UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

# FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL:

os significados atribuídos pela equipe do

Programa Saúde da Família

Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury

Ribeirão Preto - SP
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

# FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL:

## os significados atribuídos pela equipe do Programa Saúde da Família

Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury

Dissertação de Mestrado apresentada para fins de obtenção do Título de Mestre, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Ap. Frari Galera

Ribeirão Preto – SP
2005

*Data da defesa: 31/01/2005*

**Banca examinadora**

Profa. Dra.Sueli Aparecida Frari Galera

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Vânia Moreno

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo incentivo e apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

# Dedicatória

Dedico este trabalho aos que me entregaram abertamente sua confiança, carinho e compreensão:

**Aos meus pais e avós,**

Vocês me deram a vida. Segurando em suas mãos dei meus primeiros passos. O que penso, acredito e o que sou são frutos da amizade, do amor, da compreensão e da orientação que vocês me deram com o objetivo de me guiar sempre para o melhor caminho.

**Ao meu grande amor, Camilo,**

pelo amor, incentivo, apoio e carinho. Por compreender minha ausência sempre com paciência e confiança. Obrigada por fazer parte da minha vida.

**Aos meus irmãos, Adauto Jr. e Juliana,**

Por compartilhar comigo os momentos de alegria e incerteza sempre me incentivando.

**Ao meu querido e amado Felipe,**

Que nada entende do que passei, mas que chegou trazendo alegria no momento em que eu mais precisei.

Hoje, venço mais um desafio, e mesmo sabendo não ser suficiente, dedico a vocês esta conquista como agradecimento à vossa dedicação.

## Agradecimentos

À **Deus**,

que me deu força, paciência e perseverança para que eu enfrentasse todos os desafios no decorrer dessa nova jornada. Que me guia pelos caminhos da vida.

À **Profa. Dra. Sueli Ap. Frari Galera**,

pela paciência, orientação e incentivo nas horas em que mais precisei.

Aos **Professores do DPCH**,

pelos ensinamentos, incentivo e compreensão nas minhas ausências.

Ás **Profas. Dras. Maria Conceição B. M. e Souza e Maria José Bistafa Pereira**,

pelas contribuições na desenvolver deste trabalho, especialmente no Exame de Qualificação.

À **Adriana, Josi e Edilene**,

pelo convívio e apoio durante todo o curso e pelas orientações e esclarecimentos sempre atenciosos.

Aos **trabalhadores** que participaram deste estudo, por compartilharem particularidades de suas vidas e trabalho com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e de assistência às famílias de doentes mentais.

A **todos** que contribuíram e nos incentivaram a buscar na avenida principal da vida nossos anseios, certos de que, para quem tem coragem a vida é pequena... principalmente para nos conscientizarmos de que a vida não é para ser ensinada, mas para ser aprendida.

# SUMÁRIO

RESUMO
SUMMARY / ABSTRACT
RESUMEN

1- INTRODUÇÃO..... ..... pág.01

2- REVISÃO DA LITERATURA..... pág.06

2.1. Das reformas à necessidade de reorganização da saúde no Brasil.. pág.07

2.2. O PSF como local ideal para a atenção às famílias..... pág.16

2.3. Cotidiano das famílias com doente mental: a proximidade da equipe de saúde da família e os desafios da atenção..... pág.18

3- OBJETIVOS..... pág.25

4- DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO..... pág.27

4.1. Conceituando a cultura..... pág.28

4.2. A escolha do método pág.31

5- CONHECENDO O CONTEXTO..... pág.35

5.1. Local..... pág.36

5.2. Procedimento de coleta de dados..... pág.38

5.2.1. Observação participante..... pág.39

5.2.2. Informantes..... pág.44

5.2.3. Entrevista semi-estruturada. ..... pág.45

5.2.4. Diário de campo ..... pág.48

5.3. Análise dos dados..... pág.49

5.4. Ética..... pág.50

5.5. Rigor..... pág.51

6- DESCREVENDO O CONTEXTO ..... pág.53

6.1. A USF José da Silva ..... pág. 54

6.2. Descrevendo o atendimento aos portadores de doença mental .. pág.61

7- SIGNIFICADOS ..... pág. 63

7.1. A família e o cuidar da família ..... pág. 64

7.2. O cuidar da doença mental no PSF ..... pág. 79

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... pág.85

ANEXOS..... ..... pág.89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... pág. 96

# LISTA DE QUADROS


| | |
|---|---|
| Quadro 1 - Exemplo da folha de transcrição para anotações, comentários, comunicações não-verbais e aspectos a validar. | pág.49 |
| Quadro 2 - Exemplo da folha de transcrição por questões para anotações, comentários e levantamento de temas. | pág. 50 |
| Quadro 3 - Exemplo da folha de agrupamento das categorias em seus respectivos temas. | pág. 50 |
| Quadro 4 - Número de pessoas, famílias e visitas domiciliárias realizadas no mês de abril/04 por equipe. | pág. 54 |
| Quadro 5 - Número de pessoas com doença referida na Ficha A e internações por álcool ou em hospitais psiquiátricos (parcial de 2004), por equipe. | pág. 55 |

# RESUMO

CURY, C. F. M. R. **Família do doente mental**: os significados atribuídos pela equipe do Programa Saúde da Família. 2005. 104p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

A estratégia Saúde da Família tem sido priorizada em muitos municípios brasileiros. O objetivo desta pesquisa foi conhecer e descrever o significado do cuidado à família do doente mental, atribuído por trabalhadores do Programa Saúde da Família (PSF). Foi utilizado como método a etnografia focada. Tivemos como informantes-chave duas equipes do PSF e como informantes os demais trabalhadores naquela Unidade de Saúde da Família (USF). Os dados foram coletados por um período de quatro meses aproximadamente, contando como instrumentos a observação participante, o diário de campo e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisadora permanecia na USF por aproximadamente três horas e meia, alternando entre os períodos da manhã e tarde. Durante a permanência na USF, a pesquisadora observava e anotava suas observações no diário de campo; ao final de cada visita, as anotações eram organizadas de forma a destacar os aspectos que deveriam ser validados. As entrevistas foram gravadas em fita K7 e transcritas pela pesquisadora no mesmo dia em que ocorriam. Posteriormente, foram agrupadas por questões, depois por temas e categorias e em seguida a dissertação sobre os temas. Os agentes comunitários de saúde passaram por um treinamento sobre doença mental e assistência à família no final da coleta de dados. Vários significados foram categorizados entre os temas: a família e o cuidar da família, e o cuidar da doença mental no PSF. Concluímos que a estratégia do PSF favorece uma outra forma de aproximação ao tema família. Na prática, foi possível reconhecer e confirmar através desta pesquisa: o sofrimento

familiar; a instabilidade do quadro; as facilidades/dificuldades em relação à adesão ao tratamento, relacionando-as à crença na cura ou à crença na vida melhor, de forma a poder assistir à família do doente mental prescrevendo não criticar; persistir; mais visitas domiciliárias, oferecendo uma atenção maior e estabelecendo vínculo baseando-se na confiança, na sinceridade e na ética.

**Palavras-chave**: família do doente mental, programa saúde da família, etnografia focada.

# RESUMEN

CURY, C. F. M. R. **Familia del enfermo mental**: los significados atribuidos por el equipo del Programa Salud de la Familia. 2005. 104h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto.

La estrategia Salud de la Familia ha sido priorizada en muchos municipios brasileños. La finalidad de esta investigación fue conocer e describir el significado del cuidado a la familia del enfermo mental, atribuido por trabajadores del Programa Salud de la Familia (PSF). Utilizamos como método la etnografia focalizada. Los informantes clave fueron dos equipos del PSF y los informantes los otros trabajadores en aquella Unidad de Salud de la Familia (USF). Los datos fueron recopilados durante aproximadamente cuatro meces, adoptando como instrumentos la observación participante, el diario de campo y entrevistas semiestruturadas. La investigadora permanecía en la USF por tres horas y media aproximadamente, alternando entre los períodos por la mañana y la tarde. Durante la permanencia en la USF, la investigadora observaba y apuntaba sus observaciones en el diario de campo; al final de cada visita, los apuntes eran organizadas de manera a destacar los aspectos que deberían ser validados. Las entrevistas fueron grabadas en cita casete y transcritas por la investigadora el mismo día en que habían ocurrido. Posteriormente, agrupamos los aspectos por cuestiones, después por temas y categorías y enseguida la disertación a cerca de los temas. Los agentes comunitarios de salud pasaron por capacitación sobre enfermedad mental y atención a la familia al final de la recopilación de datos. Varios significados fueron categorizados entre los temas: la familia y el cuidar de la familia, y el cuidar de la enfermedad mental en el PSF. Concluímos que la estrategia del PSF favorece otra forma de aproximación al tema

familia. En la práctica, fue posible reconocer y confirmar por medio de esta investigación: el sufrimiento familiar; la instabilidad del cuadro; las facilidades/dificultades respecto a la adherencia al tratamiento, relacionándolas a la creencia en la cura o a la creencia en la vida mejor, de manera a poder ayudar a la familia del enfermo mental, prescribiendo no criticar; persistir; más visitas domiciliarias, ofreciendo una atención mayor y estableciendo vínculo basándose en la confianza, la sinceridad y la ética.

**Palabras-clave**: familia del enfermo mental, programa salud de la familia, etnografía focalizada.

# ABSTRACT

CURY, C. F. M. R. **The family of mental patients**: meanings attributed by the Family Health Program team. 2005. 104p. Master's Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto.

The Family Health strategy has received priority in many Brazilian communities. This study aimed to get to know and describe the meaning Family Health Program (FHP) workers attribute to care for the families of mental patients. A focused ethnography method was used. Key informants were two FHP teams, while the other workers at that Family Health Unit (FHU) served as informants. Data were collected during a four-month period, using participant observation, field diary and semi-structured interviews. The researcher remained at the FHU for approximately three hours and a half, alternating between mornings and afternoons. While at the FHU, the researcher made observations and wrote them down in the field diary; at the end of each visit, the notes were organized so as to highlight the aspects that had to be validated. The interviews were tape-recorded and transcribed by the researcher on the day they were held. Afterwards, they were grouped by questions and then by themes and categories, followed by the statement on the themes. At the end of the data collection stage, the community health agents went through training on mental health and family care. Various meanings were categorized among the themes: the family and its care, and the care for the mental illness in the FHP. We concluded that the FHP strategy favors another way of dealing with the family theme. This research allowed us to recognize and confirm: family suffering; the instability of the clinical picture; facilities/difficulties related to treatment adhesion, linking them up with the belief in cure or in a better life with a view to delivering care to the families of

mental patients, prescribing no criticism, persistence and more home visits, offering greater attention and bonding on the basis of confidence, sincerity and ethics.

**Keywords**: family of mental patient, family health program, focused ethnography.

# 1- INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas nas políticas de saúde no Brasil e em diversos países ocidentais proporcionaram uma oportunidade de pensar de uma maneira diferenciada da anterior, que era basicamente curativa. Especificamente no Brasil, com o advento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a dicotomia existente entre o curativo e o preventivo passou a ser vista através da integralidade, reconhecendo que o homem e o sistema de saúde fazem parte de uma totalidade.

Cada indivíduo forma um todo indivisível e este todo vive em comunidades, submersas em um contexto sócio-cultural. É por esta razão que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, constituem um todo, de forma a não poder ser compartimentalizadas. O sistema de saúde, também um todo indivisível, deve ser capaz de prestar a assistência integral (SANTINI, et al., 1991).

Historicamente, a organização dos serviços de saúde foi marcada pela fragmentação e individualização do cuidado. Atualmente, há uma preocupação em assistir ao indivíduo como integrante de uma família e da comunidade. Desta forma, a família e a comunidade passam a ser sujeitos da atenção à saúde.

A mudança acima relatada também aconteceu em relação aos portadores de doença mental. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a priorização dos atendimentos e acompanhamentos dos doentes mentais na comunidade, implicou no aumento da demanda destes pacientes nas unidades de saúde. Os esforços para a assistência das pessoas portadoras de enfermidade psíquica na comunidade vêm crescendo, assim como a preocupação com suas famílias, já que podem vivenciar problemas sociais, culturais, físicos e psicológicos.

Com a Reforma Sanitária iniciaram-se discussões sobre a implantação e o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde. O objetivo era melhorar a qualidade do atendimento à população, a qual possui características próprias do local onde vivem. Desta forma, cada município tornou-se responsável pelo atendimento da sua população, enquanto integrado ao SUS.

O Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve como princípios básicos o enfoque da família como unidade de ação programática de saúde e a intervenção, utilizando ações preventivas sobre as famílias consideradas em risco, partindo da integração com a comunidade. Este programa contou com Agentes Comunitários da Saúde (ACS), que são pessoas da comunidade dispostas a participar e contribuir de forma ímpar na promoção de saúde e prevenção de doenças.

O trabalho realizado pelo programa surpreendeu com os resultados obtidos e o Ministério criou o Programa Saúde da Família (PSF), buscando consolidar o Sistema Único de Saúde e estruturando a Atenção Básica. Houve uma expansão dos PACS existentes, muitos deles transformaram-se em PSF; com isso o número de equipes e população atendida aumentaram.

Desde que tenho estudado e praticado a inclusão da família do doente mental como unidade do cuidado do PSF, tenho dado grande valor ao trabalho dos ACS que integram as equipes do PSF. Por ser uma pessoa da comunidade que trabalha como elo entre a população e a equipe de saúde, os ACS podem contribuir com sua percepção. Por serem da comunidade e trabalharem como agentes de saúde ao mesmo tempo, os ACS têm possibilidade de entenderem melhor a linguagem da população, associando-a à linguagem profissional.

Como enfermeira do PSF e com os resultados encontrados no trabalho de conclusão apresentado no Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (MEIRELLES, 2001), observei que existem algumas barreiras em relação à doença mental, que são sustentadas pelos significados dos profissionais em relação aos doentes mentais, geralmente como pessoas perigosas e sem solução. A assistência no município em estudo era carregada de preconceitos que implicaram na exclusão do doente e de sua família do serviço primário (PSF). Aquele município contava com 100% de cobertura pelo PSF dois anos antecedentes à minha atuação, no entanto, as famílias dos doentes mentais não estavam cadastradas. Além disso, alguns profissionais se recusavam a atender os portadores de enfermidade psíquica, fornecendo encaminhamentos ao psiquiatra que atendia na cidade.

O atendimento centrado em um serviço especializado é muito pouco para atender às necessidades da família do portador de doença mental. É preciso um serviço que ofereça uma assistência que priorize a inclusão do doente na comunidade, desmistificando a doença e promovendo saúde para toda a família. Aspectos que podem ser otimizados através da atuação efetiva da atenção primária.

Estudar a experiência dos profissionais do PSF a respeito de famílias e das famílias de doentes mentais favorece o conhecimento sobre os valores e crenças, que sustentam este significado de exclusão observado no trabalho já mencionado (MEIRELLES, 2001). Acredito que esses aspectos da experiência profissional estão relacionados com a assistência prestada a esta clientela.

Ao pedirmos para o profissional falar de sua experiência em trabalhar no PSF, podemos nos aproximar das bordas de seu sistema de crenças, o qual sustenta sua prática.

A proposta deste estudo é conhecer os significados atribuídos pela equipe do PSF à experiência em assistir às famílias, aos doentes mentais e às famílias com portadores de doença mental, descrevendo o significado atribuído por profissionais de saúde e ACS que trabalham em uma Unidade de Saúde da Família e têm como referências um serviço de saúde mental especializado, um pronto-atendimento em doença mental e a possibilidade de discussão de casos com profissionais da psiquiatria.

# 2- REVISÃO DA LITERATURA

## *2.1. Das reformas à necessidade de reorganização dos Sistemas de Saúde no Brasil*

As assistências à saúde pública e mental no Brasil são definidas pelas diretrizes das políticas de saúde que conformam o modelo assistencial vigente.

Neste item, será descrita de forma breve, a trajetória das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil, relacionando-as com a estratégia de atenção no Programa Saúde da Família.

O Movimento da Reforma Sanitária foi desencadeado pela situação precária e opressiva vivida pelos serviços públicos de saúde em meados da década de 70. Este movimento tinha como objetivo enfrentar a questão da saúde nas dimensões técnicas, políticas, econômicas e sociais e a implantação de um serviço único de saúde com universalização da assistência médico-sanitária (ZERBETTO, 1997).

A Reforma Sanitária foi disparadora da Reforma Psiquiátrica no final da década de 70, quando apareceram denúncias sobre o sistema de saúde, impulsionando discussões sobre as relações entre psiquiatria e democracia, direitos humanos, predomínio da assistência privativista-contratada e de convênios. As atitudes desencadeadas pela situação em que a saúde se encontrava, geraram movimentos que propunham uma mudança na atenção à saúde em geral.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978, com uma série de denúncias de jovens psiquiatras sobre a superlotação nos hospitais psiquiátricos, os altos índices de mortalidade, violência e abandono de doentes internados (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

O MTSM tornou-se o primeiro e principal ator de renovação no campo da saúde mental, e sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduziu a estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (AMARANTE, 1997). Este movimento foi o responsável pela formulação teórica e organizacional das práticas assistenciais, além da formação das Comissões de Saúde Mental em Núcleos Estaduais do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

As críticas e insatisfações dos trabalhadores em relação às condições de vida e trabalho emergiram na saúde pública e mental e intensificaram as críticas à assistência prestada nas instituições de saúde (OGATA et al., 2000).

Em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, foram apresentados relatórios do MTSM/CEBES, discutindo-se pela primeira vez a proposta de reorientação do sistema de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (BRÊDA, 2001; AMARANTE, 1997).

O início da década de 80 é marcado pela trajetória sanitarista. Os movimentos de reformas foram incorporados ao Estado, que se interessou em absorver o pensamento crítico para ganhar legitimidade (AMARANTE, 1995).

Propostas progressistas geradas pela oposição organizada e mobilizada foram levadas ao Ministério da Saúde e da Previdência Social, surgindo o Prev-Saúde, que tinha por objetivo a reestruturação e ampliação dos serviços básicos de saúde (BRÊDA, 2001; OGATA et al., 2000).

A crise financeira na Previdência Social em 1982 levou à formação do Plano do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), a qual tentava resgatar os princípios do Prev-Saúde, criando as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas foram responsáveis pela representação da possibilidade de melhor articulação entre as instituições públicas de saúde e de planejamento integrado, propiciando a criação de comissões inter-institucionais, precursoras dos atuais conselhos de saúde e do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) (BRÊDA 2001).

Com o plano CONASP, os princípios de resgate do serviço público de saúde foram reforçados, seguidos da luta contra a privatização. Estavam resguardadas, segundo AMARANTE (1997), a prioridade aos serviços ambulatoriais como elementos centrais do modelo assistencial, a redução do número de internações e reinternações, a redução do tempo médio de permanência hospitalar, a regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

Em 1985, as AIS representavam uma priorização da rede pública básica em detrimento da rede privada hospitalar, mantendo os princípios de universalidade, hierarquização e regionalização. No ano seguinte, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi adotado definitivamente o termo Reforma Sanitária. Nesse evento, houve o maior índice de representatividade social daquela época, contando com a participação de representantes da sociedade civil, instituições de saúde, sindicatos entre outros.

> *"A Conferência teve importância marcante em relação à concepção e à formulação das políticas de saúde. A ampliação do conceito de saúde é vista enquanto resultante de conclusão de vida digna e entendida como um conjunto de direitos que resultam em qualidade de vida* (OGATA et al., 2000, p.28)*"*.

Na Conferência foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde, dando origem ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), definindo suas atribuições nos níveis federal, estadual e municipal (ZERBETTO, 1997 e OGATA et al., 2000).

O fracasso do Plano Cruzado, marcando o aprofundamento da crise econômica no país, refletiu no sistema de saúde, pois havia morosidade no repasse de verbas para o SUDS e ocasionou a inviabilidade deste sistema. Neste momento, no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) surgiu uma divisão político-ideológica, representada de um lado pelos profissionais de saúde envolvidos no Movimento de Reforma Sanitária e de outro pelos profissionais conservadores, mantenedores do modelo médico-assistencial privativista, dificultando a implantação do novo sistema de saúde (ZERBETTO, 1997).

Como desdobramento da VIII Conferência, aconteceu em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental, marcando o fim da trajetória sanitarista da saúde mental. É o início da busca de um modelo diferente do tradicional (asilar), que passa pela psiquiatria preventiva e pelas técnicas sanitaristas de organização do subsistema de saúde mental (atenção primária e cuidados básicos de saúde mental). Isto é, de uma mudança sanitarista para uma estratégia institucional.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luís da Rocha Cerqueira surgiu em 1987. Como uma alternativa para evitar a internação hospitalar imediata, o CAPS seria um intermediário entre o hospital e a comunidade, com a atenção voltada para o momento da alta hospitalar e para passagem do paciente à vida comunitária ou vice-versa. O aprofundamento da experiência com o CAPS motivou novas

possibilidades de produção e reprodução de subjetividades e não desconstrução do paradigma psiquiátrico.

De acordo com os relatos de OGATA et al. (2000), a Reforma Psiquiátrica teve como objetivos a mudança efetiva de concepção da sociedade, com relação à loucura em busca de um novo lugar social para ela, que não fossem locais de exclusão, sendo essas relações conduzidas no sentido de superação de estigmas, da segregação, da desqualificação dos sujeitos, ou, ainda, *"no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados"* (AMARANTE, 1997, p.165).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federativa do Brasil e a saúde foi garantida como direito de todos e dever do Estado. Foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da descentralização, universalidade, eqüidade, participação dos cidadãos, prevendo a integralidade como um modelo de atenção que prioriza as ações preventivas e coletivas, sem prejuízo das curativas e individuais (CAMPOS, 1992).

Para elucidar melhor o entendimento dos termos acima utilizados, decidimos explicitá-los de forma breve, segundo o nosso entendimento:

- *Descentralização* quando a decisão sobre a política de saúde ocorre em nível local, ou seja, os trabalhadores e usuários decidem onde e como utilizar os recursos existentes, baseando-se em fatos peculiares ao seu município.
- *Universalidade* como aquilo que é comum à população, ou seja, todos os cidadãos brasileiros têm o direito de receber assistência, em condições iguais nas unidades públicas de saúde;

- *Eqüidade* como condições para que qualquer pessoa em igualdade de condições tenha acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade de seu caso, com justiça, priorizando os que mais necessitam;
- *Participação dos cidadãos* através da criação dos Conselhos de Saúde (representantes de diversos setores da sociedade atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde) e das Conferências de Saúde (representantes de diversos setores eleitos por voto ou indicação, que propõem ou indicam ações políticas, devendo acontecer a cada quatro anos).

Pautada pelos princípios do SUS que permitiram uma efetiva descentralização no sistema nacional de saúde, a Prefeitura de Santos optou por intervir na Casa de Saúde Anchieta, onde violência e mortes vinham acontecendo. Surge então, segundo os relatos de AMARANTE (1997), a possibilidade de radicalizar, desmontando o aparato institucional manicomial, seguido pela implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional; criam-se os Núcleos de Atenção Psicossocial, formam-se Cooperativas Sociais, baseadas nos ideais de inserção e inclusão social do doente mental.

Em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado enviou ao Congresso Nacional um projeto que visava à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais comunitários, prevendo, inclusive, a regulamentação da internação compulsória (AMARANTE, 1997).

A aprovação do projeto de Paulo Delgado aconteceu doze anos após sua apresentação, sendo sancionada na forma da Lei no. 10.216, de 06 de abril de 2001(Brasil, 2001).

Ainda no início dos anos 90, foram ampliados e diversificados os procedimentos da tabela SIH/SUS e SIS/SUS, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais, como os CAPS, por exemplo. Com a Portaria 224/92, iniciava-se o processo de fechamento de serviços hospitalares precários e qualificava–se os existentes (AMARANTE, 1997).

Estudos de avaliação crítica do processo de implantação do SUS, na mesma década, desencadearam sugestões de *"(…) mudanças que devolvessem o processo e a sua função 'reformadora' e não apenas 'racionalizadora'(...)"* (BRÊDA, 2001 p. 27). Essas mudanças culminaram com a implantação e o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde, passando-se para o município a responsabilidade de atender a sua população, enquanto integrado ao SUS.

Nesse momento, o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que visava focalizar a família como unidade de ação programática de saúde, introduzir a noção de cobertura por família e intervir com ações preventivas sobre as famílias, integrando-se mais com a comunidade e não centrando o atendimento somente na intervenção médica.

Com a participação de trabalhadores de saúde mental, representantes da comunidade científica, do governo federal, do setor privado conveniado, de usuários e familiares, a II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em Brasília em 1992. Nela os princípios da I Conferência foram confirmados e incorporam-se tanto os princípios da reforma sanitária como um todo, quanto os da desinstitucionalização (AMARANTE, 1997).

Os propósitos da desinstitucionalização no Brasil representavam:

> *"a negação do asilo como tratamento e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva das famílias e de dispositivos comunitários na assistência; símbolo da perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social (equiparando-se à antipsiquiatria), e para os administradores ela tem sido um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares, visando à contenção de gastos"*. (LUIS, 2000, p.29).

WETZEL (1995) traz como um dos pressupostos de seu trabalho que só é possível superar o modelo manicomial, asilar e excludente, se houver o envolvimento dos segmentos institucionais e dos sujeitos sociais de sua prática, buscando a mudança, através dos conflitos vivenciados pelos doentes, família, profissionais de saúde, governantes e comunidade.

A superação dos modelos excludentes ganha espaço nos ideais da reorganização da atenção à saúde, onde a territorialização[1] passa a ser valorizada e o incentivo às intervenções na comunidade é ampliado.

O envolvimento de famílias e dispositivos comunitários na assistência psiquiátrica pode ser comparado às estratégias de atenção do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, para reordenar o modelo assistencial em saúde e consolidar o SUS (SOUZA, 2000 e SOUSA, 2000).

Diante de um cenário de propostas de territorialização e direcionado para o atendimento da família como unidade do cuidado e não de indivíduos isoladamente, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no ano de 2001. Com o tema central: "Cuidar sim, excluir não – efetivando a Reforma

[1]Delimitação de um espaço para implantação do PSF, não corresponde apenas ao seu aspecto geofísico, mas também às características da população e do local, com o objetivo de contextualizar a intervenção de acordo com cada região específica (BORGES, 2002).

Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social", nessa Conferência discutiu-se a importância de consolidar a construção de um Sistema Único de Saúde, da garantia e promoção dos direitos de usuários e familiares.

O fato de ser visto como uma estratégia[2], visando à mudança do modelo assistencial e buscando consolidar o SUS, o PSF torna-se uma das estratégias de substituição das práticas tradicionais da atenção básica (SOUZA, 2000). Se considerarmos que muitos portadores de transtorno mental vivem em grupos, geralmente famílias, que sofrem sobrecarga e uma sensação de ser disfuncional, além da influência da atmosfera familiar nas recaídas, podemos considerá-los grupos de risco e, portanto devem ser priorizados no PSF. Ressalta-se, contudo, que a complexidade da doença mental nos remete à necessidade de muitos serviços diversificados e especializados em muitos momentos de recaídas, que podem acontecer mesmo em atmosferas positivas.

É nesse contexto que considero que os pressupostos da estratégia do PSF coadunam com as decisões da III CNSM, fortalecendo o ideal de humanizar a assistência, independente da patologia, onde os indivíduos sejam respeitados como seres humanos, tratados como tais, a fim de melhorar a qualidade de vida dos excluídos, através da inclusão e integração dos sujeitos.

---

[2] Buscando a adequação da utilização dos termos, trazemos a citação de Edgar Morin (2002, p. 62): *"A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados. O programa é a determinação a priori de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso".*

Neste processo toda a família e a comunidade têm sido cada vez mais colocadas como elementos importantes para o processo das novas propostas. Se a proposta é reduzir a hospitalização, com conseqüente aumento dos serviços na comunidade, o olhar para o cuidado da família na comunidade passa a ser fundamental.

## *2.2. O PSF como ideal para a atenção às famílias*

O lançamento do PACS, em 1991, surge na tentativa de enfrentar os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro (SOUZA, 2000), vinculando indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde.

As primeiras diretrizes do PACS e PSF foram concebidas em 1993 entre secretarias estaduais, municipais, consultores nacionais e internacionais, em atenção primária da UNICEF e incorporadas por técnicos do PACS de regiões brasileiras com experiência acumulada, porém, somente foram divulgadas em 1994.

Considerado como uma das maiores prioridades do Ministério da Saúde, o PSF faz parte de uma estratégia que visa recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário, no sentido de reordenação do modelo assistencial em saúde e de consolidação do SUS (SOUSA, 2000).

Parte integrante da reorganização do SUS e da municipalização, o PSF, mantido por um convênio entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, deve ser implantado, a priori, nas áreas de risco, onde os indicadores de morbimortalidade demonstram preocupação.

A dinâmica proposta para a estruturação dos serviços de saúde envolve a sua relação com a comunidade e os diversos níveis de complexidade assistencial.

Segundo SOUSA (2000 p.25), a estratégia do PSF *"assume o compromisso de prestar uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio(…)"*.

Nesse sentido, não podemos desvincular os objetivos de atenção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) das estratégias de atenção do PSF. No entanto, a sua ampliação é inevitável, principalmente se considerarmos que com a expansão do programa, principalmente após ser implantado nos grandes centros urbanos, a agenda de trabalho se altera rapidamente Desafios gerados pela realidade urbana requerem uma ação intersetorial mais efetiva; aparecem situações de abuso de álcool e drogas, violência intrafamiliar, inclusão do doente mental, entre outras, emergindo uma nova agenda básica de trabalho (SOUZA, 2000).

O PSF valoriza os princípios de territorialização, vínculo com a população, trabalho em equipe e participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário (COSTA NETO, 2000; SOUSA, 2000; NUNES & BARBOSA, 2000 e SOUZA, 2000).

A reorganização das práticas em saúde pautadas na estratégia do PSF refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e, ainda, o acompanhamento aos serviços de referência, se necessário (BRASIL, 2000).

LANCETTI (sd) relata que no PSF as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe. Esse estreitamento do relacionamento entre os profissionais envolvidos e a comunidade atendida, favorece a humanização das práticas de saúde e promove a satisfação do usuário.

Composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e técnico em saúde bucal, a equipe busca o usuário em seu habitat. Inicialmente, as famílias são cadastradas e posteriormente atendidas, conforme necessidades detectadas e não por demanda espontânea (atendidas ou encaminhadas).

## *2.3. Cotidiano das famílias de doente mental: a proximidade da equipe de saúde da família e os desafios da atenção*

As reformas e propostas de atenção nos níveis preventivos e promotores de saúde desencadearam o aumento da demanda nos atendimentos em diversas clínicas, em especial a psiquiatria, proporcionando ações com uma perspectiva integral e reabilitadora.

A família como foco de atenção passou a ser valorizada. O PSF busca reorganizar a saúde a partir dessa visão e as condições de saúde passaram a ser quantificadas e relatadas de forma sistemática ao Ministério da Saúde, e para tal, contam com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

No entanto, os distúrbios mentais não podem ser cadastrados no SIAB, por não conter um espaço específico para sua notificação junto a esse sistema, dificultando o levantamento do número de famílias com portadores de doença mental, atendidos nas áreas de cobertura pelo PSF.

Como integrante desse sistema, podemos contar com a Ficha A (formulário de cadastramento das famílias atendidas pelo PSF). Nesta ficha, consta uma lista de siglas correspondentes a algumas patologias dos indivíduos, sendo elas: ALC (alcoolismo); CHA (chagas); DIA (diabetes), HA (hipertensão arterial); HAN (hanseníase); TB (tuberculose); DEF (deficiência); EPI (epilepsia); DME (distúrbio mental), além do estado gestacional (GES). Por conter siglas referentes aos grupos especiais, o reconhecimento das famílias, com problemas passíveis de uma atuação mais efetiva, torna-se mais fácil.

De acordo com CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2002), os dados de saúde mental deverão ser incorporados nos sistemas de informação existentes, para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.

Outro ponto a acrescentar sobre as dificuldades no atendimento aos portadores de enfermidade psíquica e sua família se refere à característica da equipe.

Como já foi descrito, está previsto que as equipes sejam compostas majoritariamente por profissionais generalistas, sendo a minoria com especializações diversas ou em saúde da família; o propósito dessa composição é facilitar uma visão e atenção o mais abrangente possível, voltada para a saúde como um todo e não em especificidades. No entanto, o grande problema é que ainda não temos uma quantidade suficiente de generalistas.

LANCETI (sd) reforça que no PSF não é possível passar os casos; apesar de encaminhar pessoas para tratamentos mais complexos, esses pacientes moram no mesmo bairro; assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada.

FELISBINO & RIBEIRO (2000) recomendam que as escolas de formação de profissionais na área de saúde (ensino médio e superior) incluam conteúdos nos seus currículos, as temáticas de internalização da atenção primária à saúde, bem como a estratégia de saúde da família. Assim, seria prudente haver incentivo às Universidades, para que formem profissionais dentro das necessidades do setor de Saúde Pública, privilegiando a formação generalista, inserindo nos currículos a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

Sobre a capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF) descrita em CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2002), é necessário normalizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes do PACS e PSF, em parceria das Universidades com órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social e à humanização das práticas), quanto aqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico.

O relato das experiências de ROSA & LABATE (2002) reforçou a necessidade de oferecer melhor preparo aos profissionais, para que eles saibam lidar com pessoas com doença mental, justificam que a formação baseada no paradigma médico-biológico de doença deve ser mudada, basicamente para redefinir o objetivo da prática do seu trabalho, agora pautada nos princípios de desinstitucionalização e suporte às famílias, principalmente quando não estão preparadas para aceitar o membro enfermo e, segundo WAIDMAN & ELSEN (2002), quando encontra dificuldades na convivência do egresso.

O conhecimento dos integrantes da equipe e a aproximação favorecida pelo PSF contribuem para o reconhecimento da rede de apoio que os familiares têm, além de funcionar como tal.

A literatura oficial do Programa orienta que a equipe deve participar junto às famílias com doença mental, em relação a orientações quanto ao uso de medicações, identificação precoce de alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro, acompanhamento medicamentoso dos indivíduos fora do quadro agudo e discussão com a sua família e seu meio sobre sua nova inserção, rompendo ou minimizando o estigma existente sobre tais transtornos (COSTA NETO, 2000).

Pensando sobre as ações acima citadas, destacamos a importância da inclusão social, para atuação nos demais fatores. Desta forma, artigos que envolvem a inserção do doente mental na família e comunidade, descreveram a possibilidade de abertura de um novo modelo de assistência.

SANFORD & FARIAS (2002) relataram a importância de preparar a comunidade para aprender a cuidar do doente quando ele voltar para casa, possibilitando a não perda do vínculo com a sociedade. Ao meu ver, essa preparação serve de suporte, inclusive, para as altas-licenças, por ser um “ensaio” de como as relações serão estabelecidas e mantidas após alta.

Os autores acima citados referem que a comunidade poderá cuidar do portador de transtorno mental, criando condições para a assistência na comunidade, buscando ajuda no hospital, dividindo responsabilidades e acolhendo.

Em um estudo realizado com mães de portadores de esquizofrenia, foi identificada a necessidade de inclusão da família nos programas e serviços de saúde, com o objetivo de desenrolar a convivência com a doença. No entanto, é necessário que esse acompanhamento consiga suprir, segundo SANTOS & SILVA (2002), tanto os aspectos objetivos (informações sobre a doença, tratamento, recuperação e direitos), como os subjetivos (sentimentos e vivências de impotência, desamparo, raiva, culpa, entre outros).

WAIDMAN & ELSEN (2002), refletindo e discutindo estratégias de cuidado que minimizam a reinserção do doente mental na família e comunidade, salientaram as dificuldades na convivência enfrentadas pelas famílias e as possibilidades de atenção a partir do desenvolvimento de atividades de assistência, que oferecem suporte e apoio, através da relação terapêutica descrita por Travelbee. E baseadas em suas experiências, ressaltam que é possível manter o doente mental por maior tempo no domicílio e conseqüentemente a redução dos conflitos familiares e dos problemas decorrentes da reinserção social.

A pesquisa de SÃO MATEUS & OLIVEIRA (2002) teve por objetivo averiguar as ações do enfermeiro do PSF frente à pessoa com transtorno mental. Utilizando uma análise temática a partir das falas de entrevistas semi-estruturadas, levantaram-se três temáticas relevantes: a mudança do comportamento do indivíduo; o ouvir e orientar o cliente com transtorno mental e a família; e o suporte científico e emocional do enfermeiro. Com base nesse estudo, estenderia essas necessidades aos demais membros da equipe.

Minha experiência enquanto enfermeira do PSF confirma as dificuldades das equipes em lidar com sofrimento humano, principalmente em relação às famílias com portadores de doença mental. Várias limitações pessoais e administrativas contribuem para que isso ocorra.

O estigma é o principal entrave pessoal quando a doença mental está em questão. Além disso, muitos colegas de trabalho queixam-se de não foram bem preparados na graduação e até mesmo em pós-graduações para lidar com os problemas psíquicos do outro, gerando uma ansiedade e afastamento do problema. Se os profissionais sentem essa dificuldade, imaginemos os auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os profissionais da saúde bucal.

Certa vez, uma colega enfermeira disse estar com as mãos atadas diante de uma família que deixava seu membro em um quarto nos fundos da casa, amarrado com correntes nos pés, vivendo em um ambiente onde a sujeira prevalecia. No município o paciente era conhecido como perigoso; ninguém, além de sua mãe mantinha contato com ele, apesar de se aproximar somente para o oferecimento de comida. A família procurava o serviço de saúde quando queria interná-lo, mas nem sempre autorizava a visita dos ACS e profissionais.

O cotidiano dos profissionais do PSF é bastante trabalhoso, dividindo-se em aspectos administrativos e assistenciais. Nem sempre há um tempo disponível para grupos de estudos e debates sobre novas formas de tratamento e assistência a grupos específicos, como é o caso dos doentes mentais.

Outra limitação administrativa envolve o SIAB, programa no qual poderia funcionar, também, como uma organização da população atendida nos aspectos que dizem respeito aos problemas de saúde das famílias, é uma realidade distante de ser atingida. Através do SIAB não conseguimos quantificar o número de famílias com doenças e condições referidas, além de não fornecer dados relativos ao número de doentes mentais, pois estes sequer têm onde ser registrados. Enfim, estes foram alguns dos vários limites do SIAB, certamente, muitos profissionais que têm interesses em algumas áreas especificamente, devam relacionar muitos outros.

# 3- OBJETIVOS

- Conhecer o significado atribuído pela equipe do PSF à experiência em assistir à família, ao doente mental e à família com portadores de doença mental.
- Descrever o significado do cuidado à família do doente mental, atribuído pelos trabalhadores no PSF.

# 4- DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

## 4.1. Conceituando a cultura

O objetivo central deste trabalho é conhecer o significado atribuído por uma população específica (equipe do Programa Saúde da Família) em relação às famílias com portadores de doença mental. Para que seja possível analisar aspectos culturais nesta população, iniciaremos conceituando a cultura.

Segundo JORGE (2000, p.53), possivelmente, existem mais de 200 definições de cultura. Citando Leighton, atribui à cultura os "*conhecimentos, valores, percepções e práticas que são compartilhadas pelos membros de uma determinada sociedade e passados de uma geração para a seguinte*". Emerge de diversos elementos, incluindo a linguagem, a etnia, religião, tradições, crenças, valores, relações interpessoais, modos de produção e de organização social.

SPRADLEY (1980) relata que a cultura é um sistema compartilhado de significados, os quais aprendemos, revisamos, mantemos e definimos no contexto em que interagimos. Desta forma, é a partir da cultura que as pessoas revelam a sua forma de ver o mundo, de vivenciar suas experiências e de se comportar em grupos, sendo ela um processo contínuo de produção, utilização e transformação da prática coletiva.

Relacionando a conceituação de cultura com o processo saúde-doença, torna-se imprescindível ressaltar que a conceituação do indivíduo sobre saúde e doença é influenciada pela cultura, estando diretamente relacionada ao processo de procura de ajuda.

> *"As crenças e práticas culturais dos indivíduos como, por exemplo, a família como sistema de apoio central, a religião como sistema de apoio ou terapêutico alternativo, ou uma visão fatalista da vida, podem afetar a aceitação ou não, por parte do indivíduo, das intervenções relacionadas à saúde mental, os caminhos visando ao cuidado à saúde, à adesão ao tratamento, à continuidade do cuidado e até ao desfecho clínico"* (JORGE, 2000.p.53).

Quando estudamos uma cultura, procuramos desvendar o **conhecimento** (idéias, abstrações que fundamentam um comportamento, os costumes e técnicas de trabalho), as **crenças** (aceitação de uma proposição), os **valores** (sentimentos que incentivam e orientam o comportamento humano), as **normas** (modos de agir dos indivíduos em determinadas situações) e os **símbolos** (gestos, palavras, sinais, textos, entre outros) presentes no grupo social (MARCON & PRESOTTO, 1992; HELMAN, 1994).

A cultura apresenta traços, padrões e configurações que descrevem ou indicam o significado do modo como se integram as pessoas. Os padrões são comportamentos generalizados e regularizados, que estabelecem o que é aceito ou não, favorecendo a coerência, a continuidade e a forma diferenciada do modo de vida das pessoas. Os padrões e traços, com seus valores objetivos, formam as configurações culturais, ou seja, uma qualidade específica que caracteriza uma cultura e que tem sua origem no interrelacionamento de suas partes (ZAGO, 1994).

O modo de vida dos indivíduos sofre influência da cultura, não só de sua própria cultura, como também da cultura das pessoas com as quais estes indivíduos interagem.

HELMAN (1994) relata que a cultura não é a única a influenciar o modo de vida do indivíduo na sociedade, mas também pode ser influenciada por fatores individuais (idade, gênero, personalidade, etc.), educacionais (formal e informal) e sócio-econômicos (classe social, status econômico, rede de apoio social), daí a importância de considerar a cultura em seu contexto particular.

Diante disso, as crenças, valores e comportamentos não devem ser generalizados quando se estuda uma cultura, mas sim uma descrição detalhada das regras culturais que ditam o pensamento e comportamento dos indivíduos.

Baseando-se no objetivo desta investigação, temos, como elemento cultural em estudo, a atenção que é prestada às famílias com portadores de doença mental por profissionais que trabalham no PSF.

LEININGER (1985) e MORSE (1994) são enfermeiras preocupadas em estudar o aspecto cultural do cuidado. LEININGER (1985) é uma autora preocupada com a influência da cultura no cuidado. Segundo ela, a enfermagem é um fenômeno cultural e sua essência é o cuidado a indivíduos de diversas culturas. Os processos, as funções e as atividades sofrem variações de acordo com a estrutura social, o sistema cultural e sua aculturação. MORSE (1994) ressalta que para estudar o cuidar é importantíssimo observar, conversar, compartilhar com os membros de um determinado contexto, onde o cuidar acontece.

É pertinente ressaltar que na equipe do PSF temos profissionais da enfermagem que ficam constantemente na supervisão dos outros componentes, principalmente ACS. Assim, é possível que esses profissionais exerçam uma certa influência na percepção dos ACS.

Temos a pretensão de descrever o significado do cuidado à família do doente mental atribuído pelos trabalhadores do PSF. Consideramos "significado" a interpretação das experiências dos indivíduos, baseando-se no conhecimento adquirido, utilizado para gerar um comportamento social. A intenção é descrever o ponto de vista do informante e a relação do fenômeno em com a vida e com o trabalho.

## 4.2. A escolha do método

Neste estudo, optamos pela utilização do método qualitativo de pesquisa, através da abordagem etnográfica. As pesquisas qualitativas têm uma forte tendência em salientar aspectos dinâmicos, individuais e holísticos das experiências humanas (POLIT & HUNGLER, 1995), além de oferecer a possibilidade de o pesquisador captar a maneira, pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

MINAYO (1993) acrescenta que a pesquisa qualitativa objetiva o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e à compreensão de fenômenos de uma determinada situação, tendo o homem e a sociedade como objetos e sujeitos do conhecimento.

PRAÇA & GUALDA (2000) salientam que os métodos qualitativos proporcionam o conhecimento dos significados e os entendimentos alcançados pelas revelações dos informantes e pela análise dos temas emergentes. Esse conhecimento só é possível através da descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos seus próprios atores.

A etnografia foi desenvolvida pelos antropólogos Boas e Malinoviski no início do século XX (GUALDA & HOGA, 1997). O termo etno vem do grego *ethos*, que se refere à nação ou à característica distinta de um determinado grupo (GUALDA, 1993).

LEININGER (1985) afirma que a etnografia é um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para aprender o seu modo de viver em seu ambiente natural.

A busca pela compreensão do modo de vida de pessoas ou grupos, na sua própria perspectiva, é facilitada através do estudo disciplinado e sistemático de como é o mundo para as pessoas que aprenderam a pensar e agir de um modo específico, de forma a aprender com as pessoas (GUALDA, 1993).

A pesquisa etnográfica consiste na descrição de eventos que ocorrem na vida de um grupo, com especial atenção às estruturas sociais, ao comportamento dos indivíduos em relação à sua participação no grupo e à sua interpretação dos significados das estruturas desses comportamentos para o grupo (TAFT, 1990).

A etnografia tem como ponto fundamental a preocupação com o significado das ações e eventos para as pessoas que procuramos conhecer. Esses significados podem ser expressos diretamente através da linguagem e/ou indiretamente através da palavra-ação, onde o sistema de significados constitui a sua cultura.

GUALDA (1993), citando Aadmodt, afirma que os dados culturais de uma etnografia derivam de abstrações daquilo que as pessoas fazem, ou dizem que fazem, ou ainda a forma como interpretam aquilo que fazem. Com base nesta

afirmação, surgem dois tipos de abordagens teóricas para a conceituação de cultura: **o sistema comportamental** (o que as pessoas fazem que podem ser observadas entre os membros de um determinado grupo social – objetos, cenas culturais e eventos) e o **sistema cognitivo** (que restringe a visão de cultura ao sistema de idéias de uma determinada sociedade, as quais buscam estudar as crenças, valores e conhecimento sobre certo fenômeno – as pessoas possuem ou fazem uso do conhecimento), no entanto, apesar de diferentes, essas abordagens podem ser utilizadas ao mesmo tempo em um mesmo estudo.

A tarefa do pesquisador é descobrir o modo pelo qual as pessoas classificam verbalmente suas experiências. Esta classificação ocorre a partir da utilização de um sistema classificatório popular que os antropólogos emprestaram da lingüística: os conceitos *emic* (êmico) e *etic* (ético).

Êmico se refere à descrição de manifestação de comportamentos de um determinado grupo cultural, através da utilização de conceitos e linguagem próprios desta cultura; assim, para se conhecer o significado cultural, é necessário explorar a linguagem dos informantes, reconhecer o esquema de referência e descrever sua percepção da realidade. No sistema êmico ocorre a interpretação dos eventos e situações sociais pelos informantes. No ético, o pesquisador interpreta e explica as manifestações de comportamento, utilizando sua linguagem e dimensão teórica. (GUALDA, 1993).

Nesta pesquisa, o ético será representado através das análises realizadas pela pesquisadora e orientadora sobre as verbalizações e observações feitas durante o estudo.

Diante disso, o pesquisador deverá selecionar os dados relevantes para responder suas inquietações. LÜDKE & ANDRÉ (1986) relatam que os tipos de dados relevantes são: a forma e o conteúdo da interação verbal dos participantes entre si e com o pesquisador; o comportamento não verbal; padrões de ação e não-ação e os provenientes de documentos. Esses autores consideram essencial a utilização da observação participante e a entrevista como técnicas de coleta de dados.

A etnografia contribui para o estudo de problemas que envolvem a enfermagem. Qualquer lugar onde existam pessoas, atividades de enfermagem ou cuidado à saúde é apropriado para estudos etnográficos. MORSE (1994) sugere o uso da etnografia focada *(focused ethnography)* para descrever tópicos orientados e pequenos grupos. Este método é útil na saúde, especialmente no estudo de unidades hospitalares ou serviços comunitários. Outra vantagem do estudo é que ele permite um processo de coleta de dados mais rápido e um número de sujeitos menor.

Neste projeto, pretende-se usar a etnografia focada para estudar o contexto do PSF e as relações da equipe com as famílias de doentes mentais, buscando compreender como seus significados culturais agem sobre o seu relacionamento com essas famílias.

# 5- CONHECENDO O CONTEXTO

### *5.1. LOCAL:*

O município de Ribeirão Preto possui uma extensão territorial de 651 $Km^2$ e aproximadamente 527.734 habitantes, sendo 99,5% desta população localizada na zona urbana.

Configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos em diversas áreas do conhecimento, especialmente a área da saúde.

Ribeirão Preto apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços no setor saúde. No nível primário de saúde, conta com 33 (trinta e três) unidades de saúde, sendo cinco com funcionamento 24 horas (Distritais de Saúde); quatorze Equipes de Saúde da Família, sendo cinco em parceria com A Universidade de São Paulo. No nível secundário, conta com doze ambulatórios de especialidades. A assistência hospitalar da rede pública é prestada em estabelecimentos conveniados/contratados pelo gestor e também no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

As Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) estão localizadas em cinco regiões (Norte – Distrito Norte, Sul – Distrito Vila Virgínia, Leste – Distrito Castelo Branco, Oeste – Distrito Sumarezinho e Região Central – Distrito Central). Estas distritais foram implantadas em regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, agrupando Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipamentos sociais. Todas elas contam com atendimento básico e de pronto-atendimento de urgências próximas à sua residência, além do atendimento a algumas especialidades.

O Programa de Saúde Mental orienta-se pelos princípios de desospitalização e desinstitucionalização do paciente psiquiátrico; prioridade para as ações extra-hospitalares e multiprofissionais; inserção das ações de Saúde Mental nos serviços gerais de saúde; resgate e preservação dos direitos e da cidadania dos doentes mentais.

Os serviços psiquiátricos funcionam numa rede integrada e hierarquizada. Esta rede oferece: dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um para dependentes químicos; um Ambulatório de Saúde Mental; um Núcleo de Saúde Mental; um Hospital-dia; uma Unidade de Atendimento de Urgência; duas enfermarias em Hospital Geral (HCFMRP-USP); 80 leitos no Hospital Estadual Santa Tereza. Tem parcerias também com o Sanatório Espírita Vicente de Paula.

Apesar dos esforços em busca da melhora do acesso em termos físicos, como distribuição de Unidades de Saúde em todo o município, de acordo com SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (sd), não foi suficiente para garantir o direito à assistência à saúde da população. Com o objetivo de mudar o modelo assistencial centrado no ato médico, o município adotou como estratégia, a implantação de PSF/PACS.

A pesquisa foi conduzida na Unidade Saúde da Família José da Silva, [3] localizado no bairro Santa Marta, região oeste de Ribeirão Preto.

[3] Nome da Unidade de Saúde foi mudado com o objetivo de preservar seu anonimato.

A escolha deste PSF se deu pelo fato da equipe discutir suas dificuldades no atendimento das famílias de doentes mentais com a equipe do Núcleo de Saúde Mental, local onde docentes do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP desenvolvem um Projeto de Extensão, Ensino e Pesquisa.

A minha inserção no Núcleo de Saúde Mental através de duas oportunidades (como integrante do Projeto de Extensão lá desenvolvido e também como aluna do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino, oferecido pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade), através das quais tive a chance de conhecer o funcionamento da instituição, bem como as atividades dos integrantes da equipe lá atuante.

Este envolvimento com o Núcleo de Saúde Mental favoreceu minha sensibilização pelos problemas trazidos pelas equipes da Unidade de Saúde da Família em questão, possibilitando o interesse em desenvolver sua pesquisa, tendo como sujeitos os integrantes das equipes alojadas na referida Unidade.

### *5.2. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS:*

Os dados foram coletados através da observação participante realizada na USF e durante as visitas domiciliárias, de entrevistas abertas semi-estruturadas e conversas informais com os profissionais que atuam na Unidade.

A coleta de dados iniciou-se com minha inserção no campo, em fevereiro de 2004 e estendeu-se até junho do mesmo ano, com períodos intercalados de menor freqüência nos contatos em decorrência da análise dos dados.

### 5.2.1. Observação participante:

Utilizada como estratégia fundamental da etnografia, a observação participante foi desenvolvida como uma estratégia para reunir dados entre os antropólogos, que estudavam culturas estranhas no início do século XX (MAYAN, 2001).

Neste tipo de observação, o pesquisador é imerso no cenário eleito por um período de tempo, o que possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado (LÚDKE & ANDRÉ, 1986), que pode favorecer a obtenção de uma perspectiva interna do cenário ou da cultura de um grupo.

Nesta pesquisa, a observação aconteceu nos espaços onde as equipes do PSF desenvolvem suas atividades, ou seja, na Unidade de Saúde da Família, nos domicílios e na comunidade.

As observações foram separadas em três fases, compreendendo a inserção no campo, desenvolvimento das entrevistas e visitas domiciliárias e período de análise/validação dos temas culturais.

A primeira fase aconteceu buscando o conhecimento do funcionamento da USF, das pessoas envolvidas no atendimento à clientela e como o faziam.

A permanência na USF acontecia de três a quatro dias por semana, durante um período médio de três horas e meia, intercalando os períodos de manhã e tarde. Na primeira semana não foram acompanhadas visitas domiciliárias, pois o objetivo era conhecer as pessoas e o funcionamento do local, favorecendo uma visão ampla da realidade proposta para o estudo.

A programação previa uma inserção de quinze dias; no entanto, devido à boa avaliação da aproximação, foi decidido, juntamente com os sujeitos, que as

visitas domiciliárias e entrevistas fossem iniciadas. No mesmo dia da discussão acima descrita, aconteceram visitas domiciliárias (VD) em que a enfermeira da USF (**Josi**) e quatro ACS me convidaram. Neste dia não havia programação para visitas, a intenção era permanecer na USF para coleta de maiores informações sobre o funcionamento da Unidade, no entanto, neste dia, havia um grande número de usuários presentes na Unidade, resultando em um acúmulo de pessoas para atendimento e assim, acreditei que durante a VD poderia conhecer melhor os ACS, a enfermeira, a área e parte da população, iniciando a segunda fase. No caminho, o diálogo estava baseado em questões feitas por **Josi** a respeito da minha experiência profissional. Havia quatro visitas programadas, mas só deu tempo para três; as quais passo a apresentar.

Violeta é filha de Dona Rosinha, que é hipertensa e não segue as orientações da equipe quanto ao uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos. Violeta foi quem atendeu a equipe, dizendo que ficaria conversando sobre a mãe do lado de fora da casa, pois falaria de coisas que a mãe não gostaria de ouvir. Queixou-se de que a mãe está “depressiva” por não poder ajudar seus filhos que moram em outro município. Diz que seus irmãos têm vários problemas: um é alcoolista e a outra é violentada pelo marido quando o mesmo chega bêbado a casa. A mãe está assim, porque retornou no final de semana de um passeio na casa dos filhos. A filha fala com aspereza e a equipe acredita que Dona Rosinha precisa mesmo de atenção. A equipe convocou Dona Rosinha para participar do grupo de hipertensos na quarta-feira, sendo identificado que realmente não toma remédios adequadamente, doa seus comprimidos para a vizinhança, reforçando a idéia que a equipe tem sobre ela.

Inês é amasia de Sr. Ronaldo, um alcoolista que vem apresentando delírios e alucinações. Inês solicitou a visita da enfermeira por acreditar que seu companheiro precisa de internação no hospital psiquiátrico, para que ela possa descansar um pouco. Reforçou que ele dá muito trabalho, fica acordado à noite, queixando-se de que não tem emprego. O domicílio está dividido em duas partes: na frente Ronaldo tinha um bar, desativado há aproximadamente um mês por falência. Inês diz que *"ele bebeu todo o bar"*. Ronaldo não estava em casa, havia saído para ajudar numa reforma. Enquanto **Josi** explicava que aparentemente não é caso de internar e que ele precisa passar por uma consulta médica, Ronaldo chega e Inês interrompe o assunto. A enfermeira pergunta a ele se a sua saúde vai bem; ele responde que está ótimo e sai. Inês fala que ele estava bem naquela semana porque não havia bebido, já que não tinha dinheiro para comprar. A equipe despede-se, deixando claro que a família poderá procurar a Unidade de Saúde, caso ele piore.

**Josi** e eu retornamos à USF, as ACS ficaram no bairro. **Josi** pergunta uma sugestão para ocupa-lo, já que está desempregado; foi sugerido recurso na comunidade, como uma oficina de reciclagem de lixo existente na escola do bairro. Questiona sobre sua adequacidade na interação e orientações, sendo identificados alguns pontos positivos e sugiro algumas intervenções, orientações e averiguações, baseando-se nas disponibilidades da equipe (que já o conhecia).

Neste período foram negociados os horários e locais nos quais a entrevistas desta investigação seriam realizadas.

Na terceira fase, minha presença na Unidade tinha por objetivo validar os aspectos levantados nas observações e entrevistas. Esta foi a fase mais difícil; a

sensação de não existir ou de ser transparente perante à visão dos funcionários foi grande. Tinha dias em que estavam tão ocupados que eu ficava horas sem ser percebida. Cheguei a cogitar que as equipes poderiam estar se sentindo avaliadas, justificando seu afastamento. Ou ainda, que desejavam mais de mim, algo que não poderia dar neste momento (já que não tinha como objetivo atender à demanda), procurava conversar com todos, continuava meu trabalho. Esta sensação de invisibilidade diminuiu com o passar do tempo.

Como as equipes não tinham nenhum dado objetivo sobre o atendimento dos doentes mentais, nem mesmo um histórico sobre o tratamento atual, medicações em uso e internações em Hospitais Psiquiátricos, foi discutido com as enfermeiras das equipes e a gerente da Unidade sobre a possibilidade de criar um formulário que oferecesse subsídios para um acompanhamento mais de perto dos doentes mentais e também das suas famílias, já que o formulário poderia ser constantemente atualizado e ainda favorecer a aproximação e as orientações às famílias. O formulário foi desenvolvido pela pesquisadora e orientadora, sendo revisado pela equipe da USF (Anexo E).

Um treinamento para a equipe sobre doença mental e abordagem das famílias foi oferecido. Este, assim como o formulário, não estava previsto no plano da pesquisa, mas emergiu após diálogo com os profissionais e também após constatação da dificuldade em selecionar o que era ou não doença mental. Foi solicitado que os ACS preenchessem o formulário sobre o atendimento atual dos doentes mentais de sua microárea. Este deveria ser entregue no dia do treinamento, tendo três finalidades: oferecer subsídios para a discussão dos casos, quantificar o número de doentes mentais e tratamento recebido, além de ser um instrumento de

fácil acesso para a equipe pesquisar, atualizar e acompanhar esses pacientes e suas famílias.

Vinte e três formulários foram preenchidos pelos ACS. As patologias nem sempre condiziam com doença mental, sendo algumas vezes doenças neurológicas e outras sem diagnóstico. A maior parte dos atendimentos a esses casos acontece no Núcleo de Saúde Mental, os demais não recebem atendimento (por abandono de tratamento ou por não terem conseguido vaga para consulta especializada).

Durante o treinamento, com duração de três horas, a sensibilização dos funcionários quanto à necessidade de inclusão dos doentes mentais e sua família, recebeu enfoque especial. Foram relatados os principais sinais e sintomas de depressão, ansiedade, esquizofrenia, alcoolismo e a relação da doença mental com a epilepsia (neurológica). O tema família recebeu o enfoque não apenas como parte integrante do tratamento, mas também sobre a necessidade de informação, atenção e atendimento das sobrecargas.

Somente os ACS do PSF e PACS participaram do treinamento, os demais profissionais relataram estar muito ocupados na Unidade. Este momento foi muito importante para validação dos temas encontrados na investigação.

Aos ACS do PACS não foi solicitado o preenchimento do formulário, já que não participaram das entrevistas. No entanto, estes participaram mais efetivamente do treinamento, trazendo casos e tirando dúvidas sobre pacientes moradores em suas microáreas. Talvez pudessem ter participado como informantes-chave.

**5.2.2. Informantes:**

Para SPRADLEY (1979), fazer etnografia implica em trabalhar com informantes.

Fizeram parte deste trabalho dois tipos de informantes. Os informantes-chave (15 sujeitos, componentes das equipes do PSF - dois médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e sete ACS) e os informantes (10 sujeitos, sendo eles um médico, um recepcionista, um atendente de farmácia, um auxiliar de enfermagem e seis ACS, sendo quatro do PACS e dois que recusaram participar das entrevistas, justificando vergonha de falar para o gravador).

No momento da minha inserção no campo, um auxiliar de enfermagem estava de férias; diante disso, foi decidido não incluí-lo nesta investigação. Também não participaram três ACS que foram contratados por processo seletivo, realizado no decorrer de minha permanência no local e duas ACS que se recusaram a participar (uma de cada equipe).

Em relação ao tempo em que trabalham no PSF, os sujeitos estão distribuídos de forma homogênea, sendo a grande maioria atuante desde a montagem do Núcleo de Saúde da Família (aproximadamente 4 anos).

Em relação ao trabalho anterior na área da saúde, somente os ACS não trabalharam na área de saúde. Os demais tinham experiência no trabalho em instituições hospitalares e saúde coletiva, principalmente no serviço de pronto-

atendimento. Todas as enfermeiras fizeram algum curso de especialização; no entanto, somente duas em Saúde da Família.

A partir da criação de PROFAE (Profissionalização de auxiliares de enfermagem) idealizado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação com a finalidade de profissionalizar trabalhadores da enfermagem, que atuavam como atendentes e qualificar auxiliares de enfermagem para o nível técnico. Nesta equipe do PSF, surge a oportunidade dos ACS se profissionalizarem em enfermagem. Entre os sujeitos desta pesquisa apenas dois concluíram o curso; porém, não exercem a profissão por não terem conseguido emprego.

A seleção dos informantes-chave foi intencional; a pesquisadora já trabalhou no PSF e conhecia suas dificuldades e as limitações do programa; os demais se tornaram naturalmente durante a inserção e permanência no campo.

A dificuldade foi manter uma relação produtiva com os informantes, quando retornava à Unidade depois da análise dos dados; parece que os informantes se distanciavam e apesar da correria do dia-a-dia, sempre conseguia manter um diálogo com alguém, é claro que depois de passar um bom tempo “invisível”.

### 5.3.3. Entrevista semi-estruturada:

A entrevista semi-estruturada é utilizada para coletar dados dos indivíduos participantes através de um conjunto de perguntas, formuladas em uma ordem específica. Ainda que as perguntas sejam ordenadas, os participantes podem responder livremente.

O pesquisador pode usar algumas questões adicionais para manter o enfoque da pesquisa sobre o tema e para garantir uma descrição mais abrangente da experiência do participante (MAYAN, 2001).

Vários tipos de entrevistas semi-estruturadas podem ser desenhados; neste trabalho, optou-se por uma entrevista cultural, que é utilizada para determinar o conhecimento compartilhado, regras, valores e expectativas de um grupo (MAYAN, 2001).

Foi elaborado um roteiro para entrevistar todos os profissionais da equipe do PSF (Anexo D); o enfoque consistia na experiência em cuidar da família que tem entre seus membros um portador de doença mental. As entrevistas foram gravadas em fita K7.

A intenção era que as equipes marcassem as entrevistas. Desta forma, uma equipe reservou o horário que antecedia sua reunião semanal para a realização da mesma. Neste dia, somente a médica não pode participar. A outra equipe agendou dias e horários e, por duas vezes, os sujeitos desmarcaram por conta da demanda de usuários aumentada na Unidade. Todas entrevistas aconteceram na USF, duas salas estavam disponíveis para tal (vacina e esterilização).

No início das entrevistas sempre era reforçado que não havia intenção de avaliar a equipe e o trabalho desenvolvido; o interesse era conhecer um pouco da cultura dos profissionais em relação às famílias com portadores de doença mental, ressaltando o sigilo da Unidade, dos nomes dos participantes e que disponibilizaria a fita K7 para ser ouvida e a transcrição da entrevista para ser lida.

O tempo decorrido das entrevistas variou entre quinze e cinqüenta minutos. No final, um tempo era disponibilizado para acrescentar alguma coisa que não havia sido falada, mas que considerasse importante, cabendo ao informante a decisão de gravar ou não. Somente um ACS quis acrescentar; entre os auxiliares de enfermagem; uma acrescentou sobre a experiência de ser familiar de doente mental; os médicos e enfermeiros acrescentaram colocando sobre as dificuldades no encaminhamento dos doentes mentais.

As entrevistas eram transcritas no mesmo dia em que ocorriam. Num exercício de ouvir, transcrever, ouvir para corrigir algum erro, ouvir novamente para entender. Depois, uma folha era dividida em duas colunas, sendo a da esquerda destinada à transcrição e a da direita para as anotações necessárias, ou ainda algum comentário sobre a entonação da voz e comportamentos não-verbais. No final, anotavam-se os aspectos que precisavam ser validados.

Com o objetivo de não interferir nos dados, a fase de análise necessitou de uma reflexão sobre conceitos próprios e experiência da pesquisadora no trabalho de inclusão de famílias com doentes mentais. Nesta fase, houve um impacto cultural.

Foi um momento de muita leitura na tentativa de abstrair verdadeiramente os pré-conceitos e os aspectos culturais internalizadas, para conseguir a descrição da realidade encontrada. Com o retorno para validar os aspectos sobre a cultura, anotavam-se as conversações no diário de campo.

### 5.2.4. Diário de campo:

Quando associadas à observação participante, as anotações no diário de campo são relatos descritivos onde são registrados, objetivamente, os acontecimentos observados no cenário do estudo (MAYAN, 2001).

Além disso, o pesquisador pode utilizá-las para clarificar seus pensamentos e planejar os passos seguintes.

O registro permanente deve ser organizado para ser utilizado com mais facilidade durante o estudo.

LÜDKE & ANDRÉ (1986) sugerem que as anotações sejam feitas o mais próximo do momento das observações, devendo ser iniciadas pela data, hora, local de observação e seu período de duração. No resto da página, o pesquisador poderá registrar observações detalhadas, deixando uma ampla margem destinada aos comentários, reflexões e pontos para recordar ou esclarecer melhor (MAYAN, 2001).

MAYAN (2001) faz algumas sugestões para que as observações sejam registradas com êxito: (1) anotar as observações tão logo quanto seja possível; (2) evitar discutí-las até que sejam registradas; (3) evitar conversar enquanto escreve; (4) planejar tempo suficiente para o registro (por exemplo, uma hora de observação pode levar de três a seis horas para registra-la).

Neste trabalho, o diário foi dividido em três partes, sendo elas destinadas à descrição das falas e citações; às observações pessoais do pesquisador e às questões relevantes que necessitarem de maior aprofundamento. As anotações se iniciaram com a inserção do pesquisador no campo e terminou com a finalização da análise.

No campo, as observações, conversações e impressões eram anotadas resumidamente. As anotações completas ocorriam posteriormente, num ambiente tranqüilo, passando por momentos de reflexão antes de serem concluídas.

### *5.3. ANÁLISE DE DADOS:*

A análise dos dados etnográficos pode ser feita de várias formas e existe possibilidade da utilização de métodos compatíveis (GUALDA, 1993). LÜDKE & ANDRÉ (1986) sugerem que os dados sejam analisados no decorrer da pesquisa, de forma a organizar todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar padrões relevantes, para depois reavaliar esses padrões, buscando as relações e experiência num nível de abstração mais elevado.

As entrevistas passaram pelos processos de transcrição, leitura, limpeza, releitura e análise.

A análise contou com as seguintes etapas:

- Identificação dos temas: as entrevistas foram formatadas em três colunas. Na primeira, as linhas eram numeradas, na segunda coluna constava a transcrição por informante; e na terceira, as anotações referentes às observações e análises das falas;

**Quadro 1 – Exemplo da folha de transcrição para anotações, comentários, comportamentos não-verbais e aspectos a validar.**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |

- Agrupamento por questões: as falas referentes a cada questão foram formatadas em três colunas. A primeira com as linhas numeradas, a segunda com as transcrições e a terceira com as observações sobre os temas levantados;

**Quadro 2 – Exemplo da folha de transcrição por questões para anotações, comentários e levantamento de temas.**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |

- Agrupamento por temas: as falas foram agrupadas por temas e categorias. As falas selecionadas por temas foram distribuídas de acordo com as categorias levantadas.

**Quadro 3 – Exemplo da folha de agrupamento das categorias em seus respectivos temas.**

| | **Tema: A família e o cuidar da família** |
|---|---|
| | Categoria 1 : Quem faz parte da família? |
| 1 | |

- Dissertando sobre as categorias;
- Comparação dos dados por profissional.

### *5.4. ÉTICA:*

Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Anexo A), juntamente com o termo de esclarecimento aos participantes e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos B e C).

Os nomes da Unidade, dos participantes e dos componentes das famílias visitados foram trocados, na tentativa de salvaguardar o sigilo dos dados e proteger os direitos dos sujeitos.

Durante o período de transcrição das entrevistas, somente um código correspondente à equipe e ordem da entrevista era registrado na fita K7 e na transcrição. As equipes foram codificadas como 1 e 2, pois, se houvesse alguma discrepância nos significados culturais apresentados, seria possível apresentá-los separadamente, o que não aconteceu. A nomeação das entrevistas só ocorreu na fase em que os informantes foram agrupados por questões.

### *5.5. RIGOR:*

Nesta pesquisa, a identidade do pesquisador e os objetivos do trabalho foram revelados ao grupo desde o início. A vantagem deste procedimento é que o pesquisador poderá ter acesso a uma gama variada de informações, até mesmo confidenciais, pedindo cooperação ao grupo. A desvantagem é ter que aceitar o controle do grupo sobre o que será ou não tornado público pela pesquisa.

A participação do pesquisador com o grupo em estudo facilita o acompanhamento *in loco* das experiências diárias dos sujeitos, de modo a possibilitar a apreensão do significado que os sujeitos atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

Em relação ao tempo de contato do observador-participante, considerando-se as desvantagens anteriormente citadas, optamos por participar do cotidiano da equipe do PSF por três meses, sendo a primeira semana destinada à aproximação com o grupo.

Toda pesquisa deve usar estratégias para garantir o rigor científico. Neste estudo, as estratégias adotadas foram as seguintes: as primeiras entrevistas foram analisadas por dois pesquisadores conjuntamente. O objetivo desta proposta é desenvolver uma linguagem comum. Quando as categorias foram sumarizadas, elas foram apresentadas a três pesquisadores para uma nova análise conjunta. Para sustentar a análise dos dados realizada, tentei providenciar uma narrativa clara e detalhada sobre todos os procedimentos envolvidos.

# 6- DESCREVENDO O CONTEXTO

## 6.1. A Unidade Saúde da Família José da Silva

Este trabalho foi desenvolvido na Unidade Saúde da Família (USF) José da Silva da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Inaugurada em 2000.

Abrange quatro bairros, sendo três construídos pela Companhia de Habitação (COHAB) e um adquirido através de venda de lotes urbanizados. A população moradora da região conta com três escolas, entre elas duas municipais destinadas à Educação Infantil e uma estadual destinada ao Ensino Fundamental.

A USF está instalada em um bairro periférico e humilde, em que as casas já passaram por alguma reforma, as ruas são arborizadas. Nos demais bairros, também existem árvores nas calçadas, no entanto, em número menor.

Com a inauguração, foi encaminhada ao Ministério da Saúde a solicitação de credenciamento da unidade, sendo feito um projeto similar ao proposto pelo Ministério da Saúde (MS), no qual a atuação dos profissionais médicos e enfermeiros se daria por quatro horas diárias. Esta proposta com carga horária reduzida foi feita, porque o gestor municipal da época não aprovou a carga horária de oito horas para estes trabalhadores.

Neste município, os profissionais de nível superior concursados possuem uma jornada de trabalho de 20 horas semanais. Mesmo sem o credenciamento, a equipe trabalhou de acordo como preconiza o Ministério da Saúde; no entanto, em quatro horas diárias. No ano seguinte, após a posse de um novo gestor municipal, a dobra de carga horária foi autorizada; com isso, novamente foi solicitado o credenciamento junto ao MS, sendo credenciado em janeiro de 2001.

A esta área de abrangência, duas equipes do PSF foram constituídas, correspondendo a uma cobertura de 85% da população pertencente à mesma. Os outros 15% foram destinados a uma equipe de PACS, sob responsabilidade da gerente da Unidade (uma enfermeira que foi incluída neste estudo por gerenciar não só a USF como também as outras equipes).

Diante da abertura desta nova Unidade de Saúde e da impossibilidade de novas contratações, a Secretaria Municipal de Saúde encaminhou às outras unidades um ofício, comunicando a disponibilidade para transferência, buscando identificar interessados em trabalhar em PSF; no entanto, só profissionais moradores das proximidades se dispuseram ser transferidos, os quais compuseram a equipe.

Os auxiliares de enfermagem foram transferidos de UBS que funcionavam no noturno; nelas havia profissionais ociosos, principalmente no vespertino. Para a transferência foi considerada a região dos domicílios.

Inicialmente, os médicos e enfermeiros estudaram as propostas do PSF e fizeram a seleção dos ACS. Para o processo seletivo para agentes comunitários de saúde, a equipe divulgou a abertura de vagas através de um ofício encaminhado à Associação de Moradores dos Bairros da área de abrangência. Os candidatos inscritos passaram por um treinamento em saúde por 20 horas. Após este treinamento, foram avaliados através de prova classificatória. Após contratação dos ACS, os médicos e enfermeiras os ajudaram no cadastramento das famílias.

A USF tem sua área física bem conservada, limpa (na medida do possível), os consultórios e salas de pré e pós-consulta são decorados com papéis de parede, comprados pelos profissionais, dando um aspecto mais alegre à Unidade.

Para sua construção, foi utilizada uma planta física semelhante às de outras Unidades de Saúde do município. O espaço físico se divide da seguinte forma:

- 01 sala de esterilização equipada;
- 01 sala para curativo séptico;
- 01 sala para curativo asséptico;
- 01 expurgo;
- 01 sala de inalação;
- 01 sala de medicação com espaço para observação onde estão dispostas três macas;
- 01 farmácia;
- 01 sala para a Gerente;
- 01 sala para ACS com computador;
- 02 banheiros para pacientes (um feminino e outro masculino);
- 01 sala de reuniões;
- 01 sala de odontologia;
- 04 consultórios;
- 01 sala de vacina (funcionamento das 13:30 às 17:00 hs. Pela manhã só atende se for emergência);
- 01 sala para enfermeiros equipada com uma mesa ginecológica;
- 01 recepção equipada com três computadores, armário para guarda de prontuários;
- 01 almoxarifado;
- 03 salas de pré e pós-atendimentos (pediatria, clínica geral e ginecologia);
- 01 cozinha;
- 01 área de serviço;
- 02 banheiros para funcionários (masculino e feminino);
- 03 salas de espera (clínica médica, pediatria e enfermeiros; ginecologia e odontologia).

Esta USF trabalha juntamente com um serviço de UBS, pois abriga médicos com especialidades que atuam, também, como referência dos PSF e PACS. Sendo eles: um clínico geral, quatro pediatras e dois ginecologistas, além de dois do PSF (uma pneumologista e uma pediatra).

Os profissionais de nível superior, principalmente médicos, referem que tiveram grande dificuldade em adaptar-se às estratégias do PSF, por serem provenientes de serviços onde realizavam Pronto-atendimento. Para eles só o fato de ter consulta agendada já era uma grande mudança. Só depois foram percebendo que o trabalho no PSF vai muito além dos agendamentos de consultas.

As consultas podem ser marcadas tanto pela população quanto pelos profissionais do PSF, independente da especialidade. A priori são marcadas com os médicos do PSF; no entanto, em se tratando de especialidades, os indivíduos podem marcar consulta com os médicos especialistas que servem como referência para cada equipe.

Cada equipe de PSF é composta da seguinte forma: um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis ACS. No momento da minha inserção no campo, a equipe 1 estava com um auxiliar de enfermagem de férias e somente cinco ACS; a equipe 2 estava com apenas quatro ACS.

Na unidade trabalham duas auxiliares e uma técnica de enfermagem, três dentistas, pessoal administrativo (dois recepcionistas e dois estagiários), uma auxiliar de farmácia, duas auxiliares de limpeza, duas atendentes de consultório dentário. Um dos dentistas está credenciado no PSF desde o ano passado; porém, ainda não começou suas atividades com a população.

As enfermeiras do PSF fizeram Especialização em Programa Saúde da Família, quando já estavam trabalhando no programa. Um dentista também fez, mas não é o que está credenciado ao PSF.

Cada uma das enfermeiras fica responsável pela USF em um turno, podendo ser manhã ou tarde. Neste período, realizam consultas de enfermagem, atendem à demanda espontânea (consultas eventuais) e marcam consultas da população da sua área de abrangência.

O período em que não estão escaladas na USF, as enfermeiras utilizam para atividades educativas, reuniões de grupo, realização de assuntos administrativos, reuniões de equipe e visitas domiciliárias. As atividades educativas são realizadas conforme necessidade, não havendo datas programadas com muita antecedência.

Sobre as reuniões de grupo, a população moradora nas áreas cobertas pelo PSF conta com um grupo para hipertensos e diabéticos. A equipe 1 a realiza às sextas-feiras (15 horas) e a equipe 2 de quarta-feira, às 10 horas. A reunião da E2 foi acompanhada pela pesquisadora, funcionando da seguinte forma: os pacientes que aparentemente não estão seguindo o tratamento conforme recomendações médicas são convocados através de carta. Solicita-se que o paciente ou familiar compareça à unidade trazendo a prescrição médica, medicamentos em uso e o cartão da unidade. Desta forma, quando é identificado que há sobra de medicamentos, pacientes que faltam aos retornos ou que não passam em consultas há mais de três meses, a equipe faz orientações e os encaminha para o agendamento. Caso haja dúvida sobre a validade da prescrição, a data da retirada do medicamento na farmácia é checada.

As prescrições médicas para medicamentos de uso contínuo têm validade de três meses; após este período, o paciente deverá comparecer ao retorno para nova prescrição. A farmácia fornece a quantidade necessária para o consumo em 30 dias.

Às terças-feiras, a enfermeira da E2 faz reuniões com a população da área de abrangência da USF sobre o planejamento familiar. A mesma informa que a DIR-XVIII realiza reuniões do colegiado do PSF toda a segunda quinta-feira do mês, nas quais sempre participava; hoje em dia está difícil por causa do número escasso de funcionários na USF. Uma vez ao mês faz reuniões com os professores na EMEI (Escola Municipal de Ensino Infantil); esta enfermeira foi questionada sobre o principal problema de saúde da escola e informou que a dificuldade não é dos alunos, mas dos profissionais, que necessitam incluir e atender os deficientes, alunos da instituição.

Cada equipe tem reuniões ordinárias com a finalidade de discutir dificuldades e/ou problemas referentes aos membros das famílias visitadas (E1 – segundas-feiras às 14 horas; E2 – quintas-feiras às 10 horas), podendo se reunir extraordinariamente em reuniões, onde participa toda a equipe da USF.

As visitas domiciliárias são realizadas diariamente pelos ACS; os auxiliares de enfermagem saem para VD raramente, as enfermeiras e médicos pelo menos uma vez por semana.

As equipes de PSF e PACS disponibilizaram o registro do SIAB referente à VD e número de famílias atendidas, do mês de abril/2004, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 4: Número de pessoas, famílias e visitas domiciliárias realizadas no mês de abril/04 por equipe.**

| Equipe Ocorrência | População atendida | Famílias atendidas | VD ACS | VD médico | VD enfermeira | VD auxiliar de enfermagem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Equipe 1** | 3717 | 896 | 851 | 1 | 6 | 2 |
| **Equipe 2** | 3509 | 829 | 656 | 6 | 13 | 06 |

Através do quadro acima podemos perceber que em relação a visitas domiciliárias, as equipes se comportam de maneira diferente, pelo menos em números. Ressalte-se que a equipe 2 estava com dois ACS a menos no fechamento do mês referido, justificando o número de visitas bem menor do que o preconizado no PSF. Já que as visitas domiciliárias deverão acontecer pelo menos uma vez por mês em todas as famílias cadastradas. Para compensar, esta equipe teve um número maior de VD realizada por médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

As equipes também disponibilizaram os valores referentes à população doente ou com condição referida (disponível nas Fichas A e quantificadas ao SIAB).

**Quadro 5: Número de pessoas com doença referida na Ficha A e internações por álcool ou em hospitais psiquiátricos (parcial de 2004), por equipe.**

| Equipe | ALC | DEF | EPI | DME* | Internação por abuso de álcool | Internação em Hospital psiquiátrico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **E1** | 32 | 17 | 9 | 0 | 13 | 02 |
| **E2** | 18 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |

* Valores disponibilizados pelas enfermeiras da equipe, segundo elas, de acordo com o SIAB.

No total, a USF atende 2161 (duas mil, cento e sessenta e uma) famílias, o que corresponde a 8859 (oito mil, oitocentos e cinqüenta e nove) indivíduos, sendo eles 63 (sessenta e três) alcoolistas, seis deficientes, 12 (doze) portadores de epilepsia e nenhum doente mental. Como mencionado anteriormente, os distúrbios mentais, apesar de aparecerem na ficha A, não são cadastrados pelo SIAB; por esta razão não aparecem no quadro 5.

### 6.2. Descrevendo o atendimento aos portadores de doença mental:

Os portadores de doença mental são atendidos, principalmente, pelos profissionais do Núcleo de Saúde Mental; alguns pacientes fazem acompanhamento em outros locais, como Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital-dia.

Desde a inauguração da Unidade, a equipe tem se preocupado com as questões dos doentes mentais, ora por enfrentamento da doença, ora por adequação e melhoria no atendimento. Nesses casos, a equipe solicitava ajuda do Coordenador da Saúde Mental do município. *"No início, a gente vinha percebendo que muitas crises aconteciam com esses pacientes, talvez pela confusão que eles ou sua família faziam com tanta variedade de medicações…"* (**Luísa**). A equipe constatou que realmente havia muitos pacientes descompensados, sem controle das medicações, sendo então sugerido e esquematizado um programa de medicação supervisionada. Todos os dias um funcionário ficava responsável por este programa (visita domiciliária, administração do medicamento e orientações à família). As medicações eram separadas em envelopes diários, ou ainda, por horários. Os pacientes e suas famílias eram orientados como fazer nos finais de semana. Hoje em dia, houve redução desses casos sem controle, **Luísa** (auxiliar de enfermagem E2) atribui ao aprendizado proporcionado pelo programa.

A situação acima descrita é muito importante para demonstrar que soluções simples para problemas constantemente observados valem a pena e dão certo. Sabemos, também, que a adesão ao tratamento psicofarmacológico contribui na prevenção de recaídas.

O Coordenador de Saúde Mental do município tinha dificuldades para suprir as necessidades das equipes, pois era necessário um acompanhamento mais de perto, uma supervisão. Então a equipe sugeriu procurar o Núcleo de Saúde Mental (NSM) para discutir os casos mais urgentes e graves, por exemplo, pacientes que ameaçavam e/ou tentavam suicídio freqüentemente. O NSM os acolheu, ofereceu apoio e até hoje estão abertos à discussão de casos. Para as discussões, sempre um profissional de uma das equipes se dirige ao NSM com seus próprios recursos e discute casos da área de sua equipe.

As médicas das equipes atendem os doentes mentais somente quando apresentam problemas clínicos. Visitas domiciliárias são realizadas somente quando há um risco muito grande, como é o caso de pacientes com ideação suicida, quando estes profissionais telefonam para o NSM na tentativa de discutir o caso para marcar consulta ou encaminhar para o serviço de urgência do Hospital das Clínicas.

Embora não cadastrados no SIAB, os casos de transtornos mentais mobilizam as equipes. A complexidade dos casos ou sua peculiaridade tem exigido que a equipe procure se articular com o serviço de saúde mental, concretizando de alguma maneira a idéia de suporte social.

Outra observação importante diz respeito à formação dos profissionais de saúde de nível superior. Todos deixaram o contexto conhecido como pronto-atendimento ou serviços em Unidades Básicas de Saúde para trabalhar em uma outra proposta: PSF. Os esforços têm sido grandes, envolvem o estudar, se dispor a fazer visitas domiciliárias, ir ao NSM, enfim, utilizar a rede social e os recursos teóricos para atuar nesta outra perspectiva.

# 7- SIGNIFICADOS

### 7.1. A família e o cuidar da família

Vários temas surgiram durante as observações, entrevistas e treinamento. Um deles, talvez, o que tenha chamado mais atenção, está relacionado ao significado de família.

A conceituação de família vai além daquela visão de que a família é puramente nuclear, constituída de pais e filhos, como se fosse uma regra ou um modelo de família ideal. Independente desse julgamento, em muitas falas a frase: *"família é tudo pra mim"* apareceu; em algumas delas, não só o fato da consangüinidade era considerado, mas também contemplavam a família formada no ambiente de trabalho: *"Às vezes, o ambiente de trabalho também acaba virando uma família. Porque querendo ou não você convive. Eu convivo mais tempo com os meus colegas de trabalho do que com minha família. Minha mãe, por exemplo, eu vejo uma vez por mês. Meus colegas de trabalho eu vejo todo dia. De uma maneira eu fico sabendo mais do que da minha mãe. Então minha concepção é muito abrangente de família"* **(Luísa)**.

Além da consideração de colegas de trabalho como constituintes da família não-nuclear, a família como cliente também foi incluída nos significados dos informantes, algumas vezes acrescida aos conceitos nuclear e do ambiente de trabalho: *"Família pra mim é tudo, união, é… carisma, é acolhimento, saúde, alegria, paz. (…) Meus amigos, meus parentes, meus filhos, meus colegas de trabalho e as pessoas que eu visito também são minha família, indiretamente, não de sangue, mas de convivência, sabe, de consideração"* **(Ângela).**

A diferenciação de família em grupos, como família com laços consangüíneos e a família que não é de sangue apareceu em algumas falas. Entre a

família que não é de sangue, a conceituação apareceu dividida em dois sub-grupos, a família do ambiente de trabalho e a família como cliente. *"A família, pra mim família é o que? Os meus, que é da minha família, que é sangue, entendeu? Família pra mim é assim, no trabalho, eu acho que a gente está tudo aqui junto, o dia todo, também é uma família. Os pacientes que a gente trabalha, que a gente considera, está sempre ajudando, que nem esse paciente que a gente tem, que tem problema mental, você vai atrás, atrás de medicação, acho que também é família, né. Eu considero como família. Às vezes eles não fazem as coisas direito, a gente fica brava com eles, é como se fosse alguém da família"* **(Taís)**.

Acreditamos que esta conceituação está relacionada à aproximação que os trabalhadores do PSF têm com esses indivíduos, principalmente a família. As falas representativas desta temática aparecem nas entrevistas de auxiliares de enfermagem e de ACS. Talvez a aproximação seja tão efetiva que desperta nestes profissionais a inclusão de colegas de trabalho e as famílias atendidas como parte de suas famílias, ou ainda, porque fazem parte do mesmo extrato social (os ACS moram no mesmo bairro).

A proximidade da equipe do PSF com as famílias atendidas reflete um sentimento de pertença ao grupo, ou melhor, os ACS e auxiliares de enfermagem se sentem parte da família e conseguem, através da empatia, bons resultados em relação à saúde familiar, da mesma forma que a família pode se sentir integrante da equipe de saúde, e por isso, reforçar os aspectos positivos e os resultados obtidos através desta aproximação/atenção. Assim, a família pode "divulgar" assuntos mais saudáveis e formar opinião perante a comunidade, servindo como exemplo.

A convivência positiva serve de suporte/ajuda para outras famílias.

As diferenças sócio-culturais podem desencadear no indivíduo um comportamento alternativo, ou seja, enquanto está a trabalho, lança mão de recursos, conceitos e práticas diferentes das que assumiria se estivesse lidando com pessoas de um contexto equivalente ao seu. Como mostra os trechos abaixo, em que as entrevistadas referem que a população do local onde trabalham tem um conceito de família que é diferente do seu conceito, sendo diferente também do conceito do Ministério da Saúde: *"(…) e a gente vê que isso não existe nessa área que a gente trabalha. Aqui é um agregado de pessoas que a gente nem sabe o que eles pensam que é família"* **(Maria).** *"(…) mas é diferente da definição, do conceito do Ministério da Saúde. Que são todos os agregados, que inclui. Eu não considero pra mim, família assim, não. Família é pessoas que têm o mesmo sangue, que moram juntas"* **(Josi).** As informantes acima são enfermeiras.

E não é somente no aspecto definição de família que diferenças acontecem. A maioria dos informantes acredita que há distinção entre a família "normal" e a família com doente mental.

A principal distinção está relacionada à facilidade e dificuldade de atenção às famílias. *"Eu acho que, sinceramente, a família que não tem doente mental é mais difícil. Porque a pessoa que tem, que nem eu te falei, na minha área não tem, mas a gente visita na área das outras pessoas. Eles são mais carinhosos, eles são pegajosos demais, sabe, quando não estão surtando. Eu acho que é mais fácil trabalhar com esse tipo de família…"* **(Olga).** Esta facilidade referida está claramente identificada quando o paciente não está em surto. Fora do surto, os doentes ficam mais próximos, o que facilita a abordagem, a interação e a atuação. Na tentativa de entender se esta facilidade acontece também quando estão em surto, foi

necessário discutir este tema com o grupo que estava no treinamento. A resposta não surpreendeu; os informantes relataram que quando sabem que o paciente está em crise tem muito medo de se aproximar; no entanto, algumas vezes se aproximam somente por curiosidade.

No ponto de vista estrutural, os informantes se posicionaram de forma divergente, ora colocando que a família do doente mental é desestruturada, ora mais estruturada. **Patrícia** diz que *"é complicado, sabe a família do doente mental fica tão desestruturada porque você nunca sabe de que maneira você vai encontrar aquele doente, né. Se ele está bem, se ele não está. E quem está do lado dele, está sempre estressado, principalmente se ele não quiser ajuda"*. Em contrapartida, a família pode parecer mais estruturada para se organizar na atenção e no cuidado ao enfermo: *"Olha, às vezes, a gente tem família que tem um paciente com doença mental muito mais estruturada do que uma família que não tem uma doença mental, que tem outros problemas, né"* **(Ana).**

A doença mental, comparada às outras doenças crônicas, surge numa discussão que indica que a vulnerabilidade da enfermidade psíquica leva a família aceitar com mais facilidade as recomendações da equipe de saúde: *"É sei lá, acho que é mais fácil, né. Acho que é mais fácil, entre aspas, porque às vezes tem uma família com paciente de psiquiatria, doente mental, acho que é mais fácil de trabalhar com ela, do que uma outra família que é bem mais complicada. Que nem, um hipertenso, diabético não faz nada direito. Eu acho mais fácil você trabalhar porque lá ele está indo no retorno direitinho, e se ele fizer direito, vai que nem uma benção! Os diabéticos você vê, eu falo pra eles das complicações que tem, mas parece que eles não acreditam, quando acontece de um morrer, ou dá um AVC que*

*nem deu num paciente nosso aqui, que você falava, orientava e ele nem aí. Pra você vê, então eu acho mais fácil trabalhar com uma família do paciente mental, do que a do outro normal. Eu acho que é mais fácil, porque recebe melhor"* **(Taís)**.

A informante acima valoriza muito a diferença no atendimento às famílias com doenças crônicas, fazendo uma comparação que indica que a família com doente mental recebe melhor as orientações, porque sabe das complicações e conseqüências se o tratamento não for seguido, enquanto a "normal", por exemplo, a do diabético, pode não acreditar que alguma coisa acontecerá com o doente; diante disso, a não adesão ao tratamento indicado poderá levá-lo a um prognóstico ruim.

Embora o problema da adesão se apresente tanto para os doentes mentais como para outras doenças crônicas, há uma diferenciação importante. Parece que os não doentes mentais teriam mais obrigação de entender do que o doente mental, já que a doença mental está associada também à falta de juízo e de capacidade intelectual.

Outro aspecto é que parece que eles reconhecem o sofrimento familiar como muito intenso e coloca a família numa condição de aceitar toda e qualquer ajuda. Algo como a perda da capacidade de autonomia para o cuidado. Então, a família parece aceitar melhor as orientações.

Reforçando a idéia de que não existe diferença no atendimento da família normal ou patológica, a enfermeira **Maria** discute o tema no seguinte trecho: *"Eu não vejo diferença, eu acho que a família é a mesma, eu acho que só muda a doença. Se você encarar, eu vejo, minha maneira de pensar é assim: se você encarar um paciente hipertenso ou diabético, ele tem lá sua doença que eu preciso trabalhar. Se*

*eu ver um paciente com doença mental, eu preciso saber o fundamento dessa doença mental e trabalhar esse paciente dentro do seu contexto de saúde e de doença".*

O enfoque da família como unidade de ação programática nos faz pensar na possibilidade de encontrar famílias, que durante o cadastramento possam ser vistas como saudáveis. O que não quer dizer que no decorrer da nossa atenção esta família não possa adoecer.

É com base nessa situação de diferenciação do normal e patológico que as temáticas família saudável e saúde da família serão discutidas.

Segundo Patrício, citado por NUNES & BARBOSA (2000), saúde da família é a capacidade de buscar e normalizar seu bem viver, fundamentada na prática do cuidado, a partir dos recursos de cada membro da família como unidade, com suas crenças, valores e modos de cuidar, envolvendo a utilização de cuidados do sistema profissional de saúde.

NITSCHKE et al. (1992) citando a pesquisa de Curran realizada com 551 profissionais que trabalham com famílias, descreve, segundo a percepção destes, as características mais citadas de uma família saudável. Sendo elas:

> *"os membros comunicam-se (escutam um ao outro); dão suporte um ao outro; há ensinamento de respeito de um pelo outro; desenvolve o senso de unidade; possui senso de humor e para brincar; exibe um senso de responsabilidades partilhadas; ensina um senso de certo e errado; possui um forte senso de família rico em rituais e tradições; existe um equilíbrio de interação entre os membros; possui um centro religioso; há o respeito pela privacidade do outro; existem valores de ajudar o outro; cria um tempo para a família à mesa para conversar; partilha tempo de lazer; e admite solicitar ajuda quando está com problemas"*(p.36).

NITSCHKE et al. (1992) citando Pratt e Gillis, relata que para ser considerada saudável, a família deve ser examinada através dos seus laços com a comunidade, da interação entre os seus membros, a estrutura de papéis, a liberdade e a responsabilidade.

O PSF favorece esse exame, por não limitar sua atenção às interações intra e extra familiares, mas enfocando-a no ambiente, na comunidade, no suporte social, contextualizando-a.

A partir das definições acima citadas, podemos concluir que a identificação dos fatores de risco nem sempre acontecem nos primeiros encontros, quando os vínculos ainda não estão bem estabelecidos.

Assim, a saúde da família só pode ser avaliada, se a família for acompanhada de perto, continuamente, por um processo de trabalhar, com, para, na família e na comunidade.

O vínculo existente entre a equipe e as famílias é muito favorável no PSF, pois facilita a avaliação e o sucesso das intervenções em saúde.

É sempre um risco considerar essa ou aquela família como disfuncional, por ter um membro portador de certa doença. A família pode ser disfuncional mesmo que não tenha doença diagnosticada entre seus componentes; pode se desestruturar, por exemplo, por modificação na sua estrutura e/ou doenças. TRAD & BASTOS (1998) relatam que a família é constituída de um sistema de interação interdependente, mantendo seus membros implicados na capacidade de alterar o comportamento dos outros com seus próprios movimentos, concordando com as descrições de WRIGHT & LEAHEY (2002) quando comparam a família com um móbile, onde a qualquer oscilação nas peças provoca um desequilíbrio em todo

móbile, sendo o equilíbrio restabelecido quando o todo exerce influência na parte afetada.

Isso não quer dizer que existam famílias diferentes, mas que diante de uma alteração, a família pode ou não se organizar e adaptar um funcionamento o mais próximo possível do anterior. É preciso conhecer bem a família: *"existe uma família, por exemplo, que sabe que aquela pessoa tem doença mental, mas que eles (doentes mentais) são cativantes para eles, sabe que é aquilo. Porque tem aquele outro que odeia, não vê a hora daquele paciente morrer. Deseja a morte. Então eu acho que a gente tem que ter atenção dobrada para aquela que tem doente mental"* **(Ângela).**

Por outro lado, a crença que a família tem na cura da doença mental pode dificultar o entendimento, levando a equipe considerar aquela família mais difícil de atender: *"A família que não tem doença mental é mais fácil, né. Por exemplo, é difícil, mas você mostrando a conseqüência, a complicação, eles conseguem entender, tem um entendimento. Agora a do doente mental não, porque a família espera uma cura, ou uma melhora"* **(Josi).** Relatos como esse poderiam ser desmistificados, utilizando como recurso a orientação quanto à doença e às reações que o paciente apresenta, explicando-lhes que alguns comportamentos são decorrentes da patologia e que o acompanhamento e o tratamento podem melhorar a qualidade de vida do enfermo, aliviando a família.

A maioria dos informantes acredita que o tratamento só é efetivo se a família colaborar, como é uma família que exige mais atenção *"porque a que tem doença mental, tem que ter mais carinho, mais preocupação, mais atendimento, tem que passar mais na casa"* (**Clarice)**, melhora a interação com os profissionais,

levando à aceitação da doença e facilitando a adesão ao tratamento. *"Eu acho que é tratar diferenciado, mas não melhor… Diferenciado assim, redobrar a atenção para essa família, ir mais vezes. É uma visita por mês, mas você precisa ir mais vezes pra você saber mais coisa daquele paciente, do seu dia-a-dia, se houve mudança, entendeu? Agora, só porque eu sei que é uma vez por mês e eu sei que aquela família está com dificuldade, é naquele dia que só pelo fato de você chegar preocupada com aquele doente, aquele dia já é melhor para o tratador"* **(Ângela).**

A diferenciação na atenção talvez apareça porque o doente mental é uma pessoa diferente e a família nem sempre aprende a conviver com essas diferenças: *"(…) não foi, perdeu o médico porque estava agitado, vai em um lugar levar e todo mundo fica olhando, porque ele tem uma mania assim e todo mundo encara. O que é isso? As pessoas não só olham, as pessoas querem saber, então para a família é difícil. Às vezes, quando não é mental e tem uma deficiência muito feia, é constrangedor pra quem leva nos lugares. Porque as pessoas estão ali para saber, chega no médico, uma fica cutucando a outra, faz gestos, então, isso magoa muito"* **(Ângela)**. Situações como essa pode levar a família a esconder seu doente em casa, na tentativa de preservar sua privacidade; evitam ser alvo de comentários inadequados e de perguntas desnecessárias. FREITAS (1998) relata que os isolamentos físico e psicossocial favorecem a violação dos direitos humanos elementares e a estigmatização do paciente, da família e da rede social implicada. A enfermagem pode e deve ajudar a família do doente mental a viver melhor, possibilitando um espaço terapêutico. A identificação, o olhar e o ouvir a família nesses momentos podem favorecer, inclusive, ações educativas à população, tanto na

aceitação do vizinho doente como também na inclusão de toda a família na comunidade.

Outro fato embutido na questão anterior se refere à sobrecarga gerada pelo cuidado ao doente mental. *"A dificuldade com a família do doente mental é que todos os membros sofrem; então, todos eles precisam de ajuda, não seria só o doente mental. Então ali, você tem que ter um pra centrar no que é mais centrado, que também precisa de ajuda, porque ele carrega um peso grande"* **(Clara)**. *"Ninguém sabe o que é conviver com um paciente com problema mental! Descompensa, eu acredito assim, eu não critico, não critico porque tenho uma base do que é. A pessoa está sempre estressada e insegura; ele nunca sabe de que maneira vai encontrar o seu familiar. De uma hora pra outra, você fica seguro, hoje a pessoa está bem. Eu estou bem, mas daqui a pouco você não sabe se vai continuar bem; então a pessoa vai trabalhar preocupada (…) É muita carga, a pessoa tem que ter muita preparação, muita! Precisa ser muito preparado, é difícil"* **(Patrícia).** Esta informante fala com conhecimento de causa, é familiar de doente mental, seu filho e sua irmã estão em tratamento, durante a pesquisa apresentaram um surto e a informante desestruturou.

FUKUDA (1989) salienta que na conversa com familiares de doentes mentais a instabilidade dos comportamentos dos portadores de enfermidade psíquica pode ser identificada como problemática; aliás, a instabilidade é um dos principais problemas dos pacientes crônicos.

KOGA & FUREGATO (1998) identificaram os tipos de sobrecargas que são impostas à família: sobrecarga financeira, sobrecarga nas rotinas familiares, sobrecarga em forma de doença física ou emocional e as alterações nas atividades de lazer e nas relações sociais da família do doente mental.

Relacionando a pesquisa das autoras acima com as aflições apresentadas em diversos momentos pela entrevistada referida, alguns aspectos se tornam relevantes, tais como: a informante referiu que o médico introduziu uma medicação mais cara para seu filho, que necessita requisição de medicamento de alto custo, o que demora um certo tempo para chegar, sendo necessária a aquisição do medicamento na farmácia até o recebimento do mesmo; constantemente é chamada ao Colégio do filho por apresentar alterações de comportamento, gerando preocupação e constrangimento por parte da mãe, pois nem sempre oferece perigo aos que estão próximos, nem mesmo a ele; freqüentemente falta ao trabalho para socorrer o filho ou a irmã, que mora com a mãe idosa; e finalmente, precisou de licença-saúde, levando à USF um atestado constando o diagnóstico de depressão maior. Então, o adoecimento de todo grupo familiar chega a ser constatado com um atestado médico.

O ponto de vista médico da sobrecarga também foi identificado: *"Nossa abordagem é bem diferente mesmo. A abordagem médica é uma família (…) que a gente acaba tendo um vínculo melhor, um vínculo maior, a gente sabe das dificuldades dos próprios familiares dentro de casa com o paciente. Às vezes a própria mãe, o próprio pai tem a dificuldade com o paciente. O vínculo, às vezes, não com o paciente, mas assim, com a família, o cuidador, a gente tem um cuidado*

*especial com esse cuidador. Porque a gente acaba ficando mais sensibilizado, né. Sabe o problema que aquela pessoa tem dentro de casa, que não é fácil"* **(Moema)**.

A família passa a funcionar como unidade do cuidado, como preconiza a estratégia de saúde da família e o referencial sistêmico de cuidado de enfermagem à família que sofre. *"Isso implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades"* (ANGELO & BOUSSO, 2001 p.2).

*"A necessidade que o paciente tem da família como parte do tratamento, que as pessoas precisam ter paciência, ajudar o paciente a ver se está tomando o medicamento. Ir nos retornos, ajudá-lo a encontrar uma atividade que ele possa estar desenvolvendo"* **(Mônica).**

Diante da família como foco de atenção, a equipe normalmente chama os componentes para conversar sobre os problemas de saúde de um membro. Esses encontros acontecem, na maioria das vezes, na unidade de saúde. *"A gente costuma chamar a família, mas a família, às vezes… eu diria que não… eu não sei te dizer em termos de porcentagem, mas a família muitas vezes não dá ouvido a isso. E quando vem, também, muitas vezes não vem com o intuito de ajudar, às vezes até a gente consegue convencer a família. Olha, a pessoa a quem nós referimos, né, fulano de tal precisa da sua ajuda por isso, por isso e por aquilo, às vezes a pessoa se nega a ajudar. Às vezes a gente consegue convencer a família de que aquela pessoa está precisando de ajuda, mas não é sempre também não. Então não é assim tão bonitinho, né. Olha, nós vamos chamar a família e vai ficar tudo bem, porque é ação e reação; de repente você chama a família, ela vem mas a resposta não é a que a gente quer. Isso acontece muito, né. É complicado"* **(Ana).**

É muito comum vivenciarmos profissionais verbalizando que as famílias nem sempre têm a resposta que a equipe/profissional espera, isto acontece porque nós, profissionais, acabamos trabalhando tendo por base as nossas expectativas, que nem sempre correspondem às das famílias assistidas.

As orientações feitas pelos profissionais de saúde podem ou não ser seguidas; cabe a eles um acompanhamento mais de perto, utilizando como recurso a visita domiciliária, pois através dela é possível conhecer melhor a realidade vivida por aquela família, além de estreitar o relacionamento entre equipe e família, facilitando a interação, as elaborações de intervenções junto com a família e conseqüentemente a aceitação pela família.

O domicílio é o principal cenário onde as interações com as famílias acontecem. Nele ocorrem relações sociais geradoras de conflito, fatores de risco de adoecer, além de funcionar como local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção e manutenção da saúde (ARAÚJO et al., 2000).

A principal dificuldade relatada pelos informantes a respeito das visitas domiciliárias está relacionada ao sentimento de "invasão" não só da casa, mas da vida dos moradores: *"hoje você vai e fala alguma coisa, você tem que cativar, primeiro você tem que conquistar. Quando ela pegar confiança em você, hoje você vai conhecer ela, amanhã o filho, não pode querer fazer as coisas num dia só. Querer conhecer a família, hoje você quer saber quantos pertencem à família, aí cada dia você vai conhecendo um pouquinho de cada um. Se você for lá um dia, hoje vou fazer uma entrevista e juntar todo mundo na sala, às vezes não dá certo, cada um quer falar uma coisa e você acaba não fazendo um trabalho bom"* **(Ângela).** A

fala anterior descreve o trabalho de vinculação entre equipe e família. Não é só o ACS que precisa de um bom vínculo para o trabalho ser efetivo, mas toda a equipe. Se isso não acontecer, dificilmente as recomendações serão aceitas. *"No começo é bem difícil, porque você não tem vínculo nenhum, aí depois que a gente vincula, a gente passa a conhecer tudo, saber de tudo, uma coisa bem sigilosa, segredo das pessoas"* **(Olga).** Guardar segredo diferencia a equipe atuante de uma equipe que não consegue ter uma boa aproximação das famílias. *"Então você tem que ter um jogo de cintura e saber o que fala, porque para trabalhar como agente comunitária, você tem que ter muita ética, muita sinceridade, olhar no olho. (…) A ética é fundamental, o acolhimento e o respeito. Tem que respeitar"* **(Ângela).** A confiança, a sinceridade e a ética são ingredientes fundamentais no relacionamento interpessoal.

A inserção no cotidiano do cliente, proporcionada pelo cuidado dispensado no domicílio, fornece subsídios para a equipe do PSF identificar demandas e potencialidades da família *"em um clima de parceria terapêutica"* (ARAÚJO et al. 2000, p. 118).

A visita domiciliária (VD) visa a conhecer o indivíduo na ambiente onde vive, com o objetivo de envolver a família no seu tratamento.

PADILHA et al. (1994) destaca algumas vantagens da utilização da VD como método de trabalho para enfermagem com famílias, tais como: (1) proporciona observação e conhecimento do indivíduo no seu contexto e ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento e pelas relações afetivo-sociais entre os membros, sendo fatores importantes a serem identificados para prestar assistência integral à saúde; (2) facilita a adaptação da assistência de enfermagem de acordo com a situação sócio-econômica e com sua própria experiência de vida; (3)

proporciona melhor relacionamento entre profissional e família, por ser menos formal e sigiloso, quando comparados aos dos serviços de saúde.

De acordo com os relatos de EGRY & FONSECA (2000), as VD são realizadas, recorrendo-se a três formas de abordagens: *entrevista* (situação de interação, não como questionamentos, pois as informações dos sujeitos podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador); *observação sistematizada* (participando do cotidiano das famílias, o observador torna-se parte do contexto, modificando e sendo modificado durante a interação); e *intervenção orientada/participativa* (intervenção direta nos processos específicos de adoecer e morrer da família e dos seus membros e nas potencialidades de saúde verificadas no seu modo específico de ser).

Contando com as particularidades supracitadas, a VD assume um papel de instrumento para avaliação e intervenção familiar. Pois, oferece a oportunidade de conhecer os membros da família, o contexto onde vivem e adoeceram, além dos recursos disponíveis para intervenções efetivas, pautadas nas experiências individuais e coletivas dos sujeitos envolvidos. Sustentando e sendo sustentadas por possibilidades de descoberta, inclusão, adaptação, inter-relação, prevenção de doenças e promoção de saúde.

O conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade favorece a integração de portadores de doenças com pessoas saudáveis, que dispondo de atividades programadas conseguem fortalecer as "relações de troca" [1] entre os mesmos.

[1] Chamo de relações de troca, as relações que envolvem discussões sobre aspectos de vida diários, que quando compartilhadas, estimulam o pensar sobre saúde, relacionamento interpessoal e convívio com as diferenças.

### 7.2. O cuidar da doença mental no PSF

Embora alguns aspectos sobre o cuidar das famílias com doente mental tenham sido descritos no item anterior, a apresentação de relatos diretamente relacionados ao cotidiano da assistência é imprescindível.

Independente do receio ou do estigma, é comum pessoas relatarem que têm medo da agressividade e da impulsividade que alguns doentes mentais apresentam.

Neste trabalho, um informante ressaltou como a área de abrangência daquela USF é violenta, muitas vezes por falta de oportunidade na vida (localidade com população de baixa renda, vivendo com dificuldades tanto nos aspectos econômicos como nos sociais, alto índice de violência e criminalidade). Este sofre tanto com isso que muitas vezes "se arma" quando é abordado. Fica claro que o preconceito também pode interferir no atendimento à população geral.

Não é novidade as pessoas relatarem medo do doente mental, *"(…) a dificuldade é como você vai encontrar o doente mental. Receio porque você não sabe como a pessoa vai estar. Às vezes a pessoa não deixa nem você entrar. Você corre risco. Fica difícil. O que me preocupa é mais a agressão mesmo. Eles são pessoas muito violentas. O maior problema que a gente tem com essas famílias é sobre a agressividade"* **(Mônica)**.

Muitos informantes contaram situações vivenciadas em relação ao inesperado; algumas justificam o medo e reforçam o rótulo que a doença produz.

**Josi** lembra-se de como se sentiu, quando um doente mental correu atrás dela nu na época da faculdade; além disso, diz que não gosta de psiquiatria desde este período e hoje revive uma situação parecida: *"um paciente agressivo pegou a foice na mão e falou: vocês não chegam perto da casa que eu mato vocês todos"*.

**Clarice** confirma o medo e o receio, relatando que há pouco tempo, quando foi visitar uma família com a médica, um paciente da sua microárea, que é doente mental, *"correu atrás da gente com uma enxada"*.

**Olga** conta que ia levar medicamentos todos os dias para uma paciente com problemas mentais, sendo recebida com cordialidade algumas vezes e *"tinha dias que ela corria com uma faca; ela corria no meio da rua atrás da gente"*.

*"Quando a gente sabe que vem algum paciente…, é muito raro, esses pacientes geralmente, é difícil eles trazerem no posto, o paciente psiquiátrico, o paciente que é mais violento. Quando eles vêm, às vezes pra trocar uma receita, vem a mãe, o pai ou o tio, vêm alguém da família. Alguém que a gente sabe que é violento ou às vezes está alcoolizado, a gente tem um certo receio, a gente tem medo"* **(Moema)**. Este relato nos remete a investigar como a USF, ou melhor, como os integrantes da equipe se organizam no atendimento a esta população.

Durante a implantação do PSF nesta unidade, os profissionais, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem se dividiram conforme a preferência de algumas áreas; assim, quem gostava mais de pediatria, passou a fazer pré e pós-consulta desta especialidade e assim por diante. *"Cada um que tinha mais jeito com a área ia. A Lurdes tinha mais empatia com doente mental, então ela começou mais é com isso"* **(Luisa).** Outro fato é que esta funcionária estava lotada no PSF, mas está afastada do serviço há três meses devido a problemas emocionais,

que alguns colegas afirmam ser psiquiátricos. **Josi** afirma que *"ela não gostava, ela chegava a verbalizar que não tinha muita paciência com o paciente, chegaram a até fazer um abaixo-assinado para tirar ela daqui"*.

É difícil chegar a um denominador comum neste caso, pelo que parece, apesar de alguns relatos negativos em relação ao medo; as atitudes frente aos doentes mentais mostraram-se desfavoráveis à assistência humanizada, livre de danos decorrentes de preconceitos e dificuldades.

Das dificuldades relatadas, além das referentes à aproximação por medo ou empatia, a que chama mais a atenção se refere à formação.

*"A princípio a Clarice e os outros agentes de saúde tinham medo de chegar na residência de um paciente agressivo que correu com a foice atrás delas. Eu acho que era por desconhecimento, eles não têm experiência porque os agentes de saúde eram pessoas que eram leigas sobre saúde"* **(Josi)**.

**Maria** pensa que *"a gente precisaria estudar mais, ter mais embasamento teórico"*.

Vários autores já relataram dificuldades referentes à formação. Como, por exemplo, VALENTINI et al. (2004) realizaram uma investigação sobre o treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão; nesta foi identificado que praticamente a totalidade dos clínicos gerais admitiu que a educação recebida na faculdade de medicina não os preparou para fazer o diagnóstico da depressão. Apontando como principal razão da dificuldade de chegar a este diagnóstico, está relacionada ao tempo escasso para o atendimento aos pacientes com problemas emocionais. Outras razões citadas foram: educação limitada sobre a

doença, estigma e sintomas somáticos e vegetativos manifestados pelos doentes com depressão.

Estes mesmos autores sugerem que haja uma reavaliação sobre o treinamento em psiquiatria dentro do currículo médico, bem como uma articulação entre os serviços psiquiátricos e os da atenção primária. O ensinamento do público sobre os sintomas da doença e treinamento de enfermeiros na detecção precoce desses transtornos também facilitaria o tratamento.

A idéia anterior é muito relevante, no entanto, devemos considerá-la não somente para a identificação e tratamento de depressão, mas também de outras patologias, sensibilizando a população para aspectos referentes ao acolhimento, à reinserção e à adaptação de portadores de transtornos mentais. O treinamento por si só não basta; é necessário um programa de educação continuada, tanto para a equipe da atenção primária, quanto para a população através de ações educativas.

As equipes que participaram desta pesquisa não haviam tido nenhum tipo de treinamento em relação à atenção às famílias de doentes mentais. Independente disso utilizaram sua criatividade de várias formas para tentar garantir ao paciente e sua família uma assistência "integral".

Como já foi relatado, a equipe da USF se organizou e decidiu procurar ajuda no Núcleo de Saúde Mental, onde discutiam uns casos duvidosos, passavam outros. As reuniões eram um alívio para todos: "*normalmente a Dra. Moema entra com uma medicação e se é uma coisa muito gritante que não dava para esperar, por causa da nossa participação na reunião* (NSM)*, a gente ligava lá, falava com a Gorete ou com a enfermeira; aí a Gorete falava que podia encaminhar que ela vai encaixar, passar pelo médico. E isso é um alívio, porque às vezes o paciente vinha*

*todo dia aqui e a gente não sabia o que fazer, então encaminhava para o PA da Cuiabá. Lá eles medicavam e mandavam pra casa. Aí ficava uma semana boa e retornava de novo aqui. Aí mandava pra lá. Mas agora está bem mais fácil de trabalhar por isso (…) facilitou bastante pra nós"* **(Josi).**

A informante acima é uma enfermeira e, segundo **Luisa**, trabalhou bastante com os agentes comunitários de saúde em relação ao medo do doente mental. Levava uma ACS sempre que ia discutir os casos no NSM. As enfermeiras são o elo entre a equipe do PSF e do NSM.

A boa vontade prevalece entre os integrantes da equipe. **Clara** conta um caso de uma paciente: *"ela morava numa casa invadida e poderia até ocorrer o despejo, mas aí descobri que pessoas deficientes, não só o mental como as outras, têm direito a ter uma casa da COHAB; aí a agente batalhou pra isso, a equipe inteira batalhou, tanto a Maria, quanto a Dra. Márcia, que na época a gente trabalhava muito com ela, ela fazia muitas visitas, a Dra. Márcia, a gente batalhou muito, por isso a gente está mais unida. Porque a família com doente mental, todas as famílias fazem questão da gente"*.

Muitas mudanças ocorreram na comunidade após a atuação do PSF. Em relação aos doentes mentais e suas famílias, o relato acima é apenas um entre muitos acontecimentos. Alguns deles já relatados, como, por exemplo, o comprometimento da equipe em levar medicações diariamente a doentes mentais que não tinham condições de tomá-las adequadamente.

**Maria** ressalta uma história por ela vivenciada, mostrando a forma que ela encontrou para sensibilizar um paciente sobre a importância de seu tratamento para a equipe de saúde e para a USF: *"então eu tenho um paciente aqui perto do*

*posto, onde eu usei até o subterfúgio de dizer pra ele que, se ele não fosse para o tratamento de saúde mental, eu perderia meu emprego. E com isso, eu consegui que ele fosse pro Cuiabá, lá na rua Bonfim"*. Ela conseguiu que o paciente aceitasse o tratamento no NSM; hoje, o mesmo está com o quadro estabilizado, continua sendo acompanhado pelas duas equipes (PSF e NSM). Quando a equipe do PSF vai até o NSM para discussões de casos, discutem não só os casos novos, mas também casos como o relatado por Maria.

Apesar de conseguirem trabalhar bem com as famílias em geral, os informantes relatam a necessidade que sentem de ter um apoio psicológico: *"eu acho que para nós que trabalhamos no PSF, nós precisamos também ter um suporte, uma ajuda, de uma supervisão. Nós enfermeiras e os médicos também, a gente é mais estruturado, porque nós temos um certo conhecimento, não é como os auxiliares e os agentes de saúde, eu acho que eles precisam ter um suporte, senão eles descompensam"* **(Josi). Patrícia** ressalta que: *"muita coisa a gente tem que relevar e não é todo profissional que consegue, já acha que jogou pedra, tem que jogar também, por isso precisamos de um apoio psicológico, para poder trabalhar com isso"*.

# 8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do PSF visa à vigilância à saúde, tendo como principal instrumento de trabalho a identificação dos riscos. Para a efetividade da atuação, utiliza os recursos disponíveis na comunidade, adequando-os às necessidades reais da população.

FRACOLLI e BERTOLOZZI (2001, p.2) mencionam que a atuação nos casos de vigilância à saúde *"não se reduz à espera de sinais de alarme ou de determinados eventos de sentinela, mas da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde (…)"*. A proposta é disponibilizar à população informações de como as doenças se originam efetivamente, levando em consideração todos os aspectos que as envolvem.

No PSF, a família foi eleita como núcleo básico no atendimento à saúde, conforme salientam OLIVEIRA e COLVERO (2001), todas as ações são realizadas em seu contexto sociocultural, onde se estabelecem relações entre os indivíduos, família e meio ambiente, de forma que toda a equipe perceba a multicausalidade dos agravos à saúde, independente se forem de ordem física, mental ou social.

ANGELO & BOUSSO (2001) relatam as características que devem ser consideradas ao considerar a família como unidade do cuidado: requer a definição de família; considerar a história pregressa, atual e preocupações com o futuro do grupo familiar; dirigir-se à famílias com membros sadios e doentes; reconhecer que o sistema familiar sofre influência quando qualquer mudança ocorrer entre seus membros; aceitar que o doente pode mudar com o tempo; considerar e reconhecer que nem sempre todos os membros de uma família atingirão o nível máximo de saúde simultaneamente; focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar para a promoção de apoio mútuo e o crescimento dentro do possível;

considerar os contextos cultural e da comunidade do grupo familiar, na facilitação das relações entre a família e a comunidade; e interagir com a família.

Considerar a família como unidade do cuidado, quer dizer, incluí-la no tratamento, no acompanhamento e no levantamento de intervenções familiares, nem sempre individuais. Significa deixar de considerá-la como um instrumento de diagnóstico ou, ainda, como culpada pela doença. Considerar a família como unidade é envolver todos os integrantes, é valorizar suas experiências, compartilhando os saberes na construção de uma atenção reabilitadora, inclusiva, não estigmatizante. Levar em conta que não só os membros de uma família são interdependentes, mas que a interdependência acontece também com a comunidade e o meio em que vivem.

É preciso fazer uma auto-avaliação sobre os aspectos que regem a nossa cultura, lembrando que a cultura do profissional e da família podem ser diferentes, da mesma forma que é diferente da inserção social. Sendo necessária a busca por estratégias que visem a compreender e aproximar os significados individuais e do grupo familiar acerca de sua saúde e qualidade de vida.

O olhar para o doente mental vai além das vigilâncias relacionadas ao uso e reações dos medicamentos; é direcionar a atenção para aspectos relacionados ao doente pós-crise e para a sua família, conhecendo seu cotidiano, as dificuldades e facilidades no relacionamento em casa, com a vizinhança, amigos e trabalho. Reconhecendo-o como um sujeito que apesar de “diferente”, necessita de lazer, trabalho e bom relacionamento e que para tanto precisa somente ser incluído. É imprescindível unir ao olhar da psiquiatria aspectos que envolvam a sensibilização, a inclusão e a adaptação do doente, da sua família e da comunidade, proporcionando-os a conviver com as diferenças.

A indicação ideal para que as relações acima sejam fortalecidas é a utilização de recursos da comunidade, tais como atividades no Centro Comunitário; oficinas de trabalhos manuais e profissionalizantes; atividades de lazer como dança, passeios; e o acompanhamento terapêutico.

A estratégia do PSF favorece uma outra forma de aproximação ao tema família. Na prática, foi possível reconhecer e confirmar através desta pesquisa: o sofrimento familiar; a instabilidade do quadro; as facilidades/dificuldades em relação à adesão ao tratamento, relacionando-as à crença na cura ou à crença na vida melhor, de forma a poder assistir à família do doente mental, prescrevendo não criticar; persistir; fazer mais visitas domiciliárias, oferecendo uma atenção maior e estabelecendo vínculo, baseando-se na confiança, na sinceridade e na ética.

Além disso, os informantes acreditam que para cuidar do próximo, eles necessitam também de serem cuidados, pois nem sempre estão preparados psicologicamente para enfrentar os desafios gerados pela instabilidade de certas doenças e ainda terem que lidar com a agressividade proveniente de dificuldades econômicas e sociais.

# ANEXOS

*Anexo A*

*Anexo B*

## ESCLARECIMENTO AOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

**Titulo da pesquisa:** FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL: o significado cultural atribuído pela equipe do PSF à esta clientela

**Pesquisador principal**: Camila Fernanda Meirelles – Enfermeira, mestranda em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

**Orientador da pesquisa**: Sueli Ap. Frari Galera – Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

No PSF, as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe, o que favorece um estreitamento das relações.

Freqüentemente os profissionais se deparam com famílias que têm entre seus membros um portador de doença mental.

Sabe-se que a doença mental é um problema de saúde de causa biopsicossocial, que causa um impacto profundo na vida do doente e da família, que se sentem sobrecarregados. Porém, é importante reconhecermos que para cumprir seu papel na recuperação e reabilitação do doente mental a família necessita da ajuda dos profissionais da saúde.

Este projeto tem por objetivos conhecer as crenças, os valores e o significado cultural atribuído à experiência dos profissionais que compõem a equipe do PSF em visitar famílias com portadores de sofrimento psíquico e, verificar como estas crenças, valores e o significado cultural se articulam com a assistência prestada por esta equipe à famílias que têm entre seus membros um portador de doença mental.

Por isso estamos pedindo sua colaboração no sentido de verificar a possibilidade de aceitar que a enfermeira e pesquisadora Camila Fernanda Meirelles participe de atividades rotineiras pertencentes ao seu trabalho e da sua equipe, sendo

elas visitas domiciliárias, reuniões, além de participar de uma entrevista com a pesquisadora.

As entrevistas serão gravadas em fitas K7, transcritas pela própria pesquisadora, e serão guardadas por um período de cinco anos, estando disponíveis para os participantes. Durante este período, novas análises do material obtido nesta pesquisa poderão ser realizadas, porém, cada novo projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP. As informações provenientes de observações serão anotadas em um caderno e utilizadas com o objetivo de contribuir com conhecimentos que possam favorecer a melhora da atenção à famílias com portadores de doença mental na comunidade.

Esclarecemos que todas as referências pessoais que possam identificá-lo serão retiradas na apresentação dos resultados da pesquisa. As informações fornecidas por você e pela equipe serão consideradas sigilosas.

Esta pesquisa não terá procedimentos que possam causar algum dano à sua saúde, por isso não estão previstas indenizações ou ressarcimentos.

Esta pesquisa não prevê a remuneração dos participantes.

Mantemos nosso compromisso de proporcionar informação atualizada, bem como responder a qualquer momento todas as perguntas ou dúvidas relacionadas à esta pesquisa.

Esclarecemos ainda que sua participação neste projeto é livre e espontânea. Você tem liberdade para interromper sua participação no momento que considerar necessário, sem correr qualquer risco ou sanção no trabalho. Será mantido sigilo sobre a identificação dos participantes. As informações obtidas nas entrevistas serão utilizadas na elaboração de um trabalho de pesquisa da pesquisadora principal, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com a enfermeira Camila Fernanda Meirelles na Unidade Saúde da Família_____ ou pelos telefones (16) 3916-5436 ou (16) 9705-3446, com a professora Sueli A. F. Galera na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP ou pelo telefone (16) 602-3408.

*Anexo C*

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada "FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL: o significado cultural atribuído pela equipe do PSF à esta clientela" declaro que tenho conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida.

SIM ☐ NÃO ☐

O direito de receber informações referentes ao andamento da pesquisa, bem como sobre os recursos existentes no tratamento da doença mental.

SIM ☐ NÃO ☐

A liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à minha pessoa.

SIM ☐ NÃO ☐

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.

SIM ☐ NÃO ☐

Como esta pesquisa não terá procedimentos que possam causar danos à minha saúde, estou ciente que não estão previstas indenizações ou ressarcimentos.

SIM ☐ NÃO ☐

Declaro ainda que minha participação é livre e espontânea, assim, concordo com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto minha vontade de participar da referida pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200_.

_____
Assinatura do participante

Enfa. Camila Fernanda Meirelles
Rua Dr. Carlos Alberto Alves Meira, 110.
City Ribeirão Tel: (16) 3916-5436
(16) 9705-3446 - Ribeirão Preto - SP

Profa. Dra. Sueli A. F. Galera
Av. Bandeirantes, 3900. Monte Alegre
Tel: (16) 602-3408 Ribeirão Preto - SP

*Anexo D*

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS:**

Iniciais do nome: Idade:

Profissão: Grau de instrução:

1- Há quanto tempo atua no PSF?

2- É o primeiro trabalho na área da saúde?

3- O que é família para você?

4- Como você descreve seu trabalho com as famílias?

5-Como você descreve seu trabalho com as famílias que têm portadores de doença mental?

6- Quais as suas preocupações em relação ao atendimento das famílias com portadores de doença mental pela sua equipe?

7- Qual a diferença em atender uma família com portador de doença mental e uma família sem problemas mentais?

*Anexo E*

**FORMULÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO ATUAL DOS DOENTES MENTAIS**

| |
|---|
| Nome: |
| Endereço: |
| Data de Nascimento: Sexo: Hygia: |
| Diagnóstico: |
| Faz uso de medicação? _____ Qual (is)? |
| |
| Já esteve internado em algum serviço de psiquiatria? Quantas vezes? |
| Foi internado: ( ) HC-UE ( ) HC – Campus ( ) Hospital Santa Tereza |
| ( ) Sanatório Espírita Vicente de Paula ( ) Hospital-dia ( )NAPS/CAPS |
| ( ) Outros: |
| Faz tratamento: ( ) Ambulatório HC ( ) Ambulatório de Saúde Mental (centro) |
| ( ) Núcleo de Saúde Mental (Rua Bonfim) ( ) Convênio |
| ( ) Outros: |
| Faz Terapia: ( ) sim ( ) não |
| ( ) Terapia individual ( ) terapia de grupo ( ) terapia de casal ( )terapia familiar |

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (ORG.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. SNE/ENSP, 1995.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. 2001. Disponível na World Wide Web: <http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3_1.asp. Acessado em: 25/05/2004.

ARAÚJO, M. R. N. de. et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. **R. Bras. Enferm.,** v. 53, n. especial, p. 117-122, 2000.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do PSF.** 2002. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119p.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 09 de abril. 2001.

BRÊDA, M. Z. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde.** 2001. Dissertação (Mestrado). Departamento de Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001. **Relatório final…** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2002.

COSTA NETO, M. M. Educação permanente. In: **Cadernos de atenção básica:** programa saúde da família, 3. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

EGRY, E.Y. ; FONSECA, R. M. G. S. da. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP,** v. 34, n. 3, p. 233-239, 2000.

FELISBINO, J. E.; RIBEIRO, I. M. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. **R. Bras. Enferm.,** v. 53, n. especial, p. 139-142, 2000.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZI, M. R. Abordagem do processo Saúde-doença das famílias e do coletivo.2001. Disponível na World Wide Web: <http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto1_1.asp. Acessado em: 25/05/2004.

FREITAS, F. F. P. de. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, v.14, n.1, p. 93-106, 1998.

FUKUDA, I.M.K. **O convívio com o paciente esquizofrênico:** experiência dos familiares. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza:** um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.3, p. 410-422, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Trad. Eliane Mussnich. Porto alegre, Artes Médicas, 1994.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (editores). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo, Lemos Editorial, 2000. cap. 6, p. 53-58.

KOGA, M. FUREGATO, A.R.F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE, R. C. (org.). **Caminhando para a assistência integral.** Ribeirão Preto, Scala, 1999. cap.6, p.363-377.

LANCETTI, A. Saúde Loucura, 7. **Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec. (sd).

LEININGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing.** Detroit, Grune & Stratton, 1985. cap.3, p.33-71: Ethnografic e ethnonursing – models and modes of qualitative data analysis.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUIS, M. A.V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (orgs.). **Saúde mental na prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo, Lemos Editora, 2000. Cap.1, p. 15-41.

MARCON, M. A.; PRESSOTO, Z. M. N. **Antropologia:** uma introdução. 3ed. Sao Paulo, Atlas, 1992.

MAYAN, M. **Una introducción a los métodos cualitativos**. Modulo de entrenamento para estudiantes y profesionales, International Institute for Qualitative Methodology. http://www.ualberta.ca/ iiqm//pdfs/introduction.pdf, 2001.

MEIRELLES, C. F. **Atendimento da família com problemas de saúde mental através do PSF**: um estudo de caso. Ribeirão Preto, 2001, 75p. Monografia (especialização) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 1993.

MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 6 ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2002. 128 p.

MORSE, J. The characteristics of ethnography are. In: ***Critical issues in qualitative research methods.*** California: Stage publications. 1994.

NITSCHKE, R.G. et al. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Texto e Contexto Enfermagem,** v.1, n. 3, p.152-166, 1992.

NUNES, C. B.; BARBOSA, M. A. M. Nossa história rumo à saúde da família. **R. Bras. Enferm**., v. 53, n. especial, p. 103-106, 2000.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, v. 3, n. 25, p. 24-29, 2000.

OLIVEIRA, M. A. F. de ; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. 2001. Disponível na World Wide Web: http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema5/texto29_1.asp Acessado em: 25/05/2004.

PADILHA, M. I. C. S. , et al. Visita domiciliar: uma alternaliva asistencial. **Revista de Enfermagem da UERJ,** v. 2, n. 1, p. 44-56, 1994.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap.11, p. 268-288: Pesquisa e análise qualitativa.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. A cuidadora e o (ser)cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids. **Revista Paulista de Enfermagem,** v.19, n.1, p.43-52, 2000.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Relato de experiência de enfermeiras do PSF com pacientes em sofrimento psíquico. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7, 2002, Ribeirão Preto. **Resumos.** Ribeirão Preto: Scala, 2002. p.102.

ROTELLI, F. ; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JUNIOR, B. e AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. cap.2, p. 41-55.

SANFORD, F. M. S.; FARIAS, F. L. R. de. Cuidando da comunidade: um espaço a ser construído pelo enfermeiro psiquiátrico para a reinserção do doente mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7, 2002, Ribeirão Preto. **Resumos.** Ribeirão Preto: Scala, 2002. p.80.

SANTINI, L. A. et al. **A saúde do município:** organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM, 1991. 144p.

SANTOS, M. A. e SILVA, G. Cuidando do cuidador: compreendendo os significados de conviver com um filho esquizofrênico. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7, 2002, Ribeirão Preto. **Resumos.** Ribeirão Preto: Scala, 2002. p.100.

SÃO MATEUS, L. A. ; OLIVEIRA, M. S. Herdeiros do futuro: a atuação do enfermeiro do programa de saúde da família – PSF junto ao cliente com transtorno mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7, 2002, Ribeirão Preto. **Resumos.** Ribeirão Preto: Scala, 2002. p.259.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Ribeirão Preto. sd. Disponível na World Wide Web: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html. Acessado em 11/01/2005.

SOUSA, M. F. de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **R. Bras. Enferm**., v. 53, n. especial, p. 25-31, 2000

SOUZA, H. M. de. Programa Saúde da Família: entrevista. **R. Bras. Enferm.**, v.53, n. especial, p. 7-16, 2000.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview.** Orlando, Holt, Rineart, Winston, 1979

SPRADLEY, J. P. **Participant observation.** Orlando, Holt, Rinehart, Winston, 1980.

TAFT, R. Ethnographic research methods. In: KEEVES, J. P. **Educational research, methodology and measurement:** an international hand-book. 2. ed. Oxford, Pergamont, 1990. p. 59-63.

TRAD, L. A. B. ; BASTOS, A C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública,** v.14, n. 2, p. 429-435, 1998.

VALENTINI, W.et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Ver. Saúde pública,** v.38, n. 4, p. 523-528, 2004.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. Cuidar da família no domicílio: uma estratégia de reinserção social do doente mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7, 2002, Ribeirão Preto. **Resumos.** Ribeirão Preto: Scala, 2002. p.105.

WETZEL, C. **Desinstitucionalização em Saúde Mental:** a experiência de São Lourenço do Sul –RS. Ribeirão Preto. 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 327p.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos:** um estudo etnográfico.Ribeirão Preto, 1994. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ZERBETTO, S. R. **Desinstitucionalização**: a experiência do Movimento de Luta Manicomial de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

# AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury

Assinatura: _____

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Ribeirão Preto - SP

Rua: Aviador Mario Fundagem Nogueira, 3-9 ap. 502

Jardim América. Bauru – SP

camilamrc@uol.com.br