a participar da pesquisa. Então, os seus dados pessoais foram coletados e uma entrevista foi marcada em outro local e outra data. Depois de algum tempo mantendo contato e acompanhando o seu processo, concluiu-se a entrevista.

No caso do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, desde o primeiro contato teve-se todo apoio da direção do centro, deixando os pesquisadores a vontade e por terem consciência do quanto a pesquisa poderia ser útil para que os serviços daquele estabelecimento pudessem ser melhorados. No primeiro contato, as pessoas não foram muito receptivas tendo-se que voltar ao local diversas vezes, para conseguir pessoas que se dispusesse a participar da pesquisa. Neste caso, as entrevistas foram realizadas imediatamente, ou seja, no mês, dia e local.

Análise dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e posteriormente analisadas, obtendo-se desta forma, os dados necessários para a análise final. De acordo com Gomes *apud* Minayo (1994), três finalidades devem ser apontadas para a análise dos dados:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social.

Por outro lado, a referida autora aponta três maneiras de fazer a análise de dados: “Trabalhando com categorias, Trabalhando com a Análise de conteúdos e o Método hermenêutico-dialético”. Logo, optou-se por fazer este estudo através da Análise de conteúdos.

Gomes *apud* Minayo (1994), destaca duas funções na aplicação dessa técnica, onde uma se refere à *verificação de hipóteses e/ou questões*, ou seja, através da análise de conteúdos, podem-se encontrar respostas para as questões formuladas e também, confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses), e a outra função diz respeito à *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos*, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Com essa convicção, Gomes *apud* Minayo (1994), indica também a seguinte seqüência de trabalho na Análise de conteúdo:

Escolha das unidades de registro, que são as unidades que se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem, a escolha das unidades de contexto, onde devemos precisar o contexto do qual faz parte a mensagem e por último a elaboração das categorias, que em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

Considerações éticas

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, uma vez que envolveu seres humanos, e foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional. Aos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando-se aos mesmos o direito de manter sigilo de suas informações, a partir do momento que aceitaram participar das entrevistas. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aprovado pelo referido Comitê de Ética, conforme Parecer Consubstanciado nº. 394/06.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição dos dados, analisou-se e agruparam-se as falas por categorias que apresentaram características semelhantes ou que de alguma forma, se relacionaram entre si.

No entendimento de Gomes *apud* Minayo (1994), “as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”. Dessa forma, classificaram-se os grupos de discurso em sete categorias principais, a saber:

O tempo de espera

Houaiss (2001) define espera como sendo “o ato ou efeito de esperar, demora, tardança, prazo, intervalo de tempo”. Para esta pesquisa, tempo de espera pode ser entendido como o intervalo de tempo que o sujeito espera para marcar uma consulta, ser atendido ou receber o resultado de um exame, conforme os relatos abaixo:

“E tive que esperar bastante [...] e tive que chegar cedo para esperar o bom tempo, tem que ficar esperando a boa vontade deles [...]. Esse aí é que é o grande problema porque tanto a gente perde tempo e fica cada vez mais que a gente fica nesse vai e vem cada vez a situação da gente vai se agravando e quando pensar que não a gente não pode nem sair de casa pra poder marcar consulta aí mesmo é que vai ficar ruim, que vai ficar dependendo dos outros”.
(Oscar)

Neste caso ele se refere à dificuldade em marcar a consulta na Central de Marcação de Consultas no bairro da Alemanha. Ele precisou consultar vários especialistas, logo, cada especialista o encaminhava para outro e isto fez com que ele fosse várias vezes à CEMARC e sempre se deparasse com a situação de muita espera, tanto para marcar como com relação ao tempo de espera para a consulta.

“Demora, eu acho que demora. Dois meses para receber um exame. Acho que não deveria ser esse prazo, esse é muito longo, acho que com um mês mais ou menos a gente já deveria está com os exames já tudo, a médica já deveria ter olhado os exames e tá tudo entregue já na mão da gente. Ah! Eu acho o cúmulo do absurdo, sinceramente, eu acho que a gente morre e não consegue consultar e entregar os resultados sinceramente”. (Maria)

Maria reclama da demora para receber o resultado dos exames e reclama dos dois meses de espera.

