



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**PRISCILA LIMA DE OLIVEIRA**

**MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO**  
**COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS**

**FEIRA DE SANTANA – BA**

**2018**

PRISCILA LIMA DE OLIVEIRA

**MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO  
COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - BA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Estudo das Populações em Risco e Vulnerabilidade no Processo Saúde-Doença.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosely Cabral de Carvalho

**FEIRA DE SANTANA - BA**

**2018**

### Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

O49m Oliveira, Priscila Lima de  
Modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas / Priscila Lima de Oliveira. - 2018.  
152 f.: il.

Orientadora: Rosely Cabral de Carvalho.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Transtornos mentais – Comunidade quilombola. 2. Cuidados em saúde mental. I. Carvalho, Rosely Cabral de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

**PRISCILA LIMA DE OLIVEIRA**

**MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO  
COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em  
Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de  
Santana - BA, como requisito para obtenção do título  
de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr.<sup>a</sup>. Rosely Cabral de Carvalho  
Prof.<sup>a</sup> Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS  
Examinadora I – Orientadora

---

Dr.<sup>a</sup>. Climene Laura de Camargo  
Prof.<sup>a</sup> Titular da Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Examinadora II

---

Dr.<sup>a</sup>. Mirela Figueiredo Santos Iriart  
Prof.<sup>a</sup> Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS  
Examinadora III

---

Dr. Roberto dos Santos Lacerda  
Prof. Adjunto da Universidade Federal de Sergipe – UFS  
Examinadora IV - Suplente

*Dedico este trabalho a todas as famílias da Comunidade Quilombola Lage dos Negros. Com as suas histórias de vida tive a oportunidade de crescimento. Obrigada pela confiança e acolhida!*

## AGRADECIMENTOS

*Por tudo o que tens feito, por tudo o que vais fazer, por tuas promessas, e tudo o que És, eu quero Te agradecer, com todo o meu ser... Ao Meu Deus , Meu amigo fiel, Jeová Rafah, o Deus que cura! Obrigada por prolongar os meus dias aqui na terra, por tornar realidade os sonhos que são gerados no meu coração e sei que no Teu também. Posso dizer que sou um Milagre! Sou fruto das tuas promessas.*

*Aos meus pais, Djanilson e Vitória, como é tão bom tê-los por perto! Em vocês encontro inspiração para ser uma pessoa melhor. Obrigada pelo amor verdadeiro, por me acalmar nos momentos de ansiedade. Suas orações me fortalecem e me fazem levantar todos os dias cheia de esperança e vida.*

*Ao meu esposo, Paulo Roberto, pela paciência de compreender as longas horas de ausência, juntos passamos por momentos que nos fizeram crescer, mas nunca nos faltou a fé e a certeza que Deus estava no controle de tudo. Vejo nos seus olhos a alegria e orgulho por essa conquista, que não é só minha, ela é nossa!*

*Ao meu irmão Danilo, minha cunhada Kedma Monique e a minha doce sobrinha Júlia. Agradeço o carinho. Sei que entendem a minha falta de tempo. Mas logo, logo celebraremos juntos e iremos ter muitas oportunidades para estarmos em família. Amo vocês!*

*À minha tia Cilda e minha tia Lula, pelos conselhos, cuidado, zelo e atenção. A distância nunca foi um obstáculo para tornarem-se presentes na minha vida. Ao meu tio Sandro e Cristina, incentivadores de sonhos. Perto de vocês encontro motivação para estudar e ir mais além.*

*À minha orientadora e Profª Drª Rosely Cabral de Carvalho, pela compreensão ao longo destes anos de pós-graduação. Por me fazer acreditar que tudo iria dar certo e que a vitória estaria próxima. O seu equilíbrio e a sua paz se fizeram presentes em cada orientação.*

*À querida professora Drª. Sinara de Lima Souza, pelo exemplo de compromisso, ética e de simplicidade. Passei a te admirar de forma especial.*

*À professora Dr<sup>a</sup>. Mirela Figueiredo Santos Iriart, tive o prazer de conhecê-la e juntas dialogar sobre este trabalho.*

*À minha amiga e professora Simone, onde tudo começou, Gratidão!*

*À Aline e família, inesperadamente nascia uma forte amizade. Obrigada pelo apoio, cuidado, suporte e hospitalidade. Minha amiga, jamais esquecerei as noites que passamos estudando e compartilhando sonhos misturados com inquietações.*

*Às amigas, Camila, Ivanna, Deise, Ísis, Tacila, Elaine, Mara, Sheyla, Georgia, e também ao meu amigo Tarcício, pela atenção às necessidades de diálogo, que dividiram comigo os prazeres e desafios do mestrado e com os quais, certamente, construí uma amizade duradoura.*

*À Mayta Carvalho Trajano Leite, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial em Campo Formoso, agradeço por acreditar que a minha qualificação contribuirá para novos saberes no campo da saúde mental.*

*À Equipe da Unidade de Saúde da Família de Lage dos Negros, agradeço o suporte e a afetividade. Percebi que o trabalhar em equipe e a resiliência superam as adversidades!*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde, em especial, Justino, Adriano, Ivone, Geisa, Márcia, Edileide e Anailza, construímos uma amizade, vocês certamente conduziram os dias que passei na comunidade. Vocês são mais importantes do que imaginam, podem acreditar.*

*Às famílias quilombolas de Lage dos Negros, que deram sentido a esta dissertação, pela acolhida em seus lares e pela disposição em estabelecer uma relação de confiança, compartilhando suas histórias de vida, as dificuldades enfrentadas no cotidiano, os momentos de alegrias e tristezas, contribuindo não somente para a produção de conhecimento, mas para o meu desenvolvimento humano.*

*À Universidade Estadual de Feira de Santana e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de crescimento e maturidade.*

*“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata.  
Todo mundo tem um pouco de loucura.  
Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação.  
Pois ela é a nossa realidade mais profunda.  
Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas”.*  
*(Nise da Silveira)*



## RESUMO

O adoecimento mental envolve a existência de intenso sofrimento psíquico, repercutindo na história de vida, na família e relações interpessoais. O cuidado em saúde mental deve envolver diferentes atores sociais, sendo a família fundamental para a inserção social do indivíduo e as ações de saúde mental. Famílias quilombolas convivem com condições de vida e saúde precárias, a maioria é desprotegida de ações políticas de saúde, sociais e econômicas. Dessa forma, a falta de acesso aos meios de proteção e prevenção potencializa sua vulnerabilidade aos agravos de saúde e estão associados ao surgimento de transtornos mentais. O objetivo geral desse estudo foi analisar o processo de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas, e os específicos foram: identificar os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas; compreender as interações sociais das pessoas, contextos e modos de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas e; descrever a rede de apoio social das famílias para cuidar da pessoa com transtorno mental. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa tendo como instrumentos de coleta de dados a entrevista narrativa, a observação participante e o diário de campo. Ecomapas foram construídos a fim de compreender a dinâmica familiar e as suas redes de apoio. A base deste estudo teve a abordagem do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Foram selecionadas três famílias que cuidam de pessoas com transtorno mental residentes na Comunidade Quilombola de Lage dos Negros. Os dados foram analisados na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Os modos de cuidar e itinerários terapêuticos se expressaram a partir da busca do diagnóstico e da cura, com a peregrinação por instituições e espaços informais de cuidado, e após alguns anos da história do sofrimento, a restrição ao CAPS e/ou hospital psiquiátrico como espaços de cuidado. Os cuidados com a alimentação, higiene, vigília e proteção, a medicação, o uso de práticas populares e religiosas e a rede de apoio social se interagem potencializando as estratégias de cuidado. Espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar avanços no campo da saúde mental, especificamente na saúde integral da população negra, visando a melhoria da qualidade de vida dos grupos remanescentes de quilombo. Produtos finais: fortalecimento do vínculo entre os familiares da comunidade quilombola e a equipe do CAPS, vislumbrando uma rede de apoio matricial entre o centro de referência e a atenção básica de saúde do município.

**Palavras-chave:** Adoecimento mental. Vulnerabilidade. Cuidado em Saúde Mental. Comunidades quilombolas.

## ABSTRACT

Mental illness involves the existence of intense psychic suffering, affecting the life history, the family and interpersonal relationships. Mental health care should involve different social actors, being the family fundamental for the individual's social insertion and mental health actions. Quilombola families live with precarious living conditions and health, most are unprotected from health, social and economic policies. Thus, lack of access to means of protection and prevention enhances their vulnerability to health problems and is associated with the emergence of mental disorders. The general objective of this study was to analyze the process of caring for the person with mental disorder in quilombola families, and the specific ones were: to identify the ways of caring for the person with mental disorder in the daily life of quilombola families; understand the social interactions of people, contexts and ways of caring for the person with mental disorder in quilombola families; describe the social support network of families to care for the person with mental disorder. It is a case study with a qualitative approach having as instruments of data collection the narrative interview, the participant observation and the field diary. Ecomapas were built in order to understand family dynamics and their support networks. The basis of this study was the Bioecological Model of Human Development approach. We selected three families that care for people with mental disorders living in the Quilombola Community of Lage dos Negros. The data were analyzed from the perspective of the Bioecological Theory of Human Development. The modes of care and therapeutic itineraries were expressed through the search for diagnosis and cure, with the pilgrimage by institutions and informal spaces of care, and after a few years of the history of suffering, the restriction to CAPS and / or psychiatric hospital as spaces of care. Care with food, hygiene, wakefulness and protection, medication, the use of popular and religious practices and the social support network interact to potentiate care strategies. It is hoped that the results found may support advances in the field of mental health, specifically in the integral health of the black population, aiming at improving the quality of life of the remaining quilombo groups. Final products: strengthening the bond between the families of the quilombola community and the CAPS team, envisaging a matrix support network between the reference center and the basic health care of the municipality.

**Keywords:** Mental deafness. Vulnerability. Mental Health Care. Quilombola communities.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Desenho do Modelo PPCT (Pessoa, Processo, Contexto, Tempo) de Urie Bronfenbrenner	33
Figura 2 – Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente da Comunidade Quilombola Lage dos Negros a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner	34
Figura 3 – Fatores de proteção à saúde mental organizados no Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano	36
Figura 4 – Fluxograma do Modelo de Análise PPCT para este estudo	46
Figura 5 – Representação do ecomapa da Família Aroeira	53
Figura 6 – Representação do ecomapa da Família Umburana	60
Figura 7 – Representação do ecomapa da Família Angico	66
Quadro 1 – Perfil sociocultural dos participantes do estudo	42
Quadro 2 – Perfil das pessoas com transtorno mental das respectivas famílias entrevistadas	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS-Quilombola	Centro de Referência Social Quilombola
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PPCT	Pessoa, Processo, Contexto e Tempo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 OBJETIVOS	16
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
2.1 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	17
2.2 A FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	20
2.3 A SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECER EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS	25
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	29
3.1 MODELO BIOECOLÓGICO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – PESSOA, PROCESSO, CONTEXTO E TEMPO	30
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	37
4.1 TIPO DE ESTUDO	37
4.2 A INSERÇÃO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA LAGE DOS NEGROS: APROXIMAÇÃO DO AMBIENTE DE PESQUISA	38
4.3 A SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS	41
4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	44
4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	47
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	48
5.1 CASO 1 – FAMÍLIA AROEIRA - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL	48
5.2 CASO 2 – FAMÍLIA UMBURANA - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL	54
5.3 CASO 3 – FAMÍLIA ANGICO - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL	61
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	67
6.1 ARTIGO – MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS: estudo de casos	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	95
<b>REFERÊNCIAS</b>	97

<b>APÊNDICES</b>	107
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Observação</b>	108
<b>APÊNDICE B – Diário de Campo</b>	109
<b>APÊNDICE C – Roteiro de dados sociodemográficos e entrevista para o familiar</b>	110
<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	111
<b>APÊNDICE E – Declaração de Apoio Psicológico</b>	112
<b>APÊNDICE F – Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde</b>	113
<b>APÊNDICE G – Transcrições das entrevistas/categorias elencadas aos elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano</b>	114
<b>ANEXOS</b>	145
<b>ANEXO A – Comunidade Quilombola Lage dos Negros</b>	146
<b>ANEXO B - Zonas fitogeográficas do município de Campo Formoso-BA</b>	151

## 1 INTRODUÇÃO

A fim de diminuir as disparidades em saúde entre diferentes populações, é necessário conhecer e respeitar os processos históricos e os mecanismos que as marcaram física, psicológica e socialmente (LACERDA et al., 2012). Dentre os grupos populacionais que vivenciaram e vivenciam efeitos de traumas influenciando no padrão de adoecimento, apresentando alto grau de vulnerabilidade e, portanto, condições de vida e saúde caracterizadas pela precariedade, pode ser citado a população remanescente de quilombos, que ainda hoje, sofre os impactos da escravidão (BRASIL, 2007; LACERDA, 2012).

Para Lacerda et al. (2012), a influência de fatores sociais e condições desfavoráveis ao longo da vida, tais como, segregação geográfica, discriminação, posição socioeconômica, entre outras que afetam a saúde de forma negativa é vivenciada desproporcionalmente por grupos minoritários. No caso da população negra, em geral, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade nas suas dimensões individual, social e programática provocando maiores riscos e doenças psíquicas, psicossociais e físicas (LOPES, 2005).

As famílias de comunidades quilombolas são descendentes de negros escravos habitando uma comunidade rural organizada em sua cultura, hábitos e costumes, grupos étnico-raciais de ancestralidade negra resistentes da opressão histórica sofrida (PRADO et. al, 2013).

Santos e Doula (2008) denunciam que os quilombolas ainda configuram-se em um território de não-lugar social, fenômeno evidenciado quando compara as políticas públicas do Estado que preconizam benefícios a estas comunidades e a situação real em que as mesmas se encontram, como áreas predominantemente rurais, com pouca infraestrutura (habitação, saneamento, eletrificação, comunicação) e difícil acesso aos serviços de saúde, sendo negligenciados pelas políticas públicas no Brasil (LINDOSO, 2011; BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra brasileira, e na categoria dos adquiridos em condições desfavoráveis, das quais destacam-se: sofrimento psíquico, estresse, depressão e transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas). Estudos sobre adoecimento mental indicam que aspectos da vulnerabilidade social (pobreza, baixa escolaridade, desemprego, altas taxas de morbidade e mortalidade, desnutrição, ocupação em atividades de risco e vivências de violência) estão associados ao surgimento de transtornos mentais (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

Ademais, poucos estudos foram realizados no mundo e no Brasil sobre os transtornos mentais em comunidades negras rurais isoladas, apesar da existência de uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007).

Na identificação de estudos sobre a família quilombola, seu contexto e a forma como elas lidam com o adoecimento mental, encontramos importantes lacunas nos trabalhos enfocando a temática, em uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico e cultural.

Compreendemos nessa pesquisa a família como um núcleo social de pessoas que através de uma relação solidária influencia e interage em diferentes contextos sociais. Esta apresenta forte poder de transformação da condição humana, exercendo influências no próprio corpo familiar e nos diversos sistemas sociais (CHAMON, 2003; DESSEN; POLONIA, 2007).

A família é um ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes (BORBA et. al, 2011). Nos serviços que operam no contexto da Reforma Psiquiátrica, observa-se a necessidade da família estar ao lado da pessoa com transtorno mental, modificando comportamentos, aprendendo formas de manejo e interagindo com a equipe (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Randemark e Barros (2007) salientam que no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental, a responsabilidade da família no cuidado é o maior desafio a ser enfrentado. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a família, muitas vezes, é o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo. É considerada parceira no tratamento, nos projetos terapêuticos e nas ações comunitárias de integração social.

Nessa pesquisa compreendemos que o cuidado familiar se constitui nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social (ELSEN, 2002). Manfrini (2005) também associa esse cuidado a um instrumento que se aproxima do cuidado profissional, uma vez que ambos trocam conhecimentos e valores culturais no cuidar, envolvendo sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Conhecer os modos de cuidar contribui na construção do conhecimento em Enfermagem em diferentes contextos, como por exemplo, o contexto das famílias



quilombolas em adoecimento mental, considerando as diferentes singularidades culturais, sociais e valores identitários desse grupo específico.

Os contextos sociais são caracterizados como estruturas dependentes, formando sistemas interligados e conectados, com forte influência entre si. Bastos (2001) refere que esses contextos criados por pessoas (sujeitos/atores) em interação, promovem habilidades e capacidades de se exercer um poder mútuo, com características de personalidade, sistema de crenças e tendências de comportamento, podendo ser visto em microssistemas – ambientes em que a pessoa em desenvolvimento vive experiências pessoais diretas (família, escola, creche).

Nesse sentido, a família quilombola deve ser entendida como historicamente configurada e influenciada pelo contexto sociocultural em que se insere. Zillmer (2009) retrata em sua pesquisa que a pessoa não poderá ser compreendida fora do seu contexto familiar e social, constituindo uma rede de relações. Nessa perspectiva, Budó et al. (2008) consideram a herança cultural e os significados dessas vivências sociais fundamentais para a compreensão desse contexto nas famílias. Diante de tal cenário, o estudo de Jesus et al. (2014) enfatiza que os quilombolas são exemplos de povos que transmitem entre as gerações suas práticas, principalmente de cuidado à saúde, e essa transferência de valores culturais permite a perpetuação não só da identidade de uma família, mas de um povo.

A motivação para a escolha desse tema está imbricada com a prática profissional em Saúde Mental, enquanto profissional de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), localizado na sede do município de Campo Formoso - BA e o interesse em formar um grupo de apoio às famílias e usuários com transtorno mental em Lage dos Negros. Uma comunidade predominantemente rural, distrito de Campo Formoso, de origem quilombola, apresentando extensa rede social de parentesco e notável número de pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes (141 usuários ativos cadastrados e acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial).

Inicialmente foi implementado o Grupo Superar no CAPS, com encontros semanais e proposta de resgatar a esperança, restabelecer a identidade e o sentido do cuidado em família. Trazendo inquietações devido as dificuldades enfrentadas pelas famílias e usuários, visto que para o acesso à sede do município viajam por 96 km de estrada de chão. O interesse em conhecer a história e o contexto em que vivem essas famílias quilombolas motivou estudos e questionamentos, enquanto profissional atuante nesta comunidade.

Nessa perspectiva, a proposta de apreender os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas, possibilita caminhos para cuidar e

intervir em famílias que vivenciam situações de adoecimento mental, valorizando a sua identidade cultural e étnica e, o contexto social em que vivem.

Diante desse panorama e considerando as interações vivenciadas por pessoas e famílias no seu contexto histórico e social, esta pesquisa pretende discutir: Como famílias quilombolas significam a doença mental de seus membros? Quais os cuidados prestados às pessoas com transtornos mentais por famílias quilombolas? Quais os fatores que interferem no cuidado familiar de pessoas com transtornos mentais na comunidade em estudo? Como famílias quilombolas se organizam para cuidar de seus membros com transtornos mentais?