“Demorou quase um mês para eu fazer, já ta com dois meses e agora é que eu vou receber os resultados para entregar. A demora fica difícil assim, porque às vezes a pessoa ta com uma doença e com a demora pra receber esse resultado, para saber da doença às vezes é tarde demais”. (Laura)

A Sra. Laura também reclama da espera para receber os resultados dos exames e sinaliza a possibilidade de piora do estado de quem já se encontra doente e não tem o resultado dos exames a tempo de ser medicado, achando que em alguns casos pode ser tarde demais.

“No hospital da Vila Luizão foi difícil marcar a consulta. Até paguei pra me consultar lá, mas é muito difícil marcar. De lá eu fui encaminhada pra cá. Eu pedi para uma menina dormir lá para marcar aí eu tive que pagar. A médica passou esse exame que tem que fazer pelo SUS, aí é outra dificuldade. Demora tanto, que a pessoa até morre e não consegue”. (Mary)

A Sra. Mary fala inicialmente de uma situação vivida por ela no Hospital da Vila Luizão onde teve que pagar alguém para marcar a sua consulta e diz que fazer os exames pelo SUS se caracteriza como outra dificuldade. E sinaliza também, assim como Laura que em alguns casos, a pessoa pode até morrer e não consegue.

“Vinte dias, demorou mais para eu entregar porque tava fora do sistema, tava suspenso, mas agora já consegui e eu vou entregar hoje o resultado para ela (a médica). Em outros lugares com trinta dias você chega e não está pronto. Eu achei aqui melhor, porque com vinte dias já estava pronto. Fui pra CEMARC passou um mês e não consegui, agora mesmo que eu fiz os exames. Eu acho que custa muito porque esse negócio do sistema demora”. (Maura)

A Sra. Maura reclama da demora para receber os resultados dos exames, mas, sobretudo, porque lhe foi solicitado um exame que ela já havia feito e ainda não tinha se passado os três meses necessários para que o seu nome saísse do sistema e ela pudesse fazer o mesmo exame e isto a deixou angustiada, pois tinha que esperar os três meses para fazer o mesmo exame.

“[...] demorou um pouco os exames [...] lá no Maiobão não demora porque tem um médico que eu estudei com ele, então fica mais fácil. Na Santa Casa, a minha filha trabalhava lá e isso facilitava muito. É como no Maiobão facilita bastante porque ela trabalha lá. Se não tivesse a minha filha seria complicado porque eu gosto muito de ir no Socorrão I. E aí eu fico com esses exames pra eu fazer, se eu não tiver dinheiro pra fazer particular, eu não vou fazer particular, eu vou fazer pelo SUS. Fazer quando? Só Deus sabe”. (Lucy)

Parece que a Sra. Lucy vivencia duas situações, uma onde tem a referência de pessoas conhecidas que lhe facilitam as consultas e a realização dos exames e outra onde ela se encontra sem dinheiro e diz que vai ter que fazer os exames pelo SUS, mas só Deus sabe quando receberá. Na primeira situação Luciene tem quem se preocupe com ela, quem está cuidando dela, na segunda ela diz que só Deus sabe.

Na fundamentação teórica desta pesquisa falou-se sobre a questão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, onde se sugere ampliar essa noção para além das políticas de saúde oferecidas, mas incluir também, a noção de atendimento, do contato entre profissionais e clientela.

De acordo com os registros dos entrevistados percebeu-se a dificuldade desse acesso através da difícil tarefa de marcar uma consulta ou através da demora em receber o resultado de um exame.

O desrespeito

Para Houaiss (2001), desrespeito é definido como “ausência de respeito, desconsideração”, o que está em conformidade com os relatos abaixo:

“[...] é um desrespeito à população, é uma falta de respeito. O problema é que a gente vê, tem que vê a situação que a gente passa, mas eles não ligam pra isso. [...] eles não estão nem aí pra gente”. (Oscar)

O Sr. Oscar está se referindo ao tempo de espera para marcar as consultas e caracteriza isto como uma falta de respeito.

“A minha mãe por sinal foi ao PAM Diamante para se consultar, eu consultei com uma médica até que eu gostei dela, ela me atendeu direitinho, aí minha mãe vou marcar uma consulta para a senhora com uma médica tal no PAM Diamante, no dia que a minha mãe foi, com 65 anos, a mãe estava sentindo várias dores, minha mãe começou dizer para ela, a médica respondeu para ela, agora você trouxe um corpo de doença para cá, ta entendendo, a minha mãe não fez os exames e muito menos voltou lá com ela. [...] eles estão sempre virando as costas, não dão, não tem, como é que eu estou querendo dizer, não dão atenção, aí eu acho que não vale a pena, não vale a pena você sair procurando porque não adiante. Hoje o que vale é o dinheiro, ter dinheiro vale tudo. [...] em uma situação como essa a doença da pessoa até se agrava com certeza”. (Maria)

A Sra. Maria se refere à mesma médica e de forma diferente. O seu atendimento ela diz ter sido direitinho, já o da mãe devido a uma colocação da médica, diz não ter tido

atenção, a mãe se aborreceu, não fez os exames e não voltou mais onde a médica. E diz que numa situação dessa a doença até pode agravar.

De acordo com Assis (2004), “a desigualdade social no Brasil é uma das maiores do mundo, fruto da concentração excessiva da renda produzida no país na mão de poucos indivíduos”.

Diante do citado acima se reafirma que esta é a principal fonte de desrespeito aos cidadãos em seus direitos fundamentais, direitos estes que são garantidos também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e os entrevistados expressam exatamente isto através do sentimento de desrespeito, experimentado frente à dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pela rede pública.

O atendimento

De acordo com Houaiss (2001) define-se atendimento como ato ou efeito de atender, maneira como habitualmente são atendidos os usuários de determinado serviço. No presente trabalho estudou-se o atendimento junto aos usuários dos serviços de saúde.

“[...] foi excelente, o médico trata a gente muito bem e a gente tem que agradecer”. (Oscar)

“Foi bom, ela me ouviu, me examinou direitinho e me passou todos os exames que eu acho que ela como médica teria pedido. Eu me senti ouvida”. (Maria)

“O atendimento foi excelente. Atenderam muito bem. Porque têm médicos que nem ouvem a gente e quando a gente pensa que não a receita já tá pronta. E eles não, todos dois foram excelentes. No momento que a gente vai se consultar o médico tem que ouvir o que a gente tá sentindo, explicar. Tem uns que nem ouvem”. (Laura)

“Na Vila Luizão o atendimento foi ótimo. Aqui também. Não tenho nada a reclamar”. (Mary)

“[...] aí ele me informou para procurar as meninas (fisioterapeutas). E eu gostei muito, até estou me sentindo muito bem. Aqui é excelente para mim. Até para as minhas amigas eu indico. É ótimo”. (Maura)

Apesar de alguns relatos se referirem a médicos que não escutam, nos atendimentos em questão os entrevistados demonstraram satisfação com relação aos atendimentos médicos.

Registrando a insatisfação quanto a espera para a marcação e recebimento de resultado dos exames.

“[...] tem que correr atrás do médico, o médico diz que a gente tá bom e aí a gente fica nessa situação ruim. [...] nunca senti nada, agora eu estou desse jeito, nessa situação que eu me encontro não tem condição. Durante a minha vida desde que eu comecei a trabalhar pra cá, eu nunca tinha me achado em uma situação igual a essa”. (Oscar)

Nestes últimos relatos o Sr. Oscar se refere à perícia junto ao INSS, onde ele teve dificuldade em permanecer de licença, pois ele teve períodos curtos de licença, quando ele achava que não eram suficientes. Nessa situação, o mesmo contou com a ajuda da empresa que ele trabalha, a qual nunca deixou de pagar o seu salário e fez com que ele voltasse ao trabalho gradativamente.

Observou-se que, apesar do Sr. Oscar não ter concordado com os médicos, isto não significava que ele não quisesse trabalhar, pois diante da ajuda da empresa mantendo-o na mesma função, continuou trabalhando de forma mais amena, sendo monitorado para evitar trabalhos excessivamente pesados, já que o seu problema principal era na coluna vertebral.

De acordo com Balint apud Castro (2004), toda doença é também um “veículo” de um pedido de amor e de atenção e por isso é função da equipe de saúde levar a sério a necessidade de amor, de interesse, de simpatia e até certo ponto, satisfazê-la através do tratamento, pois um dos mais comuns conflitos do homem é determinado pela discrepância entre a necessidade de afeto e a proporção e qualidade de afeto que o meio pode e quer oferecer.

Ainda de acordo com Balint apud Castro (2004), certas pessoas adoecem para obter a atenção e o interesse que necessitam, e a doença constitui simultaneamente a reclamação, a justificação e a expiação da porção suplementar de afeto que o paciente exige. Estas inter-relações são frequentemente bastante claras, mas não tem sentido obrigar prematuramente o paciente a reconhecê-las e renunciar a elas. A necessidade de amor, de interesse, de simpatia e, sobretudo, de ser levado a sério deve ser aceita e até certo ponto satisfeita através do tratamento antes que o paciente possa experimentar métodos diferentes para obter o afeto e a atenção que deseja.

Apesar da dificuldade na marcação das consultas e no recebimento dos resultados dos exames, os entrevistados se sentiram acolhidos pelos médicos. E de acordo com o mencionado anteriormente, a atitude destes profissionais demarcou o acolhimento que poderia ter acontecido durante todo o processo de cada entrevistado e que a ausência disto causou o sentimento de desrespeito e constrangimento.

O constrangimento

Entende-se por constrangimento a ação ou efeito de constranger, violência física ou moral exercida contra alguém (HOUAISS, 2001). Quando se cogitou a hipótese de que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde poderiam significar traumas desencadeando um processo de desamparo, cita-se Zimmerman (2005) afirmando que, “todos os traumas, de uma forma ou outra, estão ligados à violência que é cometida contra o ser humano”. Portanto, de acordo com relatos abaixo e a definição de constrangimento como sendo uma violência exercida contra alguém, parece confirmar-se esta hipótese levantada na fundamentação teórica desta pesquisa.

*“[...] se a pessoa não pode trabalhar tem que ter outro meio da pessoa viver, mas como é que a gente vai conseguir esse outro meio de vida se a gente não tem apoio das **entidades maiores** que pode ajudar a gente. [...] a gente não acha quem ajude a gente. Eu estou me referindo aos médicos e a parte do governo, esse aí é o principal [...] a gente fica em **uma situação constrangedora** porque do jeito que eu trabalhava sem sentir problema nenhum não precisava de médicos. A gente fica numa situação meio estranha porque **sem ter apoio de ninguém**”.* (Oscar)

Neste momento, o Sr. Oscar sente falta da ajuda dos médicos e o que ele chama de a parte do governo que é o principal, das entidades maiores, justamente quando está em jogo o seu sustento e de sua família. E se refere a essa situação como uma situação constrangedora, meio estranha, exatamente no momento que não sente apoio de ninguém. Parece que nesse momento, é sentido um desamparo, onde não tem a quem recorrer e que surgem as palavras, constrangedor e estranho.

*“Sai na televisão, no rádio até, você está com um problema de saúde, corra a um posto de saúde mais próximo de sua residência e, no entanto a gente procura e é desse jeito, então esse comercial, essa propaganda é enganosa. Isso me causa um **constrangimento**, acho que é um constrangimento muito grande, eu sempre comento em casa, meu Deus, essas propagandas são enganosas, você ouve uma notícia dessas na televisão, no rádio, e sai à procura de resolver um problema de uma doença e vai consultar, marca com um mês pra consultar com outro, pra receber o resultado, para entregar com o outro, na verdade você tem um ano para se consultar, eu acho que deveria ser mais ágil, pois se trata de problema de saúde”.* (Maria)

A Sra. Maria se sente enganada com relação aos serviços de saúde. Nesse caso ela se refere à demora na entrega dos exames. Também diz que isto causa um constrangimento.

*“Não sei de quem é a responsabilidade. A população é muito grande. **Tem que pedir para alguém maior**”.* (Laura)

Pereira (1999) esclarece que quase no final de sua vida, Freud sustenta em Inibição, Sintoma e Angústia, que se sentir amado pelo ‘ser superior’ representa, no inconsciente, a proteção contra todas as ameaças e que a perda do amor ou a separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos.

De acordo com o citado acima será que o “pedir para alguém maior” ou “entidades maiores” estaria sendo clamado por esse ser superior, por este ser protetor e que pela ausência causa o constrangimento experimentado pelos entrevistados? A impressão é que sim, pois de acordo com os relatos, as pessoas se sentem enganadas, parece que a proteção é prometida, mas não é encontrada e fica demarcada uma falta.

O sentimento de desamparo

Especificamente falando, está pesquisa se propôs a descrever os tipos de desamparo que os usuários experimentam. Transcrevem-se a seguir, o sentimento de desamparo experimentado pelos entrevistados:

“Me sinto totalmente desamparado. O desamparo que eu digo é que não estou tendo apoio de ninguém, a não ser dos amigos e dos vizinhos, da parte do governo não vem nada”. (Marcelino)

“Eu me sinto desamparado da parte do governo. Essa situação complica a minha doença porque eu fico sem trabalho e aí a família depende de mim e fica passando necessidade sem eu poder fazer nada e eu fico num beco sem saída não sei se eu vou para um lado ou pra outro porque eu não posso fazer o que eu fazia antigamente e aí eu fico sem, a minha família fica passando necessidade também”. (Oscar)

Para o Sr. Oscar, ainda foi perguntado se além da doença passava por outros problemas e ele respondeu:

“É, esse aí é que é o grande problema, esse que eu fico pensando, aí eu fico nessa situação não sei o que eu vou fazer eu olho pro lado a mulher ta lá pensando na vida também o que ela vai fazer e não posso fazer nada porque eu sou o chefe da família sem poder fazer nada. Eu fico numa situação que eu não posso nem falar nada porque a situação complica cada vez mais, aí você sabe que dentro de uma casa o chefe da família não podendo trabalhar para

sustentar, aí começa a chegar os problemas e cada vez vai chegando vai aumentando cada vez os problemas na família da gente”. (Oscar)

E o pesquisador ainda pergunta a que problemas o Sr. Oscar estava se referindo. E respondendo diz:

“É a situação que eu estou falando que eu não posso trabalhar porque só eu trabalhando aí a família, os meus filhos, tudo fica dependendo de mim, a mulher, toda a casa em geral fica dependendo de mim só”. (Oscar)

De acordo com Zinerman (1999) quando Freud fala de trauma representado por perdas precoces, “inclui-se a perda do amor da mãe ou de pessoas significativas”. Fazendo-se um paralelo com a situação do excluído socialmente e questionando-se sobre quem ou o quê poderia estar no lugar dessas pessoas significativas, que no ato do não cumprimento do seu papel podem se caracterizar como precoces abandonos e perdas reais podendo efetivar traumas que desencadearão um processo de desamparo.

O Sr. Oscar, um dos sujeitos dessa pesquisa, diz que se sente desamparado por parte do governo e fala do desdobramento de outras dificuldades que complicam ainda mais a sua doença, tais como a dificuldade em continuar mantendo a sua família e não ter a quem recorrer, comprometendo dessa forma a sua função paterna. Outros relatos também foram descritos abaixo:

“Eu me sinto desamparada, com certeza. Tudo é igual, o materno infantil é a mesma coisa ou até pior [...] no PAM Diamante, é pior, o médico nem examina, nem te olha, eu já consultei lá com vários médicos, nem te olham, é só passar receita, receita, e você que se vire [...] numa situação dessas, me sinto abandonada para o mundo, abandonada.” (Maria)

“Essa demora faz eu me sentir desamparada. Se fosse mais rápido melhor seria para o paciente. Eu acho que o governo não está nos amparando, eu acho que é também os funcionários, as autoridades, o presidente, o secretário de saúde”. (Laura)

“[...] tem gente que vem do interior muito doente e ainda tem que esperar, aí piora.” (Maria Eli)

“Quando a gente vem marcar a consulta e não consegue, se sente agoniada, desamparada, não se sente nada bem”. (Mary)

“Eu acho assim, me senti mal. Se você tiver um problema grave até que você passe dois meses, pra você é uma coisa péssima. Eu acho isso difícil porque se você tiver um caso grave até você entregar os resultados dos exames já se agravou muito mais. Se eu tivesse condição já tinha feito particular. Eu venho quase todo dia pra cá. Venho caminhando porque não tenho dinheiro para pagar passagem. Quando você trazer o primeiro exame já venceu, até porque com trinta dias o exame não vale mais. Eu acho difícil por isso. Se fosse uma coisa grave, até eu fazer todos a situação já tinha se agravado muito mais. Eu me sinto desamparada, mas não sei por quem. Não sei, no caso do governo, sei lá, não sei se ele é que bota essas regras não sei quem é que passa isso aí. Não sei como é esse órgão. Eu queria saber porque esse sistema só sai com três meses. Isso eu acho ruim. Eu acho que o atendimento deveria ser melhor. Nem todo mundo pode vir de madrugada, as pessoas mais graves não podem, então, então nem todo mundo consegue ser atendido. Eu não discrimino, vai depender daquilo que você confia porque o Deus é um só para todos. Na área da saúde vai depender da maneira que você trata os outros, se você for com ignorância eles te tratam mal. Para mim todos que eu fui me trataram bem”. (Maura)

“Eu não me sinto desamparada pelo seguinte, porque essa é uma coisa que não vai fazer a parte do governo, a minha doença. Hoje em todo lugar que você vai demora pra consultar. Quando você não demora é porque você consulta particular. Eu consultava muito com um doutor, mas é por causa da minha filha que trabalhava com ele, então ela me levava e ele me consultava grátis, não cobrava. Até essas cirurgias que eu fiz ele não me cobrava. Essa demora contribui para o agravamento da minha doença, porque você fica sem saber o que vai fazer né? A qualidade desses serviços tem muita enfermeira grossa. A gente vai pedir uma informação e elas já vêm tratando com aquela agressão, muitas não, tratavam você bem, mas tem muita enfermeira grossa. E você já ta com problema. Eu pelo menos já to com o meu problema, aí eu vou me consultar, a enfermeira já não me trata bem, aí eu não vou descarregar o meu problema nela, eu volto eu vou embora. Não digo nada não. Isso agrava a doença porque a gente sente até vontade de brigar, porque você quer uma informação, a pessoas não dá a informação direito. Você às vezes, por exemplo, o médico do Centro de Saúde Paulo Ramos, eu nem entrei na sala, da porta ele pegou o exame e me passou o remédio e pronto. Eu gostaria que o governo me ajudasse mais a comprar os meus remédios, mas eu acho difícil, muito difícil”. (Lucy)

De acordo com Zimerman (2005) “a palavra trauma também está ligado a precoces abandonos e perdas reais, como um fator desencadeante de um estado psíquico de uma

terrível angústia de desamparo”. Ainda que esta citação de Zimmerman, com relação a Freud, se refira ao abandono precoce de um dos pais ou de perdas precoces, desde o início deste estudo tentou-se fazer uma relação com o que representaria abandono ou perdas precoces para o cidadão, diante da procura de um serviço de saúde, que o coloca em uma situação em que precisa de um outro para lhe socorrer. O sentimento de desamparo é experimentado por todos os entrevistados, visivelmente percebido na fala de um deles, quando diz: *“eu me sinto desamparada, mas não sei por quem”*, ou seja, a falta existe.

É interessante que a única entrevistada que a princípio disse não se sentir desamparada é justamente aquela que tinha a filha que lhe facilitava as consultas e recebimento dos resultados de exames assim como o conhecimento de um dos médicos que a atendia, mas no momento que se deparou com a dificuldade na aquisição dos remédios registra uma falta de ajuda por parte do governo. Portanto, os entrevistados disseram que se sentem desamparados por: Funcionários, Autoridades, Presidente da República e Secretário de Saúde.

A esperança

Houaiss (2001) define esperança como sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja.

“Eu espero que no futuro tenha melhora tanto na minha saúde como nessa marcação de consulta de hospital, central de marcação, porque pra gente vê se tem uma melhora na situação da gente”. (Oscar)

“Eu esperaria muita melhora, muita, muita mesmo, que eles revissem essa situação, que mudasse esse quadro aí, com um mês ou quinze dias até que a gente fizesse os exames e entregar a médica, acho que seria isso, mais ou menos. Isso precisa melhorar. Ter mais agilidade nos exames”. (Maria)

“Eu espero uma melhora, mas sei que tá difícil de melhorar. Porque a população é muita e todo mundo precisa”. (Mary)

“Deveria mudar esse sistema. Se você está doente, está precisando de consulta, que os médicos não são culpados dessa direção, né? Você tá doente, você deveria se consultar no período que você tá se sentindo doente. Eu queria que essa situação mudasse. Eu esperava

que essa situação mudasse. Eu esperava que melhorasse a gente ser atendida com mais rapidez”. (Lucy)

Ressalta-se a forma com que essa esperança é falada. Ou é registrada certa desesperança (“*Eu espero uma melhora, mas sei que ta difícil de melhorar*”) ou a expressão é dita no passado (“*Eu esperava que essa situação mudasse*”), como algo que não virá mais.

De quem esperar

Diante da dor de cada um parece ficar explícito a expectativa de algo ou alguém que possa fazer algo que está faltando, conforme expressa os relatos abaixo:

“Eu esperava que os profissionais e o governo pudessem me ajudar”. (Oscar)

“Ah! Eu espero melhora, melhoras e melhoras, que eles tomassem providências, nos ajudassem nesse sentido, de melhorar o atendimento de saúde que é precário, é precário em todos os setores [...] em todas as especialidades é a mesma coisa, então teria que melhorar muito mesmo [...]”. (Maria)

“Eu espero do governo, das autoridades, para que sejam mais ágeis nos resultados dos exames”. (Laura)

5 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e sustentados pelo discurso de cada entrevistado, pode-se concluir que:

a) Pensar o desamparo como um agravante no processo do adoecer pode-se fazer um paralelo entre o pensamento de alguns teóricos sobre o desamparo como conseqüência do sofrimento humano diante da perda do ser protetor, num plano individual e o desamparo como conseqüência do sofrimento humano experimentado pela população mais carente quando precisa dos serviços públicos de saúde em um país de necessitados, onde o sofrer na doença parece agravar-se diante do desamparo experimentado pelos usuários dos serviços de saúde, num plano coletivo;

b) As pessoas entrevistadas no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego se sentiam bem acolhidas e bem atendidas, registrando a importância disto diante dos seus estados de

saúde/doença, fazendo referência apenas às dificuldades em realizar os exames e principalmente recebê-los e isto, as deixavam em situações que pontuaram como desamparo, pois tinham a impressão de não estar sendo atendidas, pois não conseguiam concluir o processo, ou seja, o percurso desde a marcação da consulta até o retorno desta;

c) Todos os entrevistados fizeram referência a outras situações que vivenciaram em outras unidades de saúde, e estas foram situações difíceis e teceram paralelos com o atendimento no referido centro, percebendo a diferença entre ser atendida/acolhida e não ser atendida ou ter muita dificuldade de acesso aos serviços, descrevendo o quanto as duas situações podem ajudar ou piorar o quadro de quem se encontra doente;

d) Mesmo o único entrevistado contatado inicialmente na Central de Marcação de Consultas, durante o período que foi acompanhado, houve a necessidade de um atendimento no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. Isto foi interessante porque ele registrou este atendimento como diferente de todos os outros. Chegou a dizer que era como se estivesse no céu, pois foi atendido de forma satisfatória desde a marcação da consulta até o atendimento médico. Registra ainda que o que o ajudou a passar por toda essa situação, foi o apoio da empresa em que trabalha, pois mesmo não tendo condições de trabalhar e não conseguindo o benefício do INSS, a empresa não o desamparou e o ajudou gradativamente diante de suas condições a adequar-se ao seu trabalho.

e) Confirmou-se não apenas o sofrimento, mas, sobretudo o sentimento de desamparo marcado pela falta de assistência, pela dificuldade de acesso aos serviços, pela falta de participação de alguns profissionais da área da saúde, assim como a omissão dos governos municipal, estadual e federal.

f) Percebeu-se na fala dos entrevistados o registro da falta e expectativa de algo que pudesse vir ao seu socorro, assim como o registro de situações traumáticas que poderiam ser evitadas.

g) Os pressupostos teóricos desta pesquisa foram confirmados, portanto justifica-se a necessidade de sensibilizar as pessoas envolvidas nas diversas políticas de saúde (tais como profissionais e representantes do poder público) a perceberem o quanto um atendimento pode ser determinante para aquele que o procura, lembrando que este é um direito do cidadão.

Em conformidade com que cita Balint apud Castro (2004) em relação à doença como um veículo de um pedido de amor e de atenção, vale questionar: Sabendo-se que o paciente/usuário necessita de atenção, de afeto, de amor, de simpatia, por que não proporcionar isto a ele, já que isto além de ser uma possibilidade que pode viabilizar a cura não causa despesas e conseqüentemente é economicamente viável?

REFERÊNCIAS

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Desigualdade e exclusão, atalhos para a violência.**

Disponível em:

http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp?cod_link=95&cod_chave=2&let...

Acesso em: 1 dez. 2005

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-%2091%20000%20Ranking%20%decreasn...>

Acesso em: 1 dez. 2005.

CASTRO, Luciana. **Psicologia.** Rio de Janeiro: Impetus, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. **O mito psicanalítico do desamparo.** Disponível em:

<http://www.jfreirecosta.com/desamparo.html>. Acesso em: 1 dez. 2005.

FOLHA ONLINE. **São Paulo é só 11ª. em ranking de qualidade de vida das 27 capitais brasileiras.** Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u1796.shtml>.

Acesso em: 27 out. 2005.

GALLAS, Daniel. **Brasil entra para o grupo de “alto desenvolvimento humano”, aponta ONU.** Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/bbc/2007/11/27ult36u46120.jhtm>.

Acesso em: 27 nov. 2007.

GIANINI, José Reinaldo. **Desigualdade social e saúde na América Latina.** São Paulo: Annablume, 1995.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (coord.). **Pesquisa social.** 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NERI, Marcelo. **Mapa do fim da fome no Brasil.** Disponível em:

<http://educaterra.terra.com.br/almanaque/miscelanea/brasil.htm>. Acesso em: 1 dez. 2005.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo.** São Paulo: Escuta, 1999.

SOUSA, Sílvio Araújo de. **IDH-Índice de Desenvolvimento Humano-Relatório 2005.**

Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br/sousaraujo/idh.htm>. Acesso em: 1. dez. 2005.

TONIAL, Sueli Rosina (coord.). **Políticas de saúde.** São Luís: LABORO, 2005. Módulo I.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. **Psicanálise em perguntas e respostas.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____

SEXO: _____

VOCÊ ESTAVA NA FILA PARA QUÊ? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a) Munícipe,

A pesquisa **DESAMPARO E DOENÇA: UMA RELAÇÃO A SER REFLETIDA DO PROCESSO DO ADOECER** sob orientação da Prof^a Mestre Dourivan Câmara Silva de Jesus, residente à Rua Calisto, nº 13 – Recanto dos Vinhais – São Luís – MA, e-mail: dourivan@ufma.br, fone: 3236-1966 e Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves, residente à Rua 22 Quadra 15 Casa 25 Cohajap São Luís/MA, e-mail: edmneves@terra.com.br, a ser realizada neste município, tem como objetivo geral: Estudar as relações entre desamparo e doença explicitadas pelos usuários do sistema de saúde de São Luís/MA e objetivos específicos: Identificar as percepções dos usuários sobre desamparo e doença, descrever os tipos de desamparo que os usuários experimentam e explicitar as expectativas dos usuários em relação às instituições e profissionais da área de saúde.

Para realização desta pesquisa contamos com sua colaboração nos concedendo esta entrevista. A pesquisa será realizada por José Antônio Botelho de Araújo, residente à Rua do Direito, Quadra 03 Casa 12 Conjunto Cohafuma São Luís/MA, e-mail: josebotelho@elo.com e Luzianne Maria Aranha Duailibe, residente à Rua 02 Quadra K Casa 14 Jardim Bela Vista Cohajap São Luís/MA, que são discentes da LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO.

Fica garantido total sigilo da identidade dos participantes, não havendo riscos de danos morais, físicos e/ou financeiros, assim como é garantido a todos, a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento se assim desejar. Em caso de dúvidas e esclarecimentos, além dos contatos dos pesquisadores e das orientadoras, já citados acima, fica também à sua disposição o do Comitê de Ética e Pesquisa localizado à Rua Barão de Itapary, nº 227 – Centro – São Luís/MA, telefone: 2109-1223.

Tendo lhe transmitido todas as informações, solicita-se que o (a) Senhor (a) assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando ciência sobre todas os aspectos da pesquisa e procedimentos a serem utilizados, bem como dos riscos e os benefícios que poderão advir da referida pesquisa, concedendo de espontânea vontade a entrevista solicitada.

São Luís, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do orientador

Assinatura do pesquisador

Assinatura do (a) munícipe