Neste sentido, o objeto de pesquisa do presente estudo é: os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas.

## 1.1 OBJETIVOS

### **Objetivo geral**

- Analisar o processo de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas.

### **Objetivos específicos**

- Identificar os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas.
- Compreender as interações sociais das pessoas, contextos e modos do cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas.
- Descrever a rede de apoio social das famílias para cuidar da pessoa com transtorno mental.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é construído com o intuito de apreender o fenômeno em estudo. Neste sentido, o estado da arte sobre os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas possibilita caminhos para contextualização e percepção de lacunas para essa temática. Visando o desenvolvimento lógico do tema, estruturamos este capítulo em três eixos: A família no contexto do desenvolvimento humano; A família no cuidado em Saúde Mental e; A saúde e o processo de adoecer em comunidades quilombolas.

### 2.1 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

A família é um sistema complexo, composto por componentes integrados e interdependentes, que estabelece uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico-cultural, no qual está inserida (DESSEN; BRAZ, 2005). A família é, também, vista como um dos primeiros contextos de socialização dos indivíduos, possuindo um papel fundamental para o entendimento do processo de desenvolvimento humano (DESSEN, 1997; KREPPNER, 1992, 2000, 2003).

Sampaio e Lima (2002) complementam, destacando que a família é como um sistema de indivíduos que mantém consigo alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto e socialização, no todo ou em parte, sendo parentes consanguíneos ou não. Pessoas pertencentes a esse sistema vivendo sob tetos diferentes não excluem a classificação de família, caso sejam observados os vínculos mencionados anteriormente.

Como primeira mediadora entre o homem e a cultura, a família segundo Dessen e Polonia (2007) é a matriz da aprendizagem humana, com significados e práticas culturais próprias, unidade dinâmica que gera modelos de relação interpessoal, afetiva, social e cognitiva participante da construção individual e coletiva do indivíduo.

Sendo a família um contexto primário de desenvolvimento, o ciclo de vida do indivíduo se insere no próprio ciclo de vida familiar. Por muito tempo, a concepção dominante restringia o seu papel à transmissão de genes, dando pouca ou quase nenhuma importância para sua função de construção do conhecimento intergeracional. É inquestionável, o seu importante significado na proteção do funcionamento biológico, na sobrevivência humana, na manutenção e transmissão de valores, tradições e representações culturais (BRASIL, 2007).

O estudo da estruturação cultural da família como contexto de desenvolvimento requer a descrição das práticas de valores culturais estruturantes conferindo ao sujeito em desenvolvimento a condição de membro de uma comunidade, com experiência coletiva e possibilidade de interação em diferentes planos no âmbito da vida cotidiana da família (BASTOS, 2001). Para Vichi e Tourinho (2011), as práticas culturais são padrões e produtos de comportamento aprendido e transmitido socialmente:

[...] um conjunto de contingências de reforçamento interligadas, no qual o comportamento e os produtos comportamentais de cada participante funcionam como eventos ambientais com os quais o comportamento de outros indivíduos interage (GLENN, 1988, p. 167 apud BASTOS, 2001, p. 58)

Ainda segundo Dessen e Guedea (2005, p. 12), “o desenvolvimento ocorre em um sistema estruturado hierarquicamente, tanto vertical quanto horizontalmente, existindo relações bidirecionais entre eles, isto é, relações de influências mútuas e recíprocas”.

Neste sentido, Dessen e Polonia (2007) corroboram que é por meio das interações familiares que se concretizam as transformações nas sociedades, caracterizando-se por um processo de influências bidirecionais, entre os membros familiares e os diferentes que compõem os sistemas sociais que, por sua vez, influenciarão as relações familiares futuras.

A família, enquanto contexto de desenvolvimento humano e espaço privilegiado do processo saúde-doença, implica ser tratada no plano da investigação, a partir de unidade de análise do próprio ambiente, da construção sócio-psicológica do indivíduo-em-contexto na atividade conjunta com outros (BASTOS; TRAD, 1998). Nesta perspectiva, o mundo familiar se constitui e se renova a partir de trajetórias, condições e dinâmicas macro e microestruturais, relações sociais e afetivas, padrões culturais, subjetividades e intersubjetividades (TRAD, 2010).

O desenvolvimento humano é um fenômeno complexo, multideterminado por fatores próprios dos indivíduos e aspectos mais amplos do contexto social, no qual estão inseridos: o ambiente físico, as oportunidades e os recursos oferecidos pelo contexto, os valores e as crenças disseminadas em determinada cultura, os momentos históricos específicos, questões sociais e econômicas, além de diversos outros componentes (KREPPNER, 2003). Um dos aspectos culturais mais relevantes para a compreensão do desenvolvimento humano refere-se aos valores, crenças e práticas predominantes em uma determinada cultura (DESSEN, 2005).

Argumenta Kreppner (2000) que a família está em constante processo de adaptação e readaptação em função de eventos normativos e não-normativos próprios de seu

desenvolvimento que, por sua vez, dependem do contexto histórico, social e cultural. Objeto que exige o consórcio de diferentes olhares (biológico, psicológico, sócio-antropológico, ético, etc.). Sua natureza exige um movimento fundamental no sentido de uma construção transdisciplinar e, a sua investigação como contexto de desenvolvimento é condição fundamental para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença (BASTOS; TRAD, 1998).

Neste sentido, Mello e Teixeira (2012) reforçam que a compreensão do desenvolvimento não pode ser justificada, apenas, por fatores biológicos. O desenvolvimento ocorre a partir de diversos elementos e ações que se estabelecem ao longo da vida do sujeito. Neste processo, sem dúvida, a interação com outras pessoas desempenha papel fundamental na formação individual:

[...] a experiência de estar imerso em interação social pode ser tomada como o fator primário do desenvolvimento inicial, todos os demais desenvolvimentos tendo origem aí (MORSS, 1988, p. 331 apud BASTOS, 2001, p. 39).

As interconexões entre os diversos níveis do contexto, a interação entre os indivíduos no interior do nível mais proximal e em diferentes microsistemas, como a família, podem ser tão decisivas para o desenvolvimento, quanto os eventos que ocorrem num determinado ambiente. A transição de um para vários microsistemas abrange o conhecimento e participação em diversos ambientes, consolidando diferentes relações e exercitando papéis específicos dentro de cada contexto. Num sentido geral, este processo de socialização promove o desenvolvimento (BRONFEBRENNER, 1996).

Segundo o modelo ecológico, três principais proposições podem ser descritas: (a) o desenvolvimento humano acontece dentro de um processo de interações recíprocas (processos proximais), envolvendo o organismo biopsicológico, as pessoas, objetos e símbolos do ambiente e, devem ocorrer sobre uma base regular e duradora; (b) a forma, o poder, a essência e a direção dos processos proximais variam como uma função conjunta das características do desenvolvimento da pessoa, do ambiente – mais imediato e mais distante – e a natureza dos resultados em consideração e; (c) os processos proximais servem como um mecanismo do potencial genético, para o desenvolvimento psicológico efetivo (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

Dessa forma, Bronfenbrenner (1996) define o desenvolvimento humano como um conjunto de processos, através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua

vida. Para tanto, o autor ressalta que a família é, ao mesmo tempo, a fonte mais rica e menos utilizada de experimentos naturais sobre o impacto evolutivo dos sistemas envolvendo mais de duas pessoas. Nas casas e nas famílias, não é necessário introduzir variações inventadas no tamanho do sistema, porque a sua própria natureza as fornece diariamente, no momento em que pais e irmãos, assim como parentes, vizinhos e amigos, vêm e vão a toda hora, proporcionando experimentos naturais prontos, com validade ecológica assegurada.

É primordial considerar, portanto, que o contexto de desenvolvimento da família é influenciado e influencia múltiplos elementos que fazem parte de um todo social. Os fenômenos que ocorrem em ambientes de vida real estão sempre sujeitos a variadas formas de influências, podendo variar ao longo do tempo e do espaço (BRONFENBRENNER, 1996).

A família constitui um contexto em desenvolvimento, que promove a evolução dos indivíduos e, portanto, é o nicho ecológico primário para a promoção da sobrevivência e para a socialização (KREPPNER, 1992, 2000).

Para Elsen (2002) a família é um sistema de saúde para seus membros que acompanha e avalia o estado de saúde e a doença de seus integrantes, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir, nos casos de queixas, pedindo ajuda a seus significantes e profissionais. O cuidado da família se concretiza nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar, objetivando o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social. O cuidado acontece através da convivência, nas reflexões e interpretações que surgem no processo de interação.

Neste sentido, a forma como cada família cuida de seus membros estabelece relações concretas com a cultura, as crenças, os valores e os diversos contextos e interações determinantes no processo do desenvolvimento humano.

## 2.2 A FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidar faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana: o **cuidar de si**, o **cuidar do outro** e **ser cuidado**. “Cuidar, é AJUDAR A VIVER” (COLLIÈRE, 1999, p. 227).

Primeiramente, o cuidar foi visto como forma indispensável de assegurar a continuidade da vida humana, individual e em grupo, fazendo recuar a morte. O cuidar envolvia, então, atividades como cuidar do território, repelir o inimigo, proteção da família e pertences materiais, atividades estas mais ligadas ao homem. A mulher, por sua vez, cuidava das crianças, assegurando e mantendo a continuidade da vida humana (COLLIÈRE, 1999).

Padrões de cuidar incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o *status* de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental (WALDOW, 2006). Ainda segundo a autora, o processo de cuidar é intencional, não há preocupação com o fim e envolve crescimento ocorrendo independentemente da cura.

Desde sempre, o Homem “age”, cuidando e sendo cuidado. Só assim tem sobrevivido ao longo dos tempos, uma vez que, existindo vida, existem indispensavelmente cuidados, “porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” (COLLIÈRE, 1999, p. 27). Assim, ao longo de milhares de anos o cuidar tem existido como forma de ajuda ao outro, visando ter o necessário para continuar a vida.

Esta arte tem perdurado ao longo dos tempos, sendo indispensável à perenidade dos indivíduos e grupos e inerente à sobrevivência de todos os seres vivos (COLLIÈRE, 1999).

Boff (2001) reforça que mais que a prática do cuidado pelo zelo e dedicação, o cuidar compreende uma atitude que envolve ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro:

Uma forma de cuidado que se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com-vivência, não de intervenção, mas de interação (BOFF, 1999 apud FIGUEIREDO; CAMPO, 2009).

Neste sentido, Backes et al. (2006) concebe o cuidado como parte integrante da existência humana, como manifestação de compartilhamento, de troca e de reciprocidade.

O cuidar do ser humano pelo outro compreende a atenção as suas necessidades individuais e coletivas determinadas em diferentes contextos históricos e respectivas realidades sociais, políticas e culturais (CHAVES, 2004).

Para Waldow (2001), o cuidado necessita ser revisitado como uma produção que exige um processo que compreenda ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico que envolva o ser cuidado, considerando suas inquietações, opiniões e sua autonomia, para promover sua dignidade e todos os aspectos ligados à sua existência humana, como plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual, sendo também processo de transformação dos sujeitos envolvidos.

No entanto, estudos têm apontado que a intensificação do convívio das famílias, no domicílio, com os parentes que sofrem de transtorno mental grave vem gerando dificuldades de relacionamento pela carência de suporte material, despreparo para o manejo e o

enfrentamento adequado dos problemas cotidianos, contribuindo para a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos (CONEJO; COLVERO, 2005).

Neste sentido, busca-se entender a relação constituída no contexto do adoecimento mental e os modos de cuidar em comunidade quilombola.

A doença mental envolve a existência de intenso sofrimento psíquico na vida de uma pessoa e está compreendida em diversas ordens: biológica, sócio-cultural e econômica, resultando em expressivo dano, repercutindo na história de vida, familiar e nas relações interpessoais (DALMOLIN; VASCONCELLOS, 2008).

Doença, nervosismo e sofrimento são elementos centrais na representação social dos usuários e familiares acerca da loucura. Os sentimentos de tristeza e angústia estão manifestos no modo de ser da família de pessoas com transtorno mental (JORGE et. al., 2008).

Jorge e Pinto (2010) explicam que a família, ao conviver com o adoecimento mental, busca encontrar elementos que justifiquem a condição de tal morbidade. A doença mental na família produz uma sobrecarga que compromete a saúde, a vida social, a relação com os outros, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional ou/e escolar, além de outros inúmeros elementos (OLIVEIRA, 2001).

Durante as crises agudas, de modo natural, o medo dos familiares são maiores, dificultando o relacionamento familiar. A esperança na melhora ou cura permite aos familiares visualizarem através das internações uma possibilidade de recuperação do adoecimento mental (WAIDMAN; GUSMÃO, 2001; OLIVEIRA, 2001).

Schrank e Olschowsky (2008) consideram que o cuidado à pessoa com transtorno mental exige habilidades familiares e a (des)estruturação das atividades diárias. Entretanto a responsabilidade da família contribui para a inserção social do indivíduo e facilita as ações de promoção da saúde mental.

Cuidar do doente mental e sua família insere-se em um amplo e denso conjunto de relações, ações e possibilidades terapêuticas que promovem o alívio do sofrimento psíquico nas relações sociais, familiares e territoriais (JORGE; PINTO, 2010). É fato que o afastamento do convívio social e familiar foi sempre uma forma da assistência em saúde mental, ao longo de sua história, se enfatizou a impossibilidade da família de estar junto, conviver, cuidar. Devido a esse modelo de atenção psiquiátrica, atualmente, transformar e recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e a pessoa em sofrimento é uma tarefa difícil e complexa (VIANNA; BARROS, 2004).

Nesse sentido, as práticas em saúde mental à luz da reforma psiquiátrica indicam o reconhecimento da condição de sujeito dos participantes do projeto terapêutico: paciente,



familiar e profissional (ROSA, 2005). O movimento da reforma psiquiátrica preconizou um passo importante na mudança do paradigma da psiquiatria clássica, questionando o modelo manicomial e propondo novos dispositivos de atendimento e tratamento. Dessa forma, foi implementado o Modelo Psicossocial de Cuidado respeitando as diferenças e a subjetividade dos indivíduos/famílias (CARVALHO et al., 2012; AIRES et al., 2010).

O Modelo Psicossocial é orientado pelos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, os quais sustentam as transformações nos campos teórico-assistencial, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural da saúde mental, tendo como premissa a construção do conhecimento por meio da intervenção/transformação efetiva da realidade, articulando o discurso, a análise e a prática (BORBA et al., 2012). Este modelo de assistência aos usuários em sofrimento psíquico, substitutivo ao hospitalocêntrico, apresenta um novo paradigma/a atenção centrada na pessoa, possibilitando o direito à voz e a cidadania.

A sua consolidação envolve a desconstrução de modos de pensar e conceber a loucura, de práticas e discursos que conferem caráter de objeto à mesma. Também, das relações sociais ainda impregnadas pelo paradigma racionalista e reducionista, baseado no problema-solução e a desconstrução do manicômio no que diz respeito às estruturas físicas, aos mitos e às formas arcaicas de fazer e de pensar centradas na institucionalização (BORBA et al., 2012).

Para que tais mudanças sejam efetivas é necessário que transcendam a reestruturação física dos espaços, fundamentada no deslocamento da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica para serviços territorializados. Esse modelo propõe que fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais sejam tomados como determinantes para ações de atendimento e programas comunitários de prevenção (COSTA-ROSA, 2000).

Na consolidação da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais psiquiátricos estão sendo substituídos por serviços de caráter extra-hospitalar. Os dispositivos para a formação de redes de atenção em saúde mental efetivam-se a partir de serviços, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ambulatório de saúde mental, hospital-dia, serviços de saúde mental nos hospitais gerais, centros de convivência, pensão protegida, lares abrigados, dentre outros que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). O CAPS e sua equipe multidisciplinar possibilita a realização do tratamento em nível ambulatorial buscando enfrentar as crises da pessoa em sofrimento em seu ambiente familiar, evitando a internação e conseqüentemente diminuindo a cronicidade (RIBAS; BORESTEIN; PADILHA, 2007).

Jorge e Pinto (2010) ressaltam a importância da implementação de novas atitudes e práticas no campo da saúde mental e do trabalho direcionado aos familiares. Há bem pouco tempo, o doente mental obtinha seus cuidados somente em serviços operados no modelo asilar. Uma das atividades de interação da equipe de saúde mental com os familiares é o grupo terapêutico. A estratégia do trabalho em grupo apresenta capacidade diferenciadora, intercessora nos processos contemporâneos individualizados de experimentação da subjetividade. Sendo possível compartilhar situações vivenciadas com o usuário, orientar e esclarecer os familiares sobre as situações da vida cotidiana (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Entretanto, para Jorge et al. (2008), a participação da família no projeto terapêutico do usuário ainda representa um desafio que, na prática, não se fez acompanhar de infraestrutura necessária à sua superação e à consecução dos objetivos reabilitadores.

Diante desse cenário, Gonçalves, Kantorski e Heck (2003) corroboram que a família é a principal aliada no processo de desinstitucionalização, adequada para ajudar o indivíduo com transtorno mental severo a desenvolver suas potencialidades e fortificar suas relações sociais dentro de seu território. Necessário intervenções, aproximações e acompanhamentos para que estas busquem informações sobre a doença mental e, a partir do suporte psicossocial, seja possível favorecer a criação e a fortificação de teias sociais de convívio e apoio para as mesmas e seus pacientes.

O familiar é fundamental no tratamento dispensado a pessoa com transtorno mental. As ações dirigidas à família devem estruturar-se de modo a favorecer a relação familiar/profissional/serviço (SPADINI; SOUZA, 2006).

Portanto, o entorno social e econômico imediato de uma pessoa e a maneira como este ambiente interatua, com seus recursos psicológicos e atitudes de adaptação, vão influenciar na determinação da situação da saúde, física e mental. Uma grande maioria de brasileiros, em que se inclui um enorme contingente de negros, vive em constante sofrimento mental, devido às precárias condições de subsistência e à falta de perspectivas futuras (SILVA, 2004).

Ao internalizar atributos negativos, que lhe são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares, e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, freqüentemente, como timidez ou agressividade. Essa pressão emocional pode ser percebida ou lida como perturbação do pensamento e do comportamento. Essas atitudes expressam a ambivalência do excluído em relação ao mundo hostil da elite dominante (SILVA, 2004).

### 2.3 A SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECER EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

A compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, já que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as quais estão associadas, em sua maioria, a fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2001). Nesse panorama, destacam-se as comunidades quilombolas, as quais se encontram em condições precárias de vida e saúde, decorrentes do processo histórico de expropriação de sua cultura e de seus direitos (FREITAS et al., 2011; SILVA, 2007).

A definição de quilombo foi construída pelas legislações coloniais e imperiais, buscando caracterizar esse espaço social como reunião de cinco ou três escravos fugidos, formando ranchos permanentes, simbolizando uma forma de resistência ao regime escravista (ALMEIDA, 1996). São reconhecidas oficialmente em 1988, pelo Estado brasileiro, despertando uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais (FREITAS et al., 2011).

Comunidades quilombolas são agrupamentos de descendentes de indivíduos escravizados e que, no processo de resistência e luta contra a escravidão, originaram grupos sociais que, ainda na contemporaneidade, ocupam um território comum e compartilham características culturais, também denominadas terras de preto ou território negro (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002).

No território brasileiro foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares 2.401 comunidades remanescentes de quilombos (maio/2016), as quais consistem em organizações fragmentadas nacionalmente, com pouco reconhecimento oficial, considerando o número de comunidades existentes pelos estados da federação e frágil representação política e social no país (MORAIS, 2013).

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, 1,7 milhões de quilombolas, sendo que 63,0% estão localizados no Nordeste brasileiro (BRASIL, 2012). Em relação ao estado da Bahia, destaca-se a existência de 612 comunidades, caracterizando-o como o estado que tem o maior número de quilombolas no país (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014).

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR), no ano de 2012, constatou que 75,6% das famílias quilombolas no Brasil estão em situação de extrema pobreza e 78,0% dependem de benefícios de transferência direta de renda do governo federal (BRASIL, 2012).

Os quilombolas ainda lutam por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde pública no nosso país. Apresentam forte vínculo de parentesco, ligados a trabalhos rurais, ou culturas de subsistência, dependendo muitas vezes de programas de transferência de renda do governo federal (FREITAS et al., 2011).

Podemos afirmar que o panorama de desigualdades instalado no nosso país está fortemente relacionado ao critério raça/cor e, ao mesmo tempo, determina as dificuldades para as pessoas negras, principalmente, as que não têm acesso aos serviços considerados necessários ao alcance da qualidade de vida, como ocorre com as comunidades quilombolas que, apesar da importância da sua preservação cultural, ainda são alvos de grande marginalização e de discriminação no seio da sociedade brasileira, sendo que os seus Índices de Desenvolvimento Humano estão entre os mais baixos do país (SIQUEIRA, 2014).

Além dos adultos, as crianças e adolescentes de comunidades quilombolas também apresentam particularidades em suas condições de vida, causadas pelas iniquidades que vivenciam, que interferem negativamente em seu processo de desenvolvimento, visto que muitas são obrigadas ao trabalho precoce, vivem em condições insalubres, sem saneamento básico, condições de moradia deficientes e dificuldade de acesso aos bens e serviços públicos, o que contribui para a exposição a diversos riscos, bem como a ocorrência de diversas doenças (FREITAS et al., 2011).

No que tange às condições sociais de vida deste grupo específico, verifica-se que a condição de acesso e abastecimento de água é precária nessas comunidades em geral, tendo origem em cisternas e poços, não possuindo, em sua maioria, água encanada ou tratada, assim como não possuem saneamento básico adequado. Nas investigações das doenças parasitárias, intestinais e infecciosas, verifica-se forte associação com as péssimas condições higiênico-sanitárias em que vivem os quilombolas, refletidas através da ingestão de água não tratada, da ausência de esgotamento sanitário, do acúmulo de lixo e dos despejos incorretos dos dejetos (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; DAMAZIO et al., 2013)

O quadro de distribuição das doenças de maior prevalência em afrodescendentes revela que características de ordem genética influenciam no padrão de adoecimento. Mas, são os fatores socioeconômicos (situação de pobreza e exclusão social) os que mais incidem no processo saúde-doença da população negra, levando-se em conta, por exemplo, doenças ligadas à pobreza, como é o caso da tuberculose, verminoses, desnutrição, entre outras (BRASIL, 2001).

No que concerne aos estudos dos agravos em saúde com populações afrodescendentes é possível observar problemas referentes ao uso abusivo de álcool e ao aparecimento de sofrimento mental. Shafe et al. (2009) salientaram em seu estudo realizado no Caribe, com 143 participantes, associação estatisticamente significativa entre consumo excessivo de álcool e desordens de ansiedade em grupos com ancestrais no continente africano e em grupos de indianos, percebendo que a dependência de álcool pode levar a outras co-morbidades, como depressão e uso de drogas. Acrescenta-se, o sofrimento mental que também é considerado um agravo de grande impacto social, uma vez que possui relação com a condição de vida, sendo evidenciada associação estatisticamente significativa entre transtornos mentais comuns (TMC) e fatores associados à pobreza, como baixa escolaridade (SILVA, SANTANA, 2012).

Neste contexto, podemos afirmar que a situação da saúde das comunidades quilombolas brasileiras, está intimamente associada a processos históricos de longa duração, que interagem com vulnerabilidades contemporâneas. O panorama de saúde identificado nas comunidades quilombolas brasileiras mostra a forte vulnerabilidade dessa população, o que aponta para a urgente necessidade de efetivação das políticas públicas, com programas que atendam não apenas ao que é relativo as doenças, mas também aos aspectos voltados para o estabelecimento de condições de habitação, saneamento básico, infraestrutura, alimentação, serviço de saúde, educação, entre outros.

No final do século XIX e início do século XX, a saúde da população negra no Brasil era discutida somente com ênfase na saúde mental, principalmente a sua relação com a criminalidade. Atualmente, a existência do racismo e o contexto das desigualdades provocadas por ele tem servido como argumento para a construção do campo da “saúde da população negra”.

O racismo atua negativamente na esfera intrapsíquica, afetando o eu e comprometendo sua identidade. Essa ocorrência se deve às repetidas experiências de desvalorização da autoimagem, difundidas tanto pelas instituições como pelas relações interpessoais e à interiorização do eu ideal europeu, branco (SILVA, 2004).

Compreender que o racismo é ideologicamente imposto na sociedade, faz compreender também que ele respinga em todas as pessoas, independente da sua raça. As formas corriqueiras de violentar racialmente as pessoas, por vezes, passam despercebidas, e algumas dessas formas são até mesmo imperceptíveis para algumas pessoas negras. A perversão da construção social impõe um modelo que naturaliza muitas das demandas de violência racial. Essa naturalização e invisibilidade possibilitam a sua propagação e introjeção, implicando nas relações e representações sociais (MOURA, 2009).

O racismo desenha a não cidadania. Seus desdobramentos determinam as condições históricas de vida de Comunidades Remanescentes de Quilombos e tem forte impacto na ascensão social e na igualdade de condições de suas famílias. A falência dos direitos segrega essas comunidades economicamente e compromete sua qualidade de vida (XAVIER, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 5) assinala que:

“A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. (...) não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. (...)”.

Portanto, é dentro da perspectiva de promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, a discriminação e o enfrentamento ao racismo nas instituições e serviços do SUS, que espera-se o compromisso de gestores e trabalhadores de saúde com inclusão da temática em todas as ações da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para conhecer os modos de cuidar no contexto de famílias quilombolas, a partir de uma abordagem sistêmica, foi escolhido como referencial o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. Consideramos interessante trazer alguns dados acerca da vida de Bronfenbrenner, permitindo aos leitores uma maior proximidade entre autor e modelo teórico.

#### **Urie Bronfenbrenner**

Bronfenbrenner nasceu em 1917, na cidade de Moscou, na Rússia. Aos seis anos de idade mudou-se com a família para os Estados Unidos. O seu pai era médico e trabalhava em uma instituição psiquiátrica estadual (SHEEHY, 2006).

Acompanhava-o nas visitas aos pacientes e observava sua angústia ao constatar que os coeficientes intelectuais avaliados no início da internação diminuíam após algumas semanas. Assim, em consequência dos baixos escores, os pacientes internados eram classificados como “deficiente mental”, e não recebiam alta do tratamento, o que significava, em muitos casos, permanecer na instituição para o resto da vida (BENNETTI et al., 2013). Além disso, percebia que os internos, avaliados como “menos doentes”, com a “regalia” de trabalhar nas casas dos funcionários, aumentavam seus coeficientes intelectuais após deixarem a instituição (BRONFENBRENNER, 1996).

Bacharel em Psicologia e Música, em 1938, pela Universidade de Cornell. Fez mestrado na *Harvard University* e o doutorado na *University of Michigan*. Na década de 1960, engajou-se em lutas ligadas à questão do desenvolvimento humano, por acreditar que políticas públicas mal elaboradas afetavam o bem-estar e o desenvolvimento dos seres humanos, principalmente crianças e famílias. Trabalhou na elaboração e implementação de projetos governamentais e não-governamentais, recebeu vários prêmios internacionais, seis títulos de honra, sendo três deles por universidades europeias. Foi reconhecido e aclamado internacionalmente por sua obra “Ecologia do Desenvolvimento Humano” (SHEEHY, 2006).

Urie Bronfenbrenner faleceu em sua casa, em Ithaca, New York, em 2005, aos 88 anos, deixando um legado que permanece na atualidade, pois a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano tem servido de modelo de investigação em várias áreas, sendo considerada muito atual (BENNETTI et al., 2013).

### 3.1 MODELO BIOECOLÓGICO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – PESSOA, PROCESSO, CONTEXTO E TEMPO

De acordo com a Teoria Bioecológica, para melhor entender o desenvolvimento humano é necessário considerar todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo, enquanto ele se desenvolve. Em seu paradigma, Bronfenbrenner (2011) considera o desenvolvimento dependente de quatro dimensões que interagem entre si, denominadas de Modelo “PPCT” – Pessoa, Processo, Contexto e Tempo. A consideração destes quatro elementos no âmbito do fenômeno em estudo possibilita uma visão mais abrangente e a compreensão da sua totalidade. O Modelo Bioecológico permite compreender o desenvolvimento humano através da pessoa desenvolve, do ambiente e especialmente da interação entre ambos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Este Modelo possui uma abordagem sistêmica, e nos fornece subsídios para compreender os modos de cuidar da família quilombola, em seu contexto de desenvolvimento e nas complexas interações entre seus integrantes.

Entende-se, a partir da perspectiva Bioecológica, que todos os aspectos da vida estão interconectados e englobam as características dos sistemas de cada sociedade. Além disso, há diferentes formas de relacionamento de tais entidades com o desenvolvimento humano e também entre si, é isso que vai determinar o impacto no desenvolvimento dos sujeitos (BRONFENBRENNER, 2011).

Segundo o autor, o desenvolvimento é definido como “um conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem, produzindo mudança nas características da pessoa no curso de sua vida” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 72). Consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e o seu contexto através do tempo, sendo uma função das forças que emanam de múltiplos contextos e de relações entre eles (KOLLER, 2004).

A ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da adaptação mútua e progressiva entre um ser humano ativo, em crescimento e as propriedades, elas próprias em mutação, dos contextos imediatos, nos quais a pessoa em desenvolvimento vive, sendo que este processo é igualmente influenciado pelas relações entre esses e pelos contextos mais vastos em que estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996).

Na pesquisa ecológica, as propriedades da pessoa e do meio ambiente, a estrutura dos cenários ambientais e os processos ocorrendo dentro e entre eles devem ser considerados como interdependentes e analisados em termos de sistemas (BRONFENBRENNER, 1996, p.



33). Uma orientação ecológica coloca como centro da atenção não apenas o indivíduo, mas os sistemas interpessoais dos quais ele participa, tanto dentro dos ambientes quanto entre eles (BRONFENBRENNER, 1996, p. 77).

Para Bronfenbrenner (1996), o ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas. No nível mais interno está o ambiente imediato contendo a pessoa em desenvolvimento. O ambiente é considerado nesta abordagem como ambiente percebido, constituído de quatro níveis crescentes inter-articulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes (FRANCO; BASTOS, 2002). Diferentes tipos de ambientes dão origem a padrões distintivos de papel, atividade e relação para as pessoas que se tornam participantes.

De acordo com a teoria ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos. As transições ecológicas ocorrem durante todo o ciclo vital e são características da rede de apoio social e afetiva da pessoa. De acordo com Bronfenbrenner (1996), quando uma criança sai de um microsistema conhecido, como a família, para participar de um novo contexto, como a escola, há um fenômeno de movimento no espaço ecológico. Aciona o funcionamento de uma rede que existe estruturalmente e passa a ter significado no desenvolvimento (POLETTI; KOLLER, 2008).

Apesar da impossibilidade de dissociação dos componentes do Modelo Bioecológico (pessoa, processo, contexto e tempo), para efeito de compreensão dos seus significados, abordaremos cada um de forma separada a seguir.

O componente **pessoa** envolve tanto as características biopsicológicas quanto aquelas construídas na interação entre ser humano e ambiente no decorrer da sua existência. Características do tipo pessoais, como gênero ou cor da pele, podem influenciar na forma pelo quais outros lidam com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

O **processo** constitui-se na interação recíproca que ocorrem nas díades (sistema de duas pessoas) desenvolvimentais (SANTANA; KOLLER, 2004). Possui relação entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver (intelectual, emocional, social e moralmente) um ser humano, requer participação ativa em interação, com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Estas formas de interação no ambiente imediato referem-se a processos proximais que são definidos como “formas particulares de interação entre organismos e ambiente, que

operam ao longo do tempo e compreendem mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998, p. 994). Pessoas em interação são capazes de exercer um poder mútuo. Os sujeitos/atores do processo de interação desenvolvem habilidades, papéis complementares são assumidos e atribuídos aos vários participantes (BASTOS, 2001).

O **contexto** é caracterizado por qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa em desenvolvimento, e apresenta-se classificado em quatro subsistemas socialmente organizados, que auxiliam a amparar e nortear o ser em crescimento: Microssistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema e, da forma como estão dispostos, auxiliam a descrever e analisar os contextos de vida (proximais e distais) do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 2011).

Por meio de tais ideias, o autor desenvolve uma hierarquia de sistemas que influenciam no contexto do desenvolvimento humano. O primeiro é chamado de **microssistema**, e é definido como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento nos ambientes que ela frequenta e estabelece relações face a face (BRONFENBRENNER, 2011). O termo experienciado é enfatizado para indicar a maneira como a pessoa percebe e confere um significado à influência do ambiente, que vai além de suas características objetivas. É no contexto dos microssistemas que operam os processos proximais, produzindo e sustentando o desenvolvimento, mas a sua eficácia em implementar o desenvolvimento depende da estrutura e do conteúdo dos mesmos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). As interações dentro do microssistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente e são permeadas pelas características de disposição, de recurso e de demanda das pessoas envolvidas (KOLLER; CECCONELLO, 2003).

O segundo é definido como **mesossistema**, que consiste no conjunto de microssistemas que uma pessoa frequenta e nas inter-relações neles estabelecidas. Ele é ampliado sempre que uma pessoa passa a frequentar um novo ambiente. Os processos que operam nos diferentes ambientes frequentados pela pessoa são interdependentes, influenciando-se mutuamente (BRONFENBRENNER, 2011). Assim, a interação de uma pessoa em determinado lugar é influenciada e também sofre influência de sua interação dentro de outro ambiente (KOLLER; CECCONELLO, 2003).

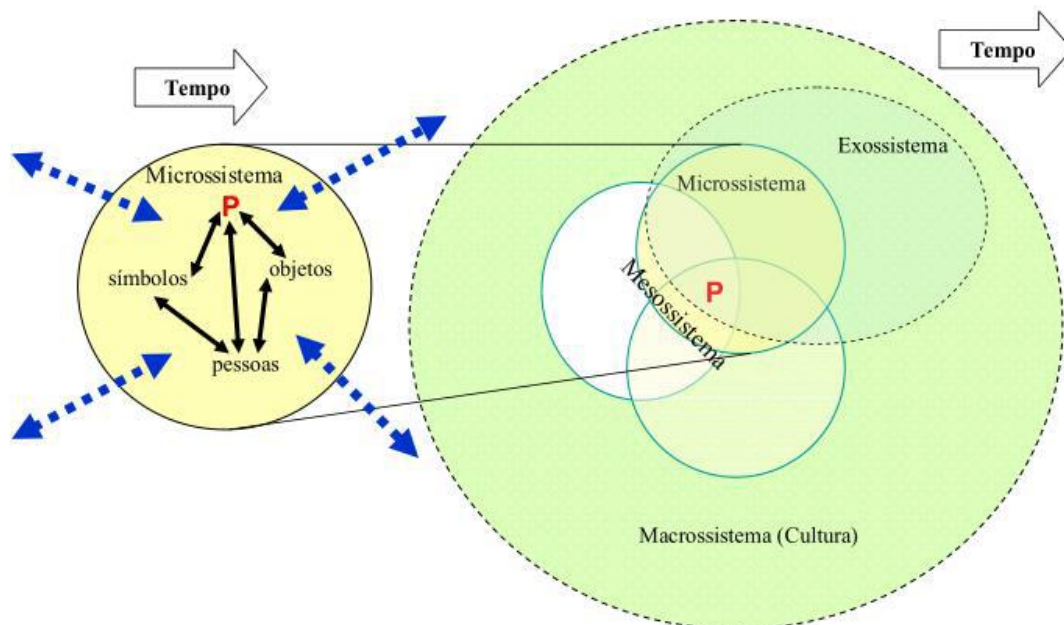
O terceiro foi definido como **exossistema**, envolve os ambientes que a pessoa não frequenta como um participante ativo, mas que desempenham uma influência indireta sobre o seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011). Três exossistemas são identificados por

Bronfenbrenner (1996) como muito importantes, devido à sua influência nos processos familiares: o trabalho, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida (KOLLER; CECCONELLO, 2003).

O quarto, e último, é definido como **macrossistema**, o qual é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011).

Um esquema que pode ilustrar bem o funcionamento do contexto dentro da teoria bioecológica é o apresentado na **Figura 1**, onde a Pessoa (P) ativa aparece engajada em processos proximais com outras pessoas, símbolos e objetos dentro de um Contexto (microsistema) que interage com outros (meso, exo e macrossistemas), incluindo tanto continuidade quanto mudança ao longo do Tempo (TUDGE, 2008).

**Figura 1 – Desenho do Modelo PPCT (Pessoa, Processo, Contexto, Tempo) de Urie Bronfenbrenner.**



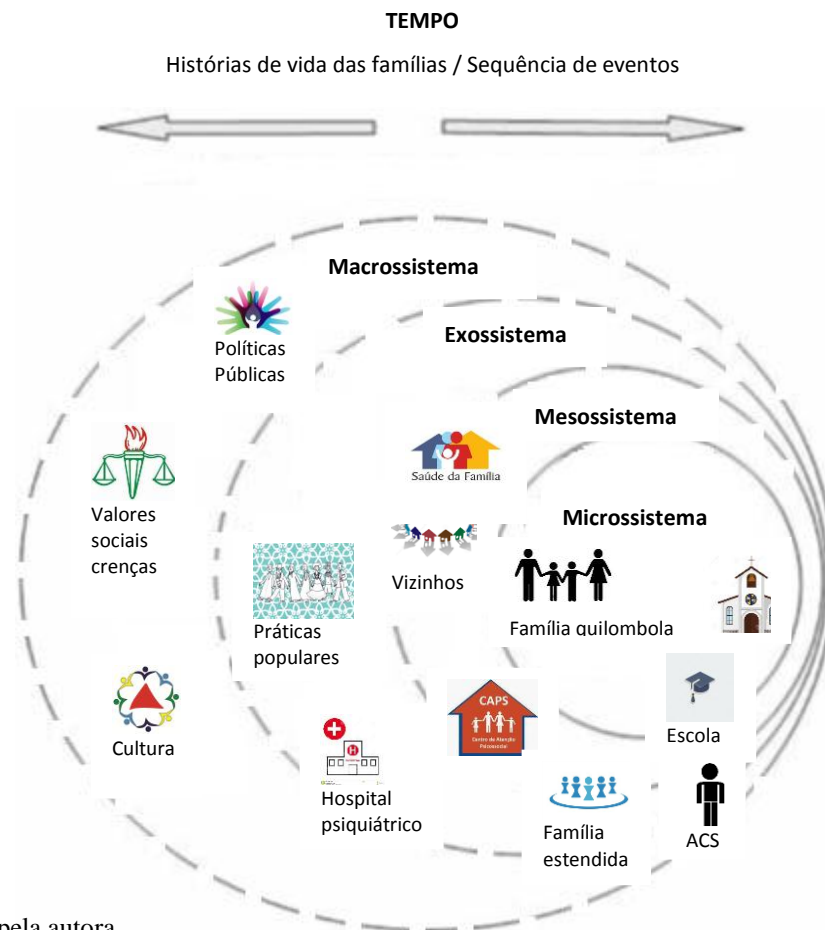
Fonte: Tudge (2008, p. 6).

Ainda sobre a **Figura 1**, deve ser considerado quando visualizados os sistemas de exossistema e macrossistema, seu delineamento de contornos de forma pontilhada, o que significa que ambos interferem de forma indireta sobre o desenvolvimento da pessoa, onde ambos geram modificações nos microsistemas e, estes sim, interferem diretamente na pessoa.

Um olhar para o objeto de estudo desta investigação com base no modelo de Bronfenbrenner, ilustrado na **Figura 2**, permite analisar a família quilombola como um contexto, pois é o lugar de convívio e de interação direta com a pessoa em sofrimento mental.

Nele se realizam estratégias de cuidados através das quais são desenvolvidas as potencialidades dos seus integrantes, ou seja, os processos de desenvolvimento das pessoas. Como é um ambiente de influência direta e recíproca com a pessoa, a família quilombola é um microsistema, que tem ligação com outros microsistemas, como a escola e a igreja, por exemplo, e estas ligações ou ambientes comuns a dois ou mais microsistemas denominados mesossistemas. O exossistema, no caso específico dos Sistemas de Saúde, é a rede de serviços de saúde vigente na comunidade, que age sobre um ou mais microsistemas onde a pessoa em desenvolvimento está inserida. O macrosistema é a própria comunidade quilombola, um espaço que abrange todos os sistemas citados acima, seja na dimensão geográfica, como social, cultural, política ou religiosa. Este exemplo de contextualização ambiental dentro do modelo de estudo da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano demonstra como o modelo pode ser aplicado neste estudo.

**Figura 2 - Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente da Comunidade Quilombola Lage dos Negros a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.**



Fonte: Produzido pela autora.

Nessa direção, o desenvolvimento ocorre através da interação entre a pessoa em desenvolvimento e os contextos – micro, meso, exo e macro – interconectados, que se influenciam, promovendo interação e desenvolvimento em uma construção que alberga desde o grupo mais próximo até a realidade mais distante que atinge e impregna a vida social, conforme ilustrado na **Figura 2**. O desenvolvimento humano é, nesse espectro, interativo e contextualizado, e, o indivíduo não é um ser passivo. Antes disso, é interativo, copartícipe no próprio processo de desenvolvimento, sendo também dependente de outros que com ele interajam.

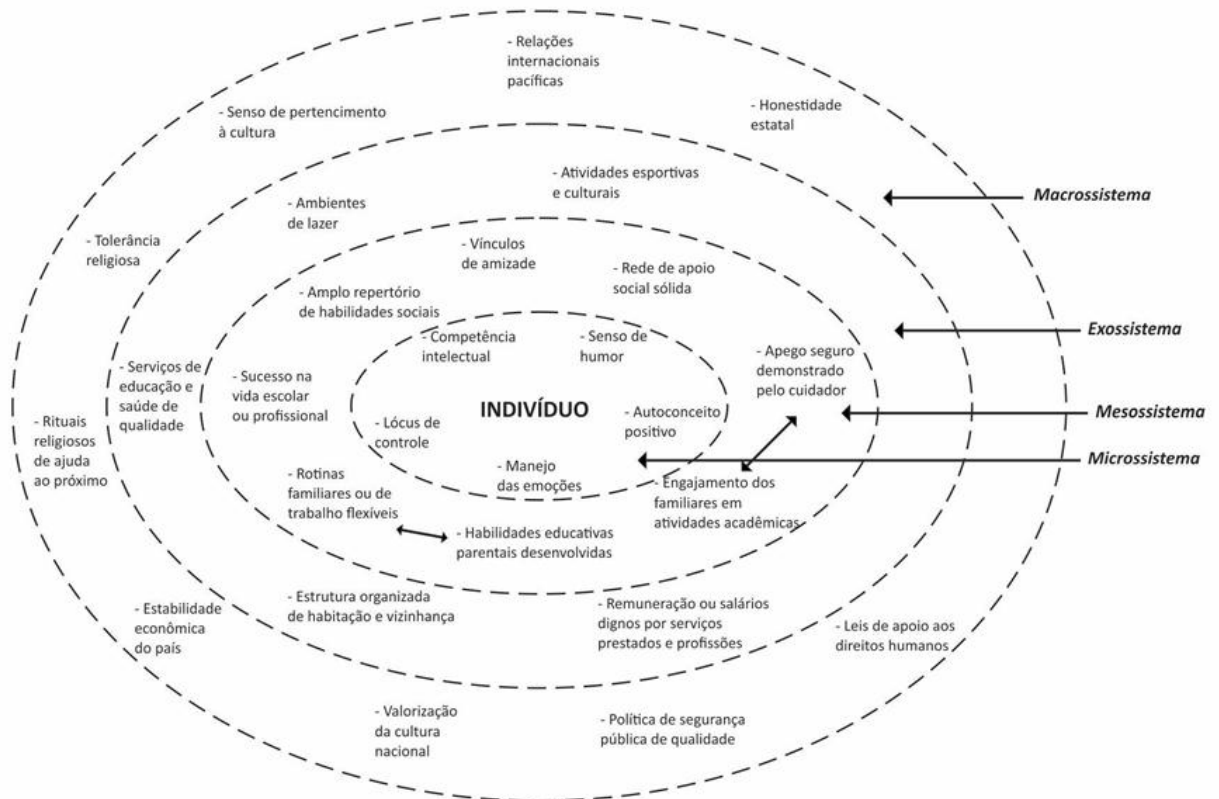
O quarto componente do Teoria Bioecológica, o **tempo**, permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Foi o último elemento integrado ao modelo bioecológico durante sua formulação, o organizador social e emocional das relações entre indivíduos e dos indivíduos com o seu ambiente. Nele encontram-se os acontecimentos históricos, o grau de estabilidade ou mudanças na vida dos indivíduos face aos eventos ambientais e as transições que ocorrem ao longo da existência, produzindo condições que afetam o desenvolvimento das pessoas (BENNETTI et al., 2013).

De acordo com a teoria ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos (BRONFENBRENNER, 1996). As transições ecológicas ocorrem durante todo o ciclo vital e são características da rede de apoio social e afetiva da pessoa. De acordo com Bronfenbrenner (1996), quando uma criança sai de um microsistema conhecido, como a família, para participar de um novo contexto, como a escola, há um fenômeno de movimento no espaço ecológico. A transição ecológica aciona o funcionamento de uma rede que existe estruturalmente e passa a ter significado no desenvolvimento (POLETTI; KOLLER, 2008).

Antoni e Koller (2001) apontam a importância da flexibilidade dos sistemas ecológicos para garantir a proteção; este suporte social pode ser a família, a escola, o trabalho, os serviços de saúde, entre outros. Assim, fatores de risco e proteção à saúde mental podem ser organizados conforme os sistemas propostos por Bronfenbrenner (**Figura 3**). O modelo, proposto por Bronfenbrenner (1996), destaca que os fatores presentes em diferentes ambientes não atuam de forma independente e o desenvolvimento saudável dos indivíduos é resultado dessa relação entre os fatores. Visualizar os fatores de risco e proteção em todos os sistemas amplia o escopo das ações de prevenção. Intervenções focadas na promoção de competências pessoais (fatores de proteção) para a prevenção de desfechos negativos (fatores de risco) em

saúde mental poderiam ter seus resultados potencializados, se agregarem ações de desenvolvimento de serviços da comunidade e das políticas públicas, por exemplo.

**Figura 3 - Fatores de proteção à saúde mental organizados no Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano**



Fonte: Adaptado pela autora de OLIVEIRA, S. A. Prevenção em Saúde Mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área. 2012. 134 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico traçado ao longo da presente pesquisa foi de extrema importância para o seu desenvolvimento e para alcançar os objetivos propostos, conforme relatado ao longo deste capítulo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo, uma abordagem entendida como adequada ao tema escolhido, pois valoriza a subjetividade e a compreensão dos fenômenos que cercam o ambiente social e psicológico dos sujeitos dessa pesquisa (GIL, 2002; TURATO, 2005). Dessa forma a pesquisa qualitativa busca descrever e analisar a cultura e o comportamento humano em seus grupos, do ponto de vista dos que estão sendo estudados (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Minayo (2008) considera a pesquisa social em saúde como um retrato do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços, os profissionais e usuários, de sua história e de sua produção simbólica, de suas crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações da realidade social.

A base deste estudo está ancorada na abordagem do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1996) que considera o meio ambiente ecológico em níveis de complexidade (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) e possibilita a investigação e análise do fenômeno por meio de dimensões inter-relacionadas. Em seu paradigma, Bronfenbrenner (2005) considera o desenvolvimento dependente de quatro dimensões que interagem entre si, denominadas de “Modelo PPCT” (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo).

Este modelo tem por característica principal a relação entre os fatores ecológicos e as características individuais do desenvolvimento humano, que se interconectam ao longo do tempo e traz como desafio o entendimento do desenvolvimento a partir dos sistemas dos quais participa, sem negar a influência do próprio sujeito enquanto um sistema que interfere nos demais (BRONFENBRENNER, 2011). Por meio desta perspectiva, este estudo investigou como cada um dos elementos do modelo interage no fenômeno dos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas, identificando e analisando este processo sob o olhar bioecológico.

A proposta bioecológica privilegia a inserção ecológica, que tem como objetivo avaliar os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão vivendo, tornando o pesquisador integrante do ambiente do fenômeno investigado, rompendo com a clássica separação entre o sujeito e o objeto de investigação (KOLLER, 2004).

O Estudo de Caso também foi utilizado nesta pesquisa. De acordo com Yin (2015), ele permite investigar um fenômeno contemporâneo, dentro de contexto da vida real, especialmente quando o contexto tem uma forte influência sobre o fenômeno a ser investigado. Por se tratar de um método que permite uma abordagem contextualizada ao fenômeno, possibilita incluir o maior número de variáveis relacionadas com o tema, podendo ser realizada em ambiente natural. É um método apropriado para realizar investigações sobre o desenvolvimento-no-contexto (CECCONELLO, 2003).

Apreender os modos de cuidar de famílias quilombolas é um tema desafiador que exige preocupação com o processo de vida nos contextos histórico e social. A preferência tanto pela teoria, quanto pelo método utilizado deve-se a possibilidade que tem o pesquisador de construir estratégias para intervir na realidade de famílias em situação de adoecimento e vulnerabilidades.

#### 4.2 A INSERÇÃO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA LAGE DOS NEGROS: APROXIMAÇÃO DO AMBIENTE DE PESQUISA

O estudo teve como cenário a Comunidade Quilombola Lage dos Negros localizada no município de Campo Formoso, sertão baiano. Campo Formoso está situado na região Centro-Norte do estado da Bahia, a uma distância aproximada de 413 km da capital, Salvador. O acesso é feito através da rodovia BR-407 até a cidade de Senhor do Bonfim e, por fim, adota-se a BA-131.

Lage dos Negros é um distrito do município de Campo Formoso, fundado em meados do século XIX. Está localizada a 96 km da sede da cidade, junto ao Rio Preto, afluente do Rio Pacuí. O local abriga atualmente cerca de 12 mil habitantes (IBGE, 2007). A comunidade Lage dos Negros é constituída por um complexo de comunidades remanescentes de quilombos, denominadas pelos quilombolas de povoados. Abrange 34 comunidades rurais<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Salitre, Curral Velho, Passagem do Sargento, Amoca, Baixinha, Consumidouro, Bebedouro, Pacuí, Buraco, Barriguda, Tabuleiro, Poço da Pedra, Saquinho, Pedra, Patos I, Patos II, Patos III, Casa Nova dos Marinheiros, Casa Nova dos Amaros, Casa Nova dos Ferreira, Alagadiço, Bica, Queixo Dantas, Cacimbinha, Lagoa, Boge, Muringo, Sangrador I, Sangrador II, Barroca, Gameleira do Dida, Cachoeirinha e Lage de Cima.



sendo 21 certificadas pela Fundação Cultural Palmares, no período compreendido entre os anos de 2005-2014.

Lage dos Negros é regularizada pelo estado da Bahia como Comunidade de Fundo de Pasto<sup>2</sup>. A construção identitária territorial é a posse das terras que está registrada em cartório, desde o ano de 1890, em nome de Luís Manuel dos Santos (Luizinho) e sua esposa Maria Lages, seus primeiros moradores. As relações sociais e a organização do trabalho estão pautadas na posse comum dos meios de produção (SANTOS; ALMEIDA, 2014).

Acredita-se que o nome do povoado refere-se a quantidade de lajedo e a figura de Maria Lages. A predominância de negros descendentes dos antigos escravos das fábricas de salitre do Pacuí caracteriza a sua relação étnica-racial.

Lage dos Negros convive com vários problemas característicos de comunidades tradicionais, a exemplo do desmatamento, do desaparecimento dos rios e da especulação fundiária, uma vez que o subsolo é rico em água para irrigação e, a cada dia, o agronegócio do Vale do São Francisco vai expropriando os povos tradicionais e expandindo suas áreas (SANTOS; ALMEIDA, 2014).

A comunidade Lage dos Negros tem uma riqueza natural expressiva: muitas serras, com vários minérios, e possui cavernas que constituem um sítio de grande valor científico mundial, que são a Toca da Barriguda, a segunda maior do Brasil, Toca do Calor de Cima, Toca do Pitu, Toca do Morrinho e a Toca da Boa Vista, sendo essa a maior caverna do Brasil e do hemisfério sul e, a 13ª colocada no ranking das maiores do mundo.

Segundo Santos e Almeida (2014), em meados dos anos 1900, os quilombolas de Lage dos Negros, plantavam feijão, mamona, milho, mandioca, e, no período do inverno, cultivavam arroz. A economia era baseada na agricultura e até hoje mantém relações comerciais com o município de Juazeiro da Bahia, onde havia trocas de mercadoria e comercialização de alguns produtos. A dependência financeira dos moradores se acentuou com a seca de 1960. Foi com a chegada dos garimpos que a população foi aumentando, havendo a necessidade de construir armazém e estruturar uma pequena feira livre aos domingos, ambiente simbólico das relações econômicas de troca, venda da produção e distribuição de bens e serviços.

As autoras ainda explicam que em 1860, o território passou a fazer parte da Rota de Minérios, o que exigiu uma maior organização econômica, bem como criar um espaço de

---

<sup>2</sup> Fundo de Pasto é um modo tradicional de criar, viver e fazer em que a gestão da terra e de outros recursos naturais articula terrenos familiares e áreas de uso comum, onde se criam caprinos e ovinos à solta e em pastagem nativa (SANTOS; ALMEIDA, 2014).

socialização dos acontecimentos dos ambientes circunvizinhos, das trocas de sementes e animais. É na praça, próxima ao mercado, que essas relações comerciais aconteciam.

A comunidade de Lage dos Negros tem na feira livre um lugar de encontros de feirantes das cidades de Juazeiro e Campo Formoso, com produtos industrializados. As comunidades negras rurais vendem os produtos alimentícios locais, na sua maioria carnes, peixes, animais vivos, sandálias artesanais, farinha, feijões, frutas e verduras.

A principal fonte econômica é a agropecuária, com destaque para a caprinocultura. As famílias cultivam a mandioca, para produzir farinha. Outras culturas presentes são o feijão, o milho, o sisal e a mamona. A fibra de sisal é comercializada sem o beneficiamento, o que resulta em baixa rentabilidade. Na região de Juazeiro, as ações na área de mandiocultura beneficiaram os produtores com a construção de uma casa de farinha em Lage dos Negros.

Muitos homens se deslocam para municípios vizinhos, onde trabalham nas plantações de café ou mesmo na construção civil. Entre as mulheres, uma atividade comum é o artesanato em palha de ouricuri, uma planta nativa da região.

Como toda comunidade quilombola brasileira e nordestina, apesar de poucos recursos, tenta preservar a sua história e a sua tradição. Há na comunidade diversas manifestações culturais tais como: o Congado, a Folia de Reis, a Roda de São Gonçalo, a Roda de Terreiro, a festa do Padroeiro Santo Antônio com seus treze dias de festa, a capoeira e outras.

O acesso ao povoado é dificultoso, pois a estrada é de “chão batido”, o que reforça o seu isolamento geográfico. Em Lage dos Negros existem poucos espaços destinados à prática de esporte e lazer. Quanto ao setor da saúde, apenas uma única Unidade de Saúde da Família (USF) atende à toda população do distrito e região, funcionando de segunda à quinta-feira. A equipe é composta por dois médicos cubanos, duas enfermeiras, 18 agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico em saúde bucal, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais.

O território conta com o Centro de Referência Social Quilombola (CRAS-Quilombola), quatro escolas municipais e uma estadual (extensão do Colégio Luzia de Freitas). A educação enfrenta problemas, como a deficiência na capacitação de educadores, carência de material didático e instalações precárias.

Todas essas características citadas dão visibilidade à dinâmica social, cultural, ambiental e econômica de Lage dos Negros, cujas representações e ancoragens se relacionam ao trabalho associativo que perpassa o cotidiano (ANEXOS A e B).

Sempre dispôs de grande potencial ambiental local para se desenvolver. Porém, os poucos investimentos aplicados na região não são suficientes para fazer deslanchar um processo efetivo de desenvolvimento social e econômico.

Em 2016 foi iniciada a construção do Parque Eólico Delfina pela empresa SoWiTec do Brasil, na Serra do São Francisco em Bica (um dos povoados de Lage dos Negros), a obra está em sua fase final. Aproximadamente 500 milhões de reais foram investidos e 150 torres geradoras de energia produzirão 45MW/ano, suficiente para abastecer uma cidade de 200 mil habitantes. O empreendimento viabilizou contratações de pessoas da comunidade, porém a maior parte dos funcionários e empresas terceirizadas são provenientes da Região Sul e Sudeste do país.

A riqueza cultural, geológica e histórica encanta as pessoas que visitam Lage dos Negros; no entanto, os discursos da pobreza dificultam as articulações no que se refere à valorização do local.

#### 4.3 A SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS

O local inicialmente escolhido para aproximação e seleção dos familiares foi a Unidade de Saúde da Família (USF), que se constitui como um espaço privilegiado e legítimo de encontros e de cuidado à família. A princípio, a pesquisadora teve contato com a enfermeira coordenadora e os agentes comunitários de saúde (ACS) para uma compreensão mais aprofundada dos objetivos e da dinâmica de pesquisa.

Os ACS foram fundamentais para o convite das famílias que participaram dos encontros com a pesquisadora. Entretanto, o olhar ecológico e o contato prévio da pesquisadora com familiares/cuidadores permitiu o reconhecimento dos casos selecionados.

Os três primeiros encontros com as famílias aconteceram na própria USF (com apresentação inicial da proposta, rodas de conversas, entrega/esclarecimento do TCLE e agendamento para entrevista no domicílio). Em média, a pesquisadora realizou cinco encontros com as famílias pesquisadas, nos mais diversos locais, como o própria USF, o domicílio e espaços diversos na rua (mercado, igrejas, escolas).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão das famílias: ser natural de Lage dos Negros e residir na comunidade quilombola, ter familiar com transtorno mental; a pessoa com transtorno mental deve estar em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município; familiares/cuidadores devem estar presentes nos três encontros

realizados pela pesquisadora com o apoio dos agentes comunitários na USF e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Assim, o presente estudo contou com a participação de 3 famílias por meio do envolvimento de 06 pessoas significativas na convivência e no cuidado à pessoa com transtorno mental, que estão descritas no quadro abaixo.

**Quadro 1 - Perfil sociocultural dos participantes do estudo.**

	<b>Identificação familiar</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Trabalho / ocupação</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Religião</b>
<b>Família nuclear</b> (Aroeira)	<i>Boa-noite</i>	Mãe	35 anos	Fundamental incompleto	Do lar / auxílio doença	02 SM	Católica
	<i>Cacto</i>	Pai	39 anos	Fundamental incompleto	Lavrador/Vigilante		Católica
	<i>Violeta-da-caatinga</i>	Filha	17 anos	Fundamental incompleto	Estudante		Católica
	<i>Helicônia</i>	Filha	15 anos	Fundamental incompleto	Estudante		Católica
	<i>Xique-xique</i>	Filho	12 anos	Fundamental incompleto	Estudante		Católica
	<i>Guarujá</i>	Filho	09 anos	Fundamental incompleto	Estudante		Católica
<b>Família monoparental</b> (Umburana)	<i>Calliandra</i>	Mãe	60 anos	Fundamental incompleto	Aposentada	01 SM	Evangélica
	<i>Mandacaru</i>	Filho	38 anos	Fundamental incompleto	-		-
	<i>Jurema D'água</i>	Filha	40 anos	Fundamental incompleto	Do lar / auxílio doença		Evangélica
	<i>Palma</i>	Filha	42 anos	Analfabeta	Do lar		Evangélica
<b>Família extensa</b> (Angico)	<i>Bromélia do Sertão</i>	Mãe	73 anos	Analfabeta	Aposentada	02 SM	Católica
	<i>Crisântemo</i>	Esposo	32 anos	Fundamental completo	Auxiliar de serviços gerais		Católica
	<i>Esperança</i>	Filha	32 anos	Superior incompleto	Estudante		Católica
	<i>Algodão</i>	Neto	02 anos	-	-		-
	<i>Sena</i>	Neta	07 anos	Fundamental incompleto	Estudante		Católica

Fonte: Produzido pela autora.

Dentre os aspectos avaliados como relevantes para a definição do perfil sociocultural dos familiares/cuidadores, foram enfatizadas as seguintes informações: cor/raça, idade, renda familiar, ocupação, escolaridade, religião e o vínculo com o sujeito com sofrimento mental. Na categoria cor/raça tivemos seis familiares que se definiram morenos. As mães entrevistadas inclui-se na faixa etária dos 60 aos 70 anos de idade, e os cuidadores do sexo masculino (cônjuge) inclui-se na faixa etária dos 30 aos 40 anos de idade. Quanto à renda familiar, a maior parte deles vivia com um a dois salários mínimos. No quesito ocupação, as mães eram aposentadas e os dois cônjuges prestavam serviços para a prefeitura do município. Os cuidadores principais, geralmente mães, uma não era alfabetizada e a outra possuía o primeiro grau incompleto, os cônjuges e filhas que foram entrevistados, todos possuíam o primeiro grau incompleto. Quanto à religião, dos 06 entrevistados, uma se reconhece como evangélica e cinco como católicos. Relativamente ao vínculo, duas eram mães, dois eram cônjuges e duas eram filhas.

Quanto à caracterização dos sujeitos com transtorno mental, o **Quadro 2** sedimenta informações quanto à idade, as pessoas com quem reside, a presença de benefício BPC (Benefício de Prestação Continuada)/LOAS, ao número de anos desde a primeira crise, aos anos de matrícula no CAPS e à presença/ausência de internação e sua frequência.

**Quadro 2 - Perfil das pessoas com transtorno mental das respectivas famílias entrevistadas.**

Pessoa com sofrimento		Com quem vive	Recebe benefício / pensão	Anos da primeira crise	Anos de matrícula no CAPS	Internamento – frequência
Identificação	Idade					
<i>Boa-noite</i>	35 anos	Esposo / filhos	Não	09 anos	08 anos	Não
<i>Mandacaru</i>	38 anos	Mãe / Irmã	Não	13 anos	08 anos	Sim / 02
<i>Jurema D'água</i>	40 anos	Esposo / filho	Sim	06 anos	06 anos	Sim / 07
<i>Palma</i>	42 anos	Filhos	Não	03 anos	03 anos	Não
<i>Esperança</i>	32 anos	Mãe / Esposo / Filhos	Não	09 meses	09 meses	Não

Fonte: Produzido pela autora.

#### 4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Após a chegada da pesquisadora na comunidade quilombola, mediante contato prévio oficial com secretário de saúde do município e a enfermeira coordenadora da USF de Lage dos Negros, por intermédio de uma carta de apresentação e o devido aceite para a realização deste estudo, foi agendada a primeira reunião com os agentes comunitários de saúde. Esse primeiro contato com os ACS permitiu a apresentação do projeto de pesquisa e os esclarecimentos quanto a dinâmica do estudo que breve seria iniciado na comunidade. Assim, foi solicitado que convidassem familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental, para participarem de três encontros na USF, respeitando os critérios de seleção das famílias do estudo.

Antes da realização das entrevistas, durante as primeiras semanas de imersão na comunidade, a pesquisadora promoveu com o apoio dos ACS, os encontros com os familiares/cuidadores. A proposta foi desenvolvida a partir das seguintes temáticas: “Cuidando do cuidador em saúde mental de Lage dos Negros”; “O cuidado e a sobrecarga familiar” e; “Família: viva essa idéia”. Foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas (rodas de conversa, dinâmicas de grupo, construção de genogramas com os familiares). A intenção foi escolher três famílias após o término dos encontros, respeitando os critérios de inclusão, o contexto familiar e situações de vulnerabilidades. Os encontros com familiares/cuidadores possibilitaram a troca de experiências e interações entre os participantes e a pesquisadora e, possibilitando esclarecimentos da pesquisa. Esta aproximação facilitou a coleta das informações, pois oportunizou a pesquisadora ser vista como pessoa “comum” ao ambiente em que os dados foram coletados.

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2017, período no qual acompanhamos as pessoas com transtorno mental e as suas famílias. A imersão em campo aconteceu concomitante as conversas informais com representantes da comunidade, líderes religiosos, comerciantes, profissionais de saúde, professores e funcionários do CRAS- Quilombola.

Após a seleção das famílias foram agendadas visitas domiciliares. Os dados foram coletados no domicílio, por se acreditar que neste ambiente a realidade está impregnada de história e que a família é capaz de lembrar-se dos detalhes, os quais enriquecem a coleta de dados.

A fim de contemplar as informações em níveis e aprofundamento adequados aos objetivos do estudo foram realizadas entrevistas narrativas (APÊNDICE C), a partir de um roteiro não estruturado, com questões subdivididas nos seguintes blocos temáticos: Família e

Adoecimento Mental; Passado; Presente e Futuro. Muylaert et al. (2014) caracterizam as entrevistas narrativas como ferramentas não estruturadas, de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional. O tema central das questões abordou o adoecimento mental, utilizando a ótica dos elementos do modelo PPCT da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a coleta e transcrição dos dados, foi feita a categorização das informações de acordo com o proposto pelo modelo PPCT 1 e analisadas conforme o referencial teórico e a abordagem da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

A observação participante (APÊNDICE A) foi utilizada com o propósito de observar a dinâmica/contexto de famílias de pessoas com transtorno mental e seus modos de cuidar, associando aos quatro elementos essenciais do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo). Possibilitando, dessa forma, uma melhor compreensão dos fatores que permeiam tal processo. Foram observados os seguintes aspectos: características das pessoas das famílias estudadas; forma como cada família significa suas experiências relacionadas à doença mental; ambientes em que familiares vivem e transitam, como o domicílio, a vizinhança, a igreja, a comunidade, os serviços de saúde e profissionais de saúde; valores, crenças e hábitos; história e as rotinas das famílias.

As anotações no diário de campo (APÊNDICE B) compreenderam descrições detalhadas de cada visita realizada às famílias, organizadas de acordo com a ordem cronológica dos eventos. Nessa ferramenta foram anotadas as impressões pessoais sobre os diálogos, fatos observados, encontros informais na comunidade, assim como as primeiras interpretações da coleta de dados.

Ecomapas foram construídos a fim de compreender a dinâmica familiar, as relações que os unem, permitindo uma visão geral das famílias e suas relações com sistemas mais amplos e redes de apoio (WRIGHT; LEAHEY, 2002; RODRIGUES et. al, 2007).

#### 4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

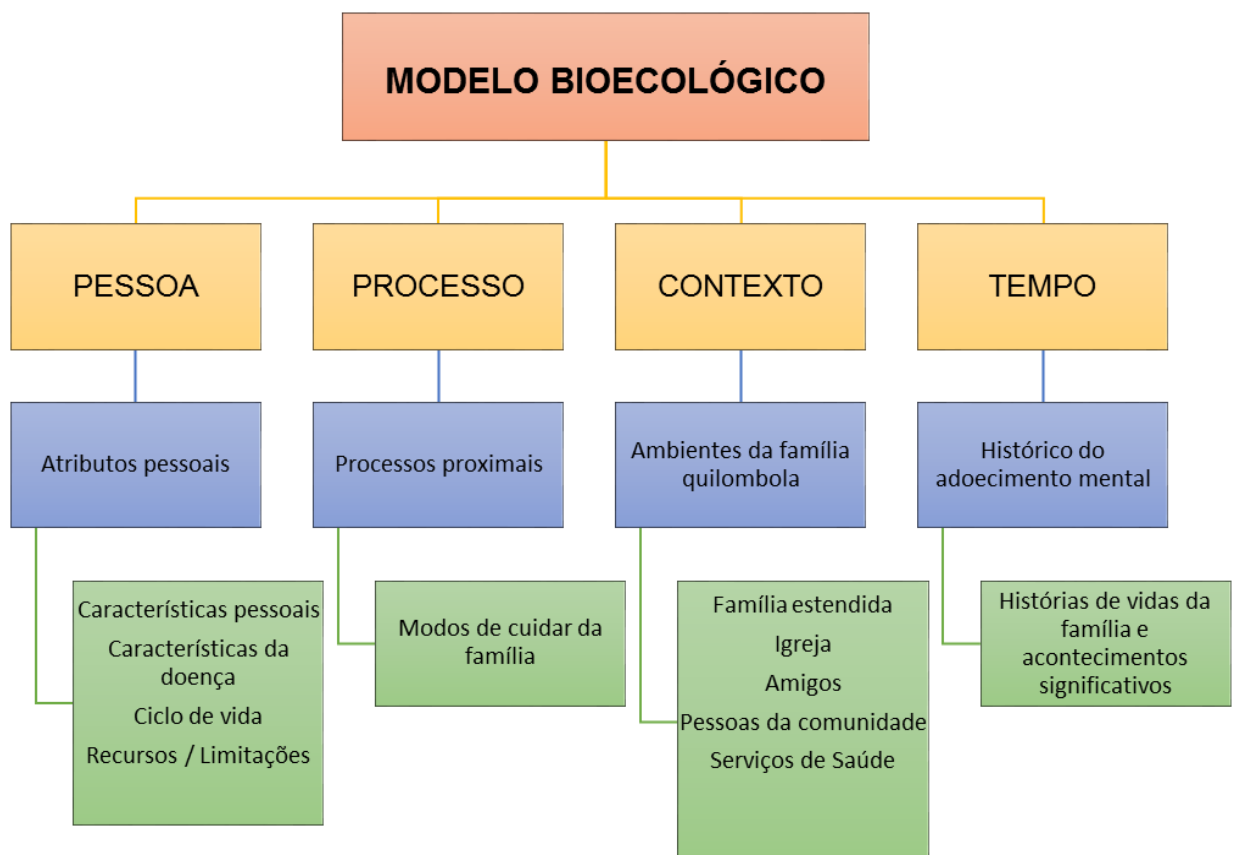
Os dados deste estudo foram analisados a partir da perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner. Após transcrição na íntegra das entrevistas, as falas foram organizadas em quatro categorias teóricas, à luz da abordagem bioecológica. A partir do proposto por Bronfenbrenner (1996) para aplicação da sua teoria

como um modelo de estudo, os elementos (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo) passam a ser definidos como categorias de análise.

Os elementos do modelo PPCT foram utilizados para categorização das informações coletadas durante este estudo. O elemento Pessoa identificou os atributos (características pessoais, características da doença, ciclo de vida, recursos/limitações), que caracterizam a pessoa em sofrimento mental. No elemento Processo foram identificadas as atividades realizadas pelas famílias voltadas ao cuidado. As atividades (modos de cuidar) das quais as famílias investigadas participaram e que contribuíram para o desenvolvimento são consideradas como “processos proximais”. No Contexto buscou-se as definições dos ambientes ecológicos e os níveis onde estão inseridas, bem como as interações entre os sistemas que possam interferir nos modos de cuidar. O elemento Tempo apontou o histórico do adoecimento mental e os eventos significativos ocorridos no âmbito familiar.

A **Figura 4** ilustra a aplicação do modelo PPCT neste estudo, bem como possibilita a visualização dos aspectos específicos que foram categorizados em cada um dos elementos do modelo bioecológico.

**Figura 4 – Fluxograma do Modelo de análise PPCT para este estudo.**



Fonte: Produzido pela autora.



#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Os aspectos éticos foram contemplados em conformidade com a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Segundo esta resolução, os indivíduos envolvidos na pesquisa têm autonomia na decisão de participar ou não, aceitando os riscos e benefícios, além da garantia de privacidade e confidencialidade. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e aprovado de acordo com parecer 1.883.309/2016.

Após esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Foi garantido caráter sigiloso e o anonimato, para dar cumprimento a esse requisito, as transcrições foram mantidas pela pesquisadora, evitando manipulação dos dados técnicos exteriores à pesquisa e o vazamento acidental de informações que pudessem comprometer os participantes. As transcrições e formulários serão guardados por um período de cinco anos, como determina a Resolução 466/12. Para resguardar a identificação dos participantes foram atribuídos às famílias do estudo nomes de árvores típicas da Região Nordeste e aos seus integrantes nomes de flores da caatinga.

Os riscos foram minimizados levando em consideração os princípios éticos e a presença de apoio psicológico (APÊNDICE E). Os entrevistados poderiam desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe fosse imputada penalidades, constrangimentos ou prejuízos.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo está estruturado em três momentos, nos quais são abordados os casos relativos as famílias envolvidas na pesquisa, destacando os aspectos envolvendo a história do sofrimento mental e as redes de apoio social.

### 5.1 CASO 1 – FAMÍLIA AROEIRA - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL

A família Aroeira é formada por Cacto, Boa-noite, Helicônia, Violeta-da-caatinga, Xique-xique e Guarujá. Boa-noite é uma mulher de 35 anos, casada, mãe de quatro filhos, negra, católica, possui o ensino fundamental incompleto e é natural de Lage dos Negros. É uma pessoa comunicativa e a princípio, revelou-se extremamente aberta e receptiva à entrevista, o que oportunizou uma forte vinculação com a pesquisadora. Porém, durante os relatos demonstrava angústia e sofrimento ao verbalizar os acontecimentos da sua vida e a situação atual da família.

Relata que antes do adoecimento mental era uma mulher vaidosa, muito bonita, gostava de ajudar o esposo nos trabalhos da roça, também de cozinhar e cuidar da casa. Mas após a primeira crise a sua vida perdeu o sentido e alegria. Refere intenso sofrimento, diz não ter vontade de continuar vivendo e que perdeu todo o prazer nos afazeres domésticos e no cuidado com os filhos e com o esposo. Ultimamente não tem apetite e apresenta insônia.

Há aproximadamente nove anos, Boa-noite fala que estava em sua casa com os filhos e o esposo estava trabalhando, quando percebeu algo estranho no telhado. Associa o seu sofrimento mental a espíritos malignos e à feitiçaria. Explica que são espíritos de pessoas que morreram no passado, e que entraram na sua residência pelo telhado, tomando posse do seu corpo. Também relata que os espíritos atrapalham o seu casamento, a impede de ser feliz, não consegue ganhar peso e eles dominam toda a sua vida.

*“[...] esse negócio começou assim, eu deitada na cama com meus fio, abaixou em riba da casa [...] aí quebrando as teia, tirando as teia de riba da casa, jogando no chão e ali eu fiquei assentada, sentada em riba da cama, só escutando, [...] e aí começou por aí, desde esse tempo, [...] que eu venho só me acabando [...]”* (Boa-noite).

*“[...] esses espirito aí bagunça a vida de todo mundo, esses espirito aí ói. Feitiço, comeu meu corpo todo por dentro, nem sai de riba de mim, nem deixa eu morrer, e nem endireita meu corpo”* (Boa-noite).

Após sentir a invasão dos espíritos no interior da casa, desmaiou, e acordou com um dos rezadores da comunidade, que chegou a pedido dos vizinhos e amigos. O rezador, um senhor de aproximadamente 80 anos, amigo da família e muito conhecido por todos, disse que ela tinha epilepsia e por isso tinha desmaiado. Cacto, seu esposo, fala que depois desse episódio, passou um bom período sem ter “crises”, mas com o tempo ela voltou a ser incomodada novamente pelos espíritos.

*“[...] e quando eu cheguei aqui em casa, tava a casa cheia de gente, ela caiu aqui, aí cheguei ela tava aí sem fala, já tinha uma pessoa cuidando aí, aquele velhinho lá, rezador, tava cuidando dela, aí desde daí pra cá ela ficou assim [...] dizendo ele que era essa doença assim, que a pessoa fica se batendo, aí ele rezou né, aí acalmou de boa, mas foi indo, foi indo aí apresentou esses negócio aí até hoje [...]” (Cacto).*

Cacto acredita que Boa-noite apenas será curada quando reconhecer e compreender que tem um “poder espiritual”, comprar os santos e começar a fazer os “trabalhos”, ajudando outras pessoas que necessitam do seu apoio. Relata que levou a esposa para uma consulta com um famoso curandeiro em Irecê-BA, e o mesmo disse que se cumprisse com todas as orientações, ficaria curada desse mal. Mas reforça que Boa-noite não aceita o tratamento, não retornou para as revisões com o curandeiro, não deixou comprar os santos e também não tomou os banhos prescritos.

Carreira e Alvim (2002) referem que as práticas de cuidado à saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo e que estas relacionam-se à tradição e perpetuação pela prática ao longo das gerações. Levantamentos etnomédicos demonstram uma forte influência da herança cultural africana na medicina popular do Brasil e a manutenção dessa herança pode ser mais visível em uma camada negra e/ou mestiça da população, como exemplo, as comunidades remanescentes quilombolas (ALMEIDA, 2011). A utilização do banho terapêutico de imersão como prática medicinal é bem frequente nos Terreiros de Candomblé, resgatados como uma forma de tratamento e/ou purificação da pessoa (SANTOS, 2005). O uso das ervas em rituais de cura é constante, assim como a procura por saber se é caso espiritual ou médico.

Os rituais de cura se constituem, enquanto processo transformador, numa trama extraordinária de ritos e símbolos, carregados de significação e significado. Proporcionam aos seus participantes uma percepção nova neste universo e um novo posicionamento na trama da cura, entre material e imaterial, objetividade e subjetividade, em um jogo dinâmico de restabelecimento da saúde (GEERTZ, 2013).

Durante a entrevista, Boa-noite refere que a sua família, principalmente a mãe e irmãos não se importam com a sua situação e seu sofrimento, raramente a visitam, são distantes e não demonstram afeto. A família estendida possui ligações fragilizadas, o vínculo é fortalecido apenas com uma irmã de Boa-noite e uma cunhada (irmã de Cacto). De acordo com Nunes e outros (2007) no sofrimento mental grave, como a psicose, as dificuldades de formação dos vínculos colocam essas pessoas em lugar diferente no mundo. Seus modos de vivenciar os acontecimentos ao redor se reconstruem a cada instante, gerando um constante movimento e tentativa de adaptação à realidade externa. Qualquer trauma na estrutura de vínculos pode significar um entrave na sua experiência subjetiva, compartilhada e individual.

Cacto relata que ultimamente a esposa está conversando sozinha, não aceita a medicação, chora e grita muito.

*“De uns dias pra cá ela mudou muito, ela não conversava desse jeito sozinha, e agora tá conversando sozinha [...]”* (Cacto).

Para ele, cuidar da esposa chega a ser uma questão de honra, porque considera que quando casou, ela era uma mulher saudável e resistente. E jamais descumprirá os votos que fez na sua juventude. Geralmente o cuidado a pessoa que sofre se restringe a um só membro, ocasionando muitas vezes o adoecimento dessas pessoas e a geração de sentimento de impotência, que envolve culpa e cansaço, por estar ‘sacrificando sua vida pelo outro’ (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

*“Então aquela coisa, quando você é namorado que dá sua palavra, fica aquela coisa né, se você agarrar mermo, tem que cumprir até o dia que Deus quiser [...]”* (Cacto).

*“[...] dizer que é fácil, não é não, e o problema é sério [...]”* (Cacto).

Helicônia, a filha mais nova, gostaria que a mãe fosse “normal”, que voltasse a ser produtiva, trabalhasse em casa e na roça, cuidando da família. Para a filha, realmente existe algo sobrenatural que a impede de ser como antes.

*“Eu quero que ela me ame, pra cuidar de nós e trabalhar na roça, caçar um trabalho, ela quer que tire isso dela, ajudar ela, e só [choro]”* (Helicônia).

Todos colaboram com a organização e limpeza da casa. Quando Boa-noite se sente melhor e com mais disposição, cuida dos afazeres domésticos, mas não é sempre que consegue. Os filhos sentiam a ausência da mãe e durante as entrevistas era perceptível a carência e a tristeza em vê-la naquela situação. Para Mângia e Muramoto (2008) a experiência do sofrimento vivenciada por cada sujeito e por sua família é continuamente definida e modificada a partir do agir cotidiano e da busca de soluções práticas que ocorrem em ato, por meio da prática do cuidado.

Foi através do agente comunitário de saúde, amigo e compadre do casal, que Boa-noite e Cacto conheceram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Campo Formoso-BA. Há oito anos é acompanhada pelo serviço, não tem histórico de internação em hospital psiquiátrico, apresenta diagnóstico de transtorno neurótico não especificado, e conseguiu o auxílio-doença. Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do agente comunitário de saúde está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Segundo Dessen e Braz (2000) o suporte social recebido e percebido pelas pessoas com sofrimento mental mostra-se fundamental para a recuperação e para manutenção da sua saúde, através do enfrentamento de situações estressantes, já que, desse modo, se sentem acolhidas por pessoas e por instituições significativas em seu cotidiano.

*“[...] A gente conheceu o CAPS através do cumpadre, agente de saúde, aí passaram ela pro CAPS, é tanto que o auxílio dela foi pelo CAPS, foi o Dr. que ajudou ela bastante [...]”*

(Cacto).

Após as transformações provenientes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS passou a ser reconhecido como espaço de cuidado em saúde, legítimo e mais conhecido pelos familiares que buscam no serviço um sistema de cuidado mais aproximado e resolutivo. O CAPS passa a ser compreendido como um espaço de cuidado, que tem trazido transformações e benefícios (ACAD et al., 2011).

As barreiras presentes no acesso aos serviços de saúde por famílias quilombolas são evidentes na fala de Cacto. Ele explica que no início, Boa-noite participava das oficinas e grupos terapêuticos, mas devido a distância da comunidade até Campo Formoso, a dificuldade com transporte e o custo financeiro, as idas ao serviço é apenas para conseguir a medicação, que é fornecida mensalmente, e para marcar as consultas com o psiquiatra.

*“[...] Quando tem reunião no CAPS eu vou, cumpadre me avisa e eu vou [...] Mas lá eu vou pra pegar um remédio, levar ela pra fazer uma consulta [...]”*(Cacto).

*“Ela participava das atividades do CAPS, mas agora não quer ir, diz ah não vou, aí levar forçado não tem como, mas ela tem que entender que tem que fazer as coisa certinha”*

(Cacto).

Sempre que necessitam de agendamentos na Unidade de Saúde da Família (USF), designada pelos familiares como o posto de saúde, eles contam com a parceria do ACS.

Relatam que são bem atendidos, porém quando Boa-noite está em crise procuram como referência o serviço do CAPS. Durante as entrevistas não mencionaram o CRAS-Quilombola.

*“[...] Quando precisa levar no posto lá é atendido bem, não tem esse negócio não de dizer que não é atendido [...]”*(Cacto).

A família é católica, mas não têm o hábito de participar com assiduidade da igreja.

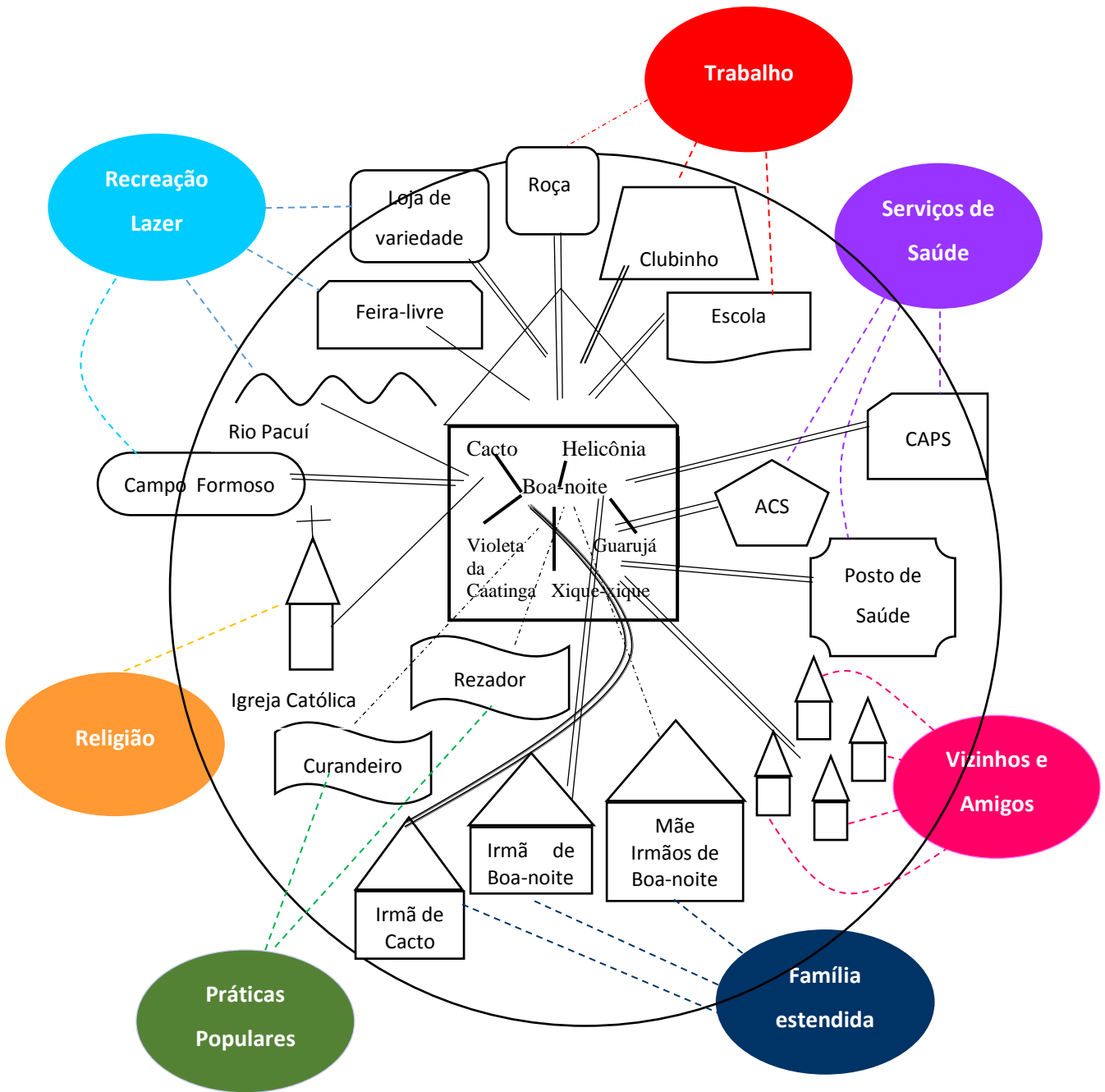
*“A igreja de vez em quando a gente vai na de lá de baixo, na católica, uma missa, a gente vai [...]”* (Cacto).

A família Aroeira apresenta uma boa relação com os vizinhos e amigos da comunidade quilombola. Cacto considera esse elo fundamental nos tempos de “crise”. Fala que todos da comunidade se unem e tentam ser solidários uns com os outros. Quanto aos ambientes de lazer e recreação frequentados pela família, citaram os passeios ao Rio Pacuí, a feira-livre aos domingos, as viagens a Campo Formoso e as compras em uma loja de variedades de uma amiga de Boa-noite. Sendo assim, essa família pode ser caracterizada como mais resiliente, ou seja, enfrentam os processos de crise e de desorganização, por meio da superação, da solução de problemas, pela presença de movimentos que envolvem comunicação, recursos pessoais e comunitários, o que possibilita a seus membros responder de forma positiva às demandas e às dificuldades da vida cotidiana (SILVA et al., 2009).

A coleta de informações sobre a rede social da família (**Figura 5**) foi realizada de forma coletiva, mas não contou com a presença dos filhos, Xique-xique e Guarujá, estes estavam brincando. Foi um dos momentos mais divertidos e descontraídos da entrevista, Boa-noite ao falar sobre a loja de variedades, sorria e demonstrava felicidade, as filhas também disseram que era um lugar onde a mãe se sentia bem, pois comprava roupas e calçados para a família.

Para Barroso, Bandeira e Nascimento (2009) famílias que costumam adotar estratégias de enfrentamento do sofrimento como da presença, cuidado explícito para comunidade, maior supervisão das atividades, acompanhamentos nos espaços de cuidado, práticas de lazer e de vivência comunitária, apresentam menor grau de cansaço, maior aceitação e dinâmicas familiares positivas, pautadas no compartilhamento de cuidados e na corresponsabilização entre os seus membros. A família Aroeira é um exemplo claro de que as relações vinculares fortalecem os laços e as descobertas de novos modos de enfrentamento pelos seus membros.

FIGURA 5 – Representação do ecomapa da Família Aroeira.



LEGENDA	
	Forte ligação externa
	Forte ligação interna
	Fraca ligação interna ou externa
	Ligação muito conflituosa

Fonte: Produzido pela autora.

## 5.2 CASO 2 – FAMÍLIA UMBURANA - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL

A família Umburana é formada por Calliandra, Mandacaru, Palma e Jurema D'água. Calliandra ainda tem mais quatro filhos. Porém, Mandacaru, Palma e Jurema d'água são os que apresentam transtorno mental. A sua maior preocupação é com Mandacaru, ela explica que as outras duas filhas utilizam a medicação corretamente e são obedientes.

Calliandra conta que a história do sofrimento mental do filho começou quando ele decidiu trabalhar com os tios em São Paulo, aos 25 anos de idade. Lá conheceu algumas mulheres e acredita que alguma delas fez algum tipo de “bruxaria” para ele. Era esforçado, inteligente e disposto ao trabalho, mas relata que a sua irmã ligou dizendo que o mesmo não conseguia dormir, ficava conversando sozinho, ouvia vozes e chorava desesperadamente. A construção do significado acerca da loucura é um movimento dialético e contínuo, tecido na malha das experiências passadas e cotidianas em torno do sofrimento (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Os familiares buscam uma referência a partir dos saberes sociais assimilados, selecionando os elementos explicativos a respeito do comportamento apresentado pelo seu ente.

*“Agora eu não sei, se foi, meus irmão meu, um irmão meu gostava de certas mulher de lá né.*

*Não sei se foi mulher que fez alguma bruxaria pra ele [...]”* (Calliandra).

Mandacaru retorna para Lage dos Negros muito violento. Passou a agredir os pais e irmãos dentro de casa. Assim, foi internado pela primeira vez no sanatório de Juazeiro-BA. Lá passou um mês, quando retornou foi mais tranquilo, porém com o passar do tempo todos os sintomas ressurgiram de forma mais intensa. A descrição dos entes com transtorno mental, pelos familiares, tende a retratar imagens trágicas para definir suas vidas e seus cotidianos, resumindo o sofrimento como desestabilização, como ameaça e como trauma à existência pessoal e familiar (MELMAN, 2008).

*“Era desses violento mesmo. Ele me abusou, abusou o pai, abusou os irmão [...]”*

(Calliandra).

*“[...] não aguentemo em casa e levemo pro sanatório. Rolou um mês no sanatório”. Aí*

*quando veio, veio bom, tomava o medicamentinho certinho [...]”* (Calliandra).

Dessa forma, a alternativa encontrada pela família era interná-lo novamente no sanatório. Única opção de tratamento psiquiátrico que tinham acesso naquele momento. Após retorno, Calliandra explica que o seu filho ficou mais tranquilo, raramente fica agressivo, mas a rotina da família, principalmente a sua vida mudou completamente.



Soube através dos profissionais do sanatório que existia um local que cuidava de pessoas com transtorno mental em Campo Formoso. Demorou a ter conhecimento quanto a existência do CAPS. Passou um bom tempo levando o filho para consultas psiquiátricas com médico particular em Juazeiro. A falta de conhecimento, de suporte social e do setor da saúde, sobre outras alternativas e dispositivos de cuidado, leva, muitas vezes, ao internamento como primeiro recurso de intervenção à crise, a partir do imaginário social que ‘lugar de maluco é no manicômio’. Para Melman (2008), o hospital psiquiátrico ainda se apresenta como serviço de referência para a população leiga e para o senso comum na contenção da ‘loucura’, por ainda consumir muitos recursos humanos e materiais na assistência em saúde mental, expressando-se como lugar de aniquilamento de direitos, práticas violentas e esvaziamento afetivo e ético.

*“Aí os menino lá falaram, menina tem um CAPS lá em Campo Formoso, se é de tu tá gastando todo mês pra ir pra Juazeiro faz um acompanhamento com ele no CAPS”*

(Calliandra).

Mandacaru é acompanhado pelo CAPS há oito anos, dignosticado com esquizofrenia paranoide. Calliandra relata que gosta muito do atendimento, mas o que dificulta é a distância. Quando tem consulta marcada precisa sair da comunidade às 3 horas da manhã para conseguir ser uma das primeiras na lista da recepção. Explica que não tem como participar das reuniões do grupo de família e o filho também não participa das atividades desenvolvidas pelo CAPS, devido morar muito longe. Mensalmente vai ao CAPS, apenas para conseguir as medicações, enfatiza que o médico prescreveu duas injeções a serem administradas a cada 15 dias em Mandacaru.

A necessidade de acordar muito cedo para conseguir chegar aos locais de atendimento e entrar na fila leva famílias quilombolas à ausência do cuidado em saúde, frente a um sistema que não está disponível para acolhê-las.

*“Eu gostei do CAPS, porque eu vou lá, elas já me conhece, eu vou pegar os remédio deles”*

(Calliandra).

*“[...] a gente sai daqui três hora da manhã, né fácil não né? Quando eu ia e levava eles pro CAPS, quando descia lá, já pegava ficha lá alta, nove, doze, era assim”* (Calliandra).

Relata que está preocupada porque ele não aceita tomar as medicações e está fazendo uso de bebida alcoolica, diz não estar doente e não precisar das injeções quinzenalmente.

*“[...] o problema dele só é esse que ele não toma o medicamento que é pra tomar, mas tá bom. Tem noite que ele não dorme, ele bebe, não bebia e agora tá bebendo”* (Calliandra).

Percebe que o filho é agitado e não tem um sono tranquilo, passa a noite conversando sozinho, apresentando uma voz estranha, que não é a dele. Acha dificuldade, o fato de ser resistente às medicações, porque lembra do sofrimento que passou quando precisou interná-lo no sanatório.

*“Mas ele não tá me dando gosto, não tá tomando os remédio como é pra tomar, ele era pra tomar pela manhã, meio-dia e a noite, mas só quer tomar a noite, as injeção tava tomando bem e agora diz que não vai tomar. Tá impossível demais, os irmão já falou, e ele disse que não tem quem lhe faça tomar”* (Calliandra).

Explica que Mandacaru não obedece, gosta de ficar na rua e durante a noite também costuma sair. Antigamente gostava de ir à igreja evangélica, mas agora não quer participar nem da igreja católica. Frequenta espaços como o campo de futebol e a quadra poliesportiva, porque gosta de jogar bola, trabalha na feira-livre aos domingos e gosta de passar o dia conversando com os conhecidos da padaria, do mercado e da loja de variedades (**Figura 6**).

Calliandra é evangélica e diz receber grande apoio dos líderes da sua igreja e das irmãs de oração. Na igreja encontra o refúgio para ser mais forte e vencer as adversidades todos os dias. Jurema D’água e Palma, filhas que também apresentam transtorno mental, também são evangélicas. As famílias com membros com sofrimento mental comumente apoiam-se a crenças religiosas para produção de esquemas simbólicos de significação do sofrimento, para procurar consolo para suas angústias, sustentação nos momentos de crise e espaços de cuidado e de intervenção, com o objetivo de controlar e de buscar bem-estar e saúde (SILVA; SADIGURSKY, 2008). Desse modo, a religião adquire grande importância, não apenas em relação à crença no transcendente, ao apoio espiritual e material dos correligionários como recurso para a melhora (VECCHIA; MARTINS, 2006).

*“[...]o pastor, a mulher do pastor, as irmã toda me apóia [...]”* (Calliandra).

*“Na minha igreja eu recebo muito apoio. Lá nós tem nossos grupo né. Lá tem o grupo de adolescente, das crianças, de adulto, na nossa igreja nós tem muito apoio”* (Calliandra).

Mandacaru raramente procura o posto de saúde, sua mãe relata que ele não tem paciência para ficar aguardando atendimento, e quando precisa administrar as injeções do CAPS procura uma amiga da família, que é bem conhecida na comunidade quilombola. Calliandra explica que ela é como se fosse uma enfermeira, uma senhora de 70 anos de idade, mas muito experiente. Faz curativos, aplica injeção e sempre que alguém fica doente e precisa de cuidados sabem a quem procurar.

*“Ela é quem aplicava injeção no povo ali no Alto. Oxe, ela é uma enfermeira boa mermo. Oi o povo leva cada corte, e só corre lá pra ela fazer curativo. Acho que ela já tem setenta e*

*tantos anos [...] ela custura, meu Deus [...] vem gente de todo corte feio, eu não gosto nem de assistir, e ela faz isso tudo, pois o povo só corre pra casa dela”* (Calliandra).

Os processos de escolha e de aderência a determinadas formas de cuidado são extremamente complexos e dinâmicos, estando intensamente relacionados com o contexto sociocultural em que os atores estão inseridos, sobretudo em relação à diversidade de possibilidades disponíveis (ou ausência destas), em termos de cuidados (GERHARDT, 2006).

A Unidade de Saúde da Família funciona, apenas, até a quinta-feira, ficando a comunidade desprovida de assistência médica e de outros profissionais da área da saúde. Quando surge qualquer dificuldade a população ou se desloca até Campo Formoso ou Juazeiro, ou procura essa senhora da comunidade. Quando precisa comprar algum medicamento citou uma farmácia que fica localizada no centro da comunidade e que também termina sendo um suporte para a família. Segundo Morais e Camargo (2017) as comunidades quilombolas configuram-se em territórios bem delimitados e muitas vezes com isolamento geográfico; ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em espaços rurais carentes de órgãos e serviços públicos.

*“[...] ele não anda nem no posto, por causa que as injeção foi passada pra ele tomar no posto, só que quando eu ia pro posto demorava muito o povo atender ele, aí ele saía”*

(Calliandra).

No quadro das diretrizes nacionais de saúde, a Saúde da Família é descrita como estratégia para organização de todo o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS), que é, por sua vez, vista como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e como contato preferencial dos cidadãos com esse Sistema (BRASIL, 2006). Para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica, é necessário estar radicalmente próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. Essas são justamente as potencialidades da ESF. Por isso, a produção de ações em saúde mental pelas equipes de ESF (e sua articulação em rede) pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de concretizar a transformação das práticas de saúde mental (AMARANTE, 2008).

Durante as entrevistas pouco mencionou o CRAS-Quilombola. Precisou do serviço apenas duas vezes. Quando foi resolver um problema do cartão da Bolsa Família e quando estava buscando conseguir o benefício para o filho. Mas sem sucesso, porque todas as vezes que Mandacaru passou pela perícia médica, ela explica que o filho falava com coerência e não demonstrava ter problema mental, assim os médicos não aprovavam.

*“No CRAS-Quilombola eu já fui uma vez com ele, foi assim quando eu fui pra eu encostar ele, [...] levei os papel, elas me deram o atestado lá. Eu ia fazer a perícia, chamava e não dava certo, aí eu deixei de mão [...] Não deu certo o benefício dele aí deixei de mão”*

(Calliandra).

Jurema D'água, tem 40 anos, evangélica, casada e tem um filho. Também é acompanhada pelo CAPS há seis anos, diagnóstico médico de esquizofrenia, com histórico de sete internações no sanatório de Juazeiro. Sua mãe relata que faz uso correto das medicações e que se encontra muito tranquila e recuperada. Mas suas crises foram intensas. Conta durante as entrevistas que a filha ficou doente aos quinze anos, após aceitar um convite para ir a uma reunião de candomblé no Alto (bairro da comunidade). Ao chegar, Calliandra logo percebeu a filha diferente, acredita que a doença que estava em um dos parentes da família, presente durante o encontro de candomblé, foi transferida para Jurema. Referiu a igreja evangélica como parceira no tratamento da filha.

*“[...]ela tava aqui mais eu, eu nunca me esqueço, aí chegou uma pessoa chamando ela pra ir ali no Alto, num tal de candomblé, aí nessa época um parente meu tava doente [...], chamaram ela, e ela sem saber de nada foi. Quando chegou lá, eles tirando as coisa do que tava doente passou pra ela, quando essa menina chegou aqui ói, chegou doida, doida, doida, doida. Quebrava as coisa tudo tudo dentro de casa”* (Calliandra).

Palma, tem 42 anos, evangélica, separada e tem dois filhos. Mora no Alto, mas sempre costuma estar na casa de Calliandra. Também é acompanhada pelo CAPS há três anos, diagnóstico médico de depressão, mas não têm histórico de internação em hospital psiquiátrico. Participou das entrevistas sempre demonstrando tristeza e timidez, contou que era uma mulher saudável, mas após ser envolvida em uma calúnia ficou depressiva e apenas consegue dormir usando ansiolíticos.

*“Esse negócio dela começou assim, com um negócio de fofoca [...] mandaram uma carta dizendo que tinha sido ela que tinha feito e ela disse que não tinha feito essa carta, aí dessa carta [...] deu pra ficar chorando, aí desse chorerê, chorerê, ficou com esse medo, sei que o médico disse que se a gente não leva logo ela, ela tinha ficado que nem os outro, doido, tinha doidado [...]”* (Calliandra).

Calliandra relata que antes de ser evangélica, ela e o esposo levavam os filhos para as rezadeiras da comunidade e para uma curandeirada bastante procurada, que morava em um povoado próximo a Campo Formoso. A recorrência a práticas de cura sobrenaturais por quilombolas, como benzimentos e unções está reforçada na problemática de falta de

profissionais de saúde, falta de remédios, possibilitando recorrer à práticas e saberes do senso comum (MORAIS; CAMARGO, 2017).

*“Aí meu marido disse tem uma curandeira na Jibóia, aí descobriu que tiraram desse paciente e jogou nela (Calliandra).”*

É preocupante o histórico de adoecimento mental em Lage dos Negros. Além dos três filhos, Calliandra diz que o seu esposo, aos 60 anos de idade, também adoeceu mentalmente, chegando a falecer aos 67 anos, acredita que ele adoeceu após sobrecarga no cuidado com uma das suas irmãs e dos filhos com problemas mentais.

*“Com um tempo uma irmã do meu marido doidô, e ele ficou lutando com os filho e essa irmã, depois acho que de tanta luta com a irmã e com os filho, ele pegou uma depressão e morreu louco. E aí foi que eu vi coisa. Morreu louco meu marido. Levei ele pra Salvador, rolei dois mês lá em Salvador, com ele internado [...]” (Calliandra).*

Em estudos relacionados aos agravos em saúde, com populações afrodescendentes, é possível observar problemas referentes ao aparecimento de sofrimento mental (SHAFE et al., 2009). O sofrimento mental também é considerado um agravo de grande impacto social, uma vez que possui relação com a condição de vida (SILVA; SANTANA, 2012).

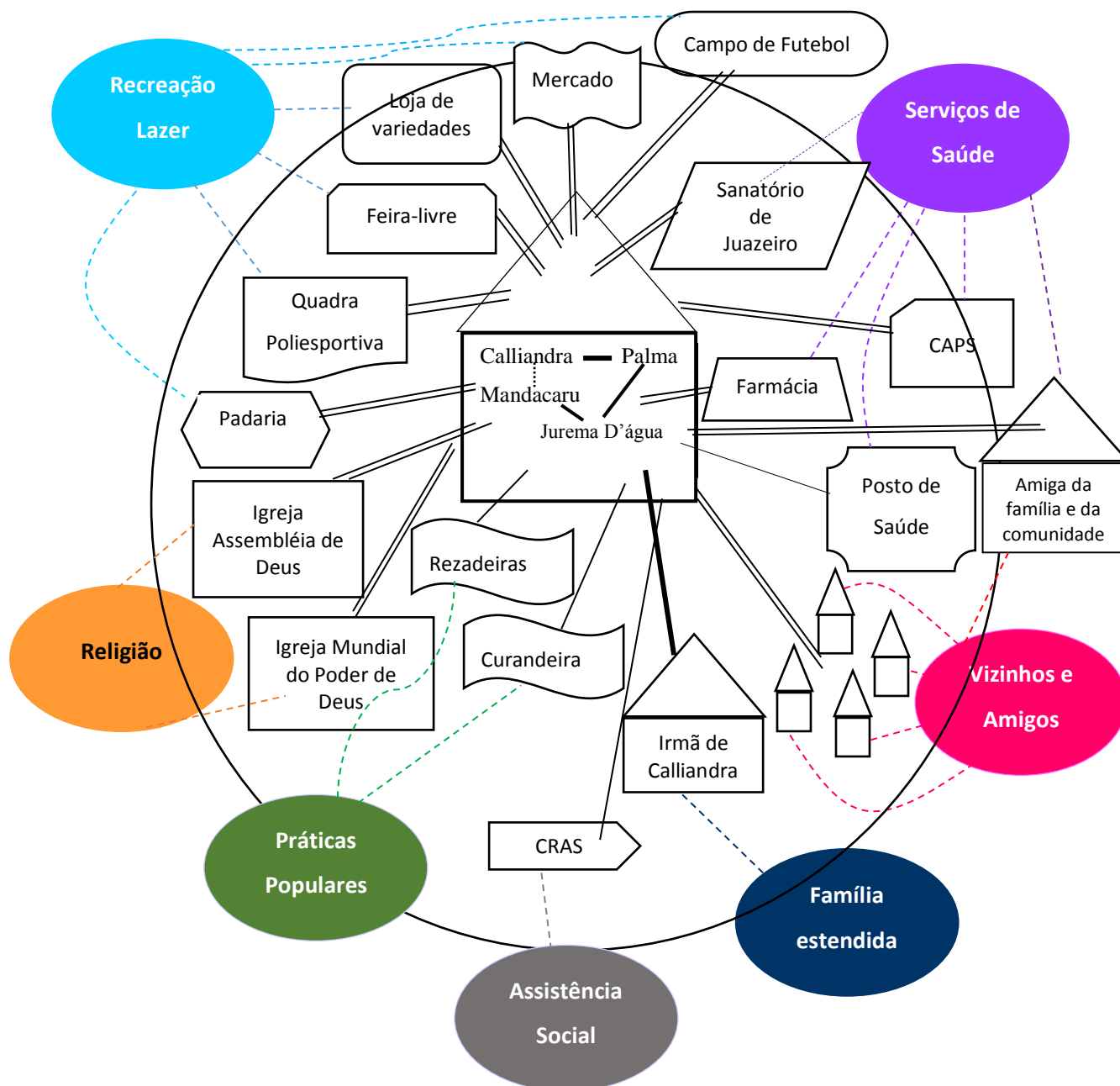
Como suporte familiar, destaca o apoio de uma irmã que mora em São Paulo. Todos os dias mantêm contato telefônico, explica que é quando se fortalece e fica mais entusiasmada. Além de irmã, a considera, também, uma grande amiga. Foi possível identificar que essa ligação exerce um efeito protetor sobre a vida de Calliandra.

*“[...] tem uma irmã que mora longe mas todo dia a gente conversa no celular. É minha especial [...] me ajuda mermo ó. Agora não que tá uma correria, mas ela liga de manhã e a noite todo dia. Mas não tem um dia. Todo dia, todo dia ela liga pra mim [...]” (Calliandra).*

Durante as entrevistas Calliandra diz gostar muito da comunidade quilombola, dos amigos e vizinhos. Não se ver morando em um outro lugar. Não refere dificuldades para cuidar dos filhos em Lage dos Negros.

*“Eu gosto, do meu lugar eu gosto [risos]. Nasci e me criei aqui, não tenho o que falar do meu lugarzinho não ó [...] ”a vantagem de morar aqui é que eu não tenho vontade de sair daqui [...]” (Calliandra).*

**FIGURA 6 – Representação do ecomapa da Família Umburana.**



Fonte: Produzido pela autora.

### 5.3 CASO 3 – FAMÍLIA ANGICO - BREVE HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL E AS REDES DE APOIO SOCIAL

A família Angico é composta por Bromélia do Sertão, Esperança, Crisântemo, Sena e Algodão. Bromélia do Sertão é mãe de Esperança, uma jovem de 32 anos, casada com Crisântemo, negra, católica, estudante de pedagogia e mãe de dois filhos (Sena e Algodão).

Antes do adoecimento mental de Esperança, era uma pessoa comunicativa, envolvida na igreja católica, professora da catequese, querida pelas pessoas da comunidade, dedicada aos estudos e também a sua família. Além de cuidar da casa e dos filhos, vendia confecções para complementar a renda do esposo. Bromélia do Sertão relata que Esperança era uma filha muito presente, sonhadora, fazia planos para o futuro e uma das suas metas era concluir a faculdade de pedagogia, pois estava no último semestre.

No início da doença, a sua mãe explica que estava muito triste com alguns comportamentos da filha. Percebia Esperança pensativa, indecisa, sem apetite e com algumas conversas sem coerência.

*“[...] quando eu dei fê ela chegou aqui, me falando umas coisa, e eu disse oxente, o que é menina que tu tem, tu tá doente? Ela disse eu não mãe”* (Bromélia do Sertão).

Crisântemo também reforça que a esposa passava a madrugada escrevendo e acendendo velas pelos cômodos da casa. Todos começaram a ficar preocupados.

*“Assim, acendendo vela assim dentro de casa, quando ia sair perguntava duas três vez, eu vou marido, eu vou marido?”* (Crisântemo).

Bromélia conta que passou a acreditar que a filha estava realmente doente, quando Esperança chegou na sua casa dizendo que tinha passado mal e desmaiado após tomar um copo com água. A partir desse episódio Esperança foi piorando. Não cuidava mais dos filhos, nem da casa, não se alimentava, não bebia, não tomava banho e também não falava.

*“E daí pra cá começou ela sem querer comer mermo, e ela só irmagrecendo, só irmagrecendo, aí eu digo essa aí tá muito é doente”* (Bromélia do Sertão).

*“[...] só desconfiei mais, devido ela não querer comer, ela não comia nada, ficou dessa grossurinha, aí eu obriguei ela tirar a mama do menino [...]”* (Bromélia do Sertão).

Muito preocupada com a saúde da filha, marca a primeira consulta com um clínico em Juazeiro. Relata que fez todos os exames, inclusive uma ressonância, mas, simplesmente não obteve qualquer diagnóstico. O médico disse que Esperança não estava doente, e a pedido de Bromélia, somente prescreve um composto vitamínico.

As dinâmicas de cuidado desenvolvidas socialmente em muito se relacionam à divisão do trabalho no grupo familiar, e a mulher é a responsável pela mediação dos processos de saúde/enfermidade entre seus membros. A mulher, assim, é a encarregada de diagnosticar, de manejar os indicadores diagnósticos, de avaliar a gravidade do sofrimento, e possui, ainda, uma noção dos variados tipos de enfermidade (MENÉNDEZ, 2003).

A busca por atendimentos médicos particulares, geralmente de má qualidade, vulnerabilizam ainda mais a condição de saúde e financeira de famílias quilombolas, afastando-as ainda mais do sistema. Para Venturiello (2012), à medida que as redes formais de saúde se tornam menos resolutivas, as pessoas e suas famílias passam a mobilizar novos recursos, muitas vezes presentes em suas redes informais, dos mais variados tipos, para o alívio ao seu mal-estar.

*“[...] fez todo os exame e não deu nada, e até hoje tou sofrendo, e não sei em que significa essa doença dela”* (Bromélia do Sertão).

Crisântemo explica que a cada dia que passava, o caso se agravava ainda mais, e como tinha que trabalhar, foi necessário deixar Esperança com os filhos, para ser cuidada na casa de Bromélia. Os gastos financeiros se elevavam, vários exames continuaram sendo realizados em Juazeiro e Petrolina, mas sem sucesso.

A família decide então, levá-la para uma consulta espiritual com o famoso curandeiro em Irecê-BA. Eles acreditam que “algo do mal” foi feito pra ela, porque Esperança não conseguia comer e nem beber e estava perdendo peso rapidamente. Após a consulta, o curandeiro explica para a família que realmente foi feito “um trabalho” que a estava impedindo de se alimentar e também de falar. Indicou uns banhos, mas não deu muitas esperanças.

*“Aí nós foi, que ver vc escute, nesse tempo, oi leva, muda o jogo, muda o jogo, leva essa mulher lá em cima, que lá sara”* (Bromélia do Sertão).

*“Eu levei mas ele não me deu esperança não. Era no Irecê, pra lá de Irecê [...] um médico espiritual”* (Crisântemo).

*“[...] parece que é uma coisa ruim mermo que atrai ela assim, pra não deixar ela tomar os remédio”* (Crisântemo).

Crisântemo relata que Esperança não aceita os banhos e nem tomar os remédios indicados pelo curandeiro. Sendo necessário pedir ajuda dos irmãos para contê-la e forçar com a medicação. Não percebendo melhora e com a gravidade do caso, resolvem pedir ajuda ao agente comunitário de saúde, muito amigo de Esperança e de toda a família, este agenda no



mesmo dia uma consulta no posto de saúde. Após avaliação médica, foi hidratada, medicada e encaminhada para o hospital de Campo Formoso, onde ficou internada por duas vezes.

*“[...] O posto de saúde vem ajudando muito porque toda vez que nós chega lá o posto tá disposto, até o médico deixa de atender um paciente pra cuidar dela, então nota dez pra o posto de saúde da Lage. Gostei de ver”* (Bromélia do Sertão).

*“O agente de saúde dela pra mim é dez. Tem vez que ele marca daqui a consulta dela, pra ela ou pra mim [...]”* (Bromélia do Sertão).

Após alta hospitalar foi encaminhada ao CAPS. O agente de saúde tinha conversado com os familiares sobre o trabalho do CAPS, porém eles não conheciam o serviço. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre equipe de saúde e a comunidade. Ao mesmo tempo que seu exercício é para a comunidade, é também da comunidade (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Esperança é admitida, avaliada pelo psiquiatra e diagnosticada com episódio depressivo grave. O médico disse que devido a gravidade do caso, teria indicação de internação em hospital psiquiátrico, não iria referenciar para Juazeiro e sim para Salvador, mas devido a situação financeira da família e também a distância, faria uma experiência inicialmente com as medicações e esperaria o retorno da paciente no prazo de quinze dias para nova avaliação. Geralmente, na eclosão das primeiras crises e quando da matrícula recente em serviço especializado, a família tende a ser mais receptiva às orientações dos trabalhadores e a outras possibilidades de cura, aderindo mais facilmente ao tratamento oportunizado pelos serviços de saúde (ROSA, 2005).

*“Ave Maria o CAPS, é sobre tudo né, que uma é que eu não conhecia o CAPS, nem o de Campo Formoso, nem o de Juazeiro. Lá num é CAPS não menina, é outro dizerzinho. Mas lá quando a gente chega lá no CAPS é bem recebido [...]”* (Bromélia do Sertão).

*“E eu gostei do médico também, boa gente o médico”* (Bromélia do Sertão).

A gestão e a escolha dos percursos terapêuticos de cuidado, no que concerne o sofrimento mental, são extremamente complexas, pois resultam de um intercruzamento constante entre saberes e poderes, capazes de influenciar as decisões dos sujeitos envolvidos. Esses poderes estão presentes nos mais diversos campos, que não se restringem à biomedicina oficial, com seus serviços e seus profissionais de saúde especializados, mas também incluem as relações interpessoais e comunitárias. Muitas vezes, ao invés da aderência a apenas um campo específico, o que ocorre é o intercâmbio cotidiano de várias terapêuticas, as quais, simultaneamente, configuram o cuidado, na tentativa de que isso resulte em uma possível solução e/ou cura (ALVES; BÄCKSTRÖM, 2012).

Durante as entrevistas, Bromélia fala que a medicação é muito cara e que todo o dinheiro das suas economias estavam chegando ao fim. Os vizinhos e amigos se mobilizam, fazem um bingo na comunidade e assim, conseguem arrecadar o dinheiro para a compra dos medicamentos.

*“[...] de janeiro pra cá, eu nunca parei com ela, todos os dinheiro meu, nesse tempo, eu tinha dado três mil a ela, pra ela botar na conta dela, e eu gastei esse dinheiro todo com ela, e tirando dinheiro todo mês eu tiro, e é todo com ela, todo com ela, e eu nunca parei [...]”*

(Bromélia do Sertão).

Esperança ainda resistia ao uso das medicações, mas aos poucos ia se recuperando. Após um mês passou a se alimentar e tomar banho sozinha. Demonstrava gostar de ter os filhos por perto. Retornou ao CAPS e o médico ficou bastante entusiasmado com o seu atual estado de saúde. Durante esse período de adoecimento a família uniu forças, apesar de Bromélia relatar sobrecarga e muito cansaço, pois era quem passava os dias e as noites com Esperança. Quando chegava o horário da medicação os irmãos estavam presentes para ajudar.

A rede social da família Angico se processa a partir dos laços familiares. A família é o elo primordial entre os sujeitos da rede, possibilitando o acesso aos demais dispositivos e sistemas de apoio. A presença do sofrimento mental no cotidiano do grupo familiar demanda que novas rotinas e modos de relacionamento, entre seus membros, sejam produzidos. Com o passar do tempo, a experiência do transtorno, no seio familiar, gera novos movimentos e possibilidades de manejo da dor e da crise, a partir do aprendizado com as tentativas de acerto e os possíveis erros (NAVARINI; HIRDES, 2008). Desse modo, a família passa a assumir a sua realidade existencial. Quando essa realidade é expressada por meio da união, do afeto e da solidariedade, os vínculos passam a ser reforçados, conferindo força e energia para o enfrentamento das adversidades.

Bromélia também enfatiza o apoio recebido das igrejas da comunidade quilombola. Independente de religião, gostava quando os evangélicos visitavam Esperança e faziam as orações. As amigas da igreja católica e também da catequese estavam sempre presentes, ajudando com a alimentação, rezando e apoiando nas viagens a Campo Formoso.

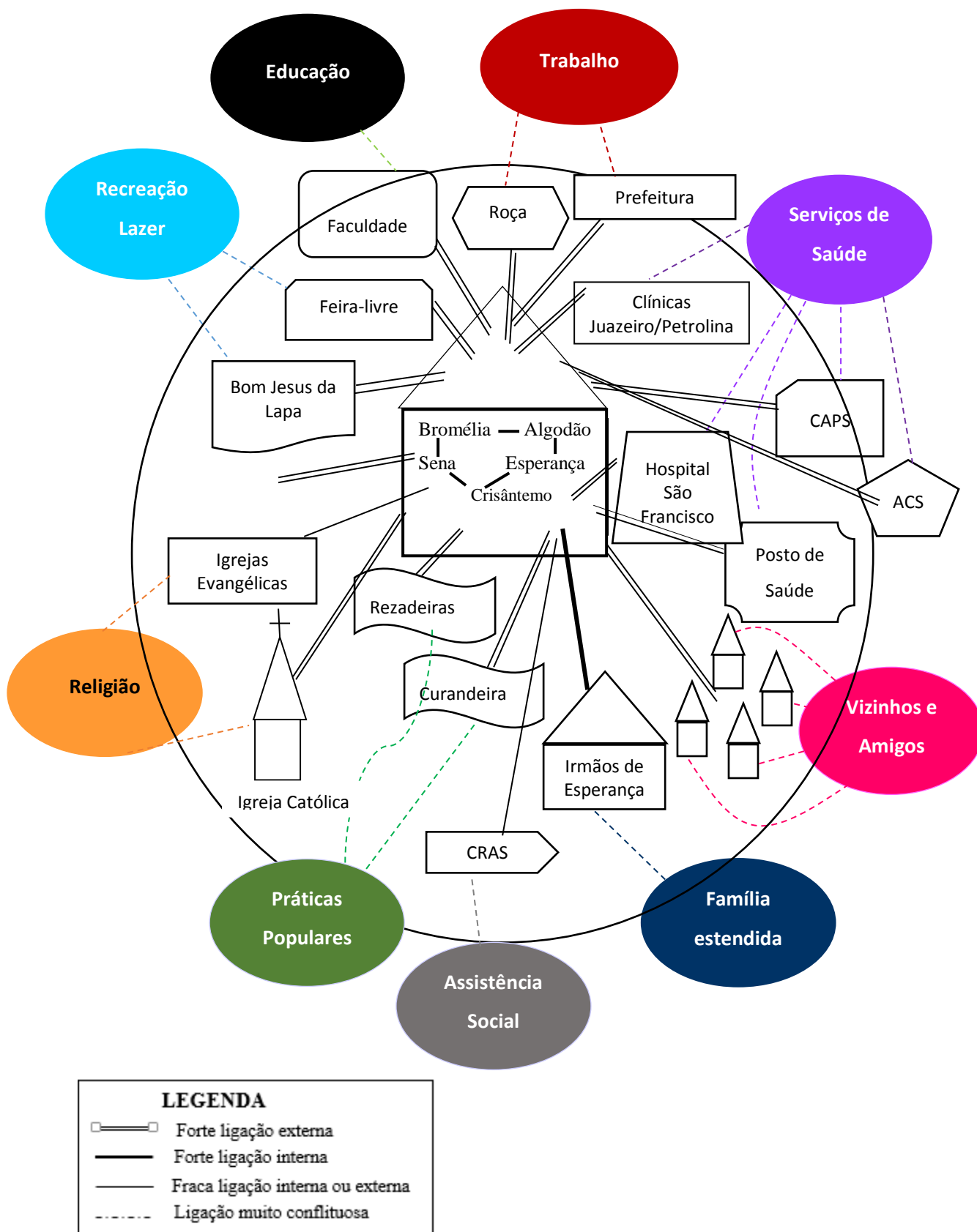
*“[...] no dia de Sábado de Aleluia, aqui entrou cinco pastor, ficaram tudo ajoelhado aqui e vieram orar pra ela, teve um que me deu até um DVD [...]”* (Bromélia do Sertão).

As instâncias religiosas, como a igreja, constituem recurso importante, por se colocarem de modo próximo às famílias e serem de fácil acesso. A possibilidade de oferecimento de explicações, apoio, e, eventualmente, cura, gera sentimentos de confiança e

de esperança, tendo papel constitutivo do sistema simbólico do sofrimento para seus membros (SOUZA; SCATENA, 2005).

As redes de apoio social da Família Angico (Figura 7) são construídas e fortalecidas dia após dia. Para Brusamarello e outros (2011), uma rede social ativa e confiável protege os sujeitos na sua vida diária, o que favorece a construção e a manutenção da autoestima, acelerando os processos de recuperação da saúde individual e coletiva (BRUSAMARELLO et al., 2011). Foi possível identificar que a rede social participa ativamente do processo de reconhecimento do sofrimento de Esperança e da criação de estratégias cotidianas, para escolher e avaliar os cuidados e auxílios possíveis, que passam a ocorrer a partir de negociações entre os campos da prática e dos significados compartilhados pelos membros da rede (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

FIGURA 7 – Representação do ecomapa da Família Angico.



Fonte: Produzido pela autora.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O artigo a seguir foi produzido com base nos dados e resultados encontrados ao longo deste estudo, apresentando, resumidamente, determinados aspectos já discutidos ao longo do presente trabalho.

### 6.1 ARTIGO - MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS: estudo de casos\*

Priscila Lima de Oliveira<sup>1</sup>  
Rosely Cabral de Carvalho<sup>2</sup>  
Sinara de Lima Souza<sup>3</sup>

#### RESUMO

A família é o principal núcleo de cuidado da pessoa adoecida, realizando-o de modo continuado, prolongado e personalizado requerendo, para isso, intensos rearranjos no seu cotidiano. O transtorno mental no seio familiar é, para muitos, a causa de inúmeros conflitos e desestruturação dos seus membros. Compreender o modo de viver e sentir o sofrimento da pessoa com transtorno mental em comunidades quilombolas exige o desvelamento dos aspectos sociais e culturais, dos modos de cuidar praticados pelas famílias. O objetivo desse estudo é identificar os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas. Trata-se de um estudo qualitativo de cunho exploratório, de abordagem bioecológica na perspectiva teórica do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. A inserção ecológica envolveu o acompanhamento de três famílias na comunidade quilombola Lage dos Negros, Campo Formoso-BA, durante três meses. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados a entrevista narrativa, a observação participante e o diário de campo. Os dados foram analisados conforme a abordagem da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. As famílias quilombolas cuidaram a partir de valores, crenças e hábitos que foram construídos a partir das interações entre as pessoas da família e de outras como amigos, vizinhos e pessoas da comunidade. Os cuidados com a alimentação, higiene, vigília e proteção, a medicação, o uso de práticas populares e religiosas e a rede de apoio social se interagem potencializando as estratégias de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família. Transtorno mental. Comunidades quilombolas. Cuidado em Saúde Mental.

#### WAYS OF CARING FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IN THE DAILY FAMILY OF QUILOMBOLAS

#### ABSTRACT

The family is the main nucleus of care for the sick person, doing it in a continuous, prolonged and personalized way requiring, for this, intense rearrangements in their daily life. Mental disorder in the family is, for many, the cause of numerous conflicts and disruption of its members. Understanding the way of living and feeling the suffering of the person with mental disorder in quilombola communities requires the unveiling of social and cultural aspects of the ways of caring practiced by families. The objective of this study is to identify the ways of caring for the person with mental disorder in the daily life of quilombola families. This is a qualitative exploratory study of a bioecological approach from the theoretical perspective of

the Bioecological Model of Human Development at Urie Bronfenbrenner. The ecological insertion involved the follow-up of three families in the Lage dos Negros quilombola community, Campo Formoso-BA, for three months. The interviews, the participant observation and the field diary were used as instruments for data collection. The data were analyzed according to the Bioecological Theory of Human Development approach. Quilombola families took care of values, beliefs and habits that were built from the interactions between family members and others like friends, neighbors and people from the community. Care with food, hygiene, wakefulness and protection, medication, the use of popular and religious practices and the social support network interact to potentiate care strategies.

**KEYWORDS:** Family. Mental disorder. Quilombola communities. Mental Health Care.

### **MODOS DE CUIDAR DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL EN EL COTIDIANO DE FAMILIAS QUILOMBOLAS**

#### **RESUMEN**

La familia es el principal núcleo de cuidado de la persona enferma, realizándolo de modo continuado, prolongado y personalizado requiriendo, para ello, intensos reajustes en su cotidiano. El trastorno mental en el seno familiar es, para muchos, la causa de numerosos conflictos y desestructuración de sus miembros. Comprender el modo de vivir y sentir el sufrimiento de la persona con trastorno mental en comunidades quilombolas exige el desvelamiento de los aspectos sociales y culturales, de los modos de cuidar practicados por las familias. El objetivo de este estudio es identificar los modos de cuidar de la persona con trastorno mental en el cotidiano de familias quilombolas. Se trata de un estudio cualitativo de cuño exploratorio, de enfoque bioecológico en la perspectiva teórica del Modelo Bioecológico del Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner. La inserción ecológica involucró el acompañamiento de tres familias en la comunidad quilombola Lage dos Negros, Campo Formoso-BA, durante tres meses. Se utilizaron como instrumentos para la recolección de datos la entrevista narrativa, la observación participante y el diario de campo. Los datos fueron analizados conforme al abordaje de la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano. Las familias quilombolas cuidaron a partir de valores, creencias y hábitos que se construyeron a partir de las interacciones entre las personas de la familia y de otras como amigos, vecinos y personas de la comunidad. Los cuidados con la alimentación, higiene, vigilia y protección, la medicación, el uso de prácticas populares y religiosas y la red de apoyo social se interactúan potenciando las estrategias de cuidado.

**PALABRAS CLAVE:** Familia. Trastorno mental. Comunidades quilombolas. Cuidado en Salud Mental.

\* Artigo parte da dissertação de Mestrado, “Modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas”, apresentada por Priscila Lima de Oliveira ao Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS (BA), Brasil, 2018.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) - Campo Formoso(BA), Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Vulnerabilidades em Saúde da UEFS. Pós Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica de Salvador (UCSAL).

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Vulnerabilidades em Saúde da UEFS. Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP ( Ribeirão Preto).

## INTRODUÇÃO

A doença mental envolve um intenso sofrimento psíquico na vida de uma pessoa e está compreendida em diversas ordens: biológica, sócio-cultural e econômica, resultando em expressivo dano, repercutindo na história de vida, familiar e nas relações interpessoais (DALMOLIN; VASCONCELLOS, 2008; SILVA; SADIGURSKY, 2008). O estigma da dependência e a cronicidade podem produzir conflitos, sentimentos de medo, culpa e incredulidade, que passam a fazer parte do cotidiano familiar.

Dessa forma o sofrimento mental contribui para que a família apresente novas formas de relacionamento com os serviços de saúde e os profissionais (JORGE; PINTO, 2010; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; ROSA, 2005).

As lutas pela mudança no modo de cuidar e olhar para a pessoa em sofrimento psíquico ocorreu a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 1970. Trata-se de uma radical ruptura do modelo manicomial, a partir da construção de um novo paradigma científico, político e ético de cuidado (YASUI, 2010).

A família passa a ser posicionada como parceira do tratamento, sendo construída como unidade de atenção. O discurso acerca da necessidade e importância da participação da família no cuidado ganha destaque em função tanto das mudanças na concepção de saúde, quanto das transformações dos serviços oferecidos (BRASIL, 2005).

Novos dispositivos e perspectivas de cuidado na saúde mental têm surgido no contexto pós Reforma Psiquiátrica Brasileira. Experiências comunitárias de tratamento e acolhimento em saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e a Atenção Domiciliar (AD) se mostram elementos prioritários no processo de desinstitucionalização de pacientes que se encontravam internados em serviços hospitalares (BORBA et al., 2012; BRASIL, 2012).

Entretanto, as mudanças ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica alteram a rotina da família, podem causar sentimentos de desamparo, de descuido, de incapacidade de cuidar adequadamente e de despreparo frente às situações de crise (ESTEVAM et al., 2011). A desinstitucionalização recai no retorno do sujeito com sofrimento ao seio de uma família muitas vezes em situações extremas de vulnerabilidade, transferindo e centrando o cuidado aos seus membros do gênero feminino, geralmente nas mães, esposas e filhas (DIAMANTINO, 2010). Dimenstein e outros (2010) citam algumas das dificuldades mais relatadas pelos familiares na prática do cuidado: a falta de tempo; de conhecimento específico

sobre a doença; a ausência de suporte e habilidade de lidar com a situação de crise e com as mudanças ocorridas na rotina familiar e a necessidade de maior vigília.

A família é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e do desenvolvimento humano, que por sua vez é um processo em constante transformação multideterminado por fatores do próprio indivíduo e por aspectos mais amplos do contexto social (DESSEN; BRAZ, 2005).

O cuidado está fortemente interligado ao território em que habitam os sujeitos presentes nas suas práticas, seja quem cuida ou quem é cuidado, imersos em uma cultura social. Essa relação entre pessoa e ambiente possui um caráter processual, pois na medida em que a pessoa muda seu entorno, este também se modifica (PINTO et al., 2012; CECCONELLO; KOLLER, 2003).

No entanto, o cuidado na família dentro da perspectiva de desinstitucionalização significa dar espaço para que ela expresse e trabalhe sentimentos e encontre caminhos para viver melhor. Por isso, cuidar, nesse paradigma, envolve reformulação de conceitos e repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluía (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

Compreender o modo de viver, sentir o sofrimento da pessoa com transtorno mental e da sua família em comunidades quilombolas exige o desvelamento dos aspectos sociais e culturais, dos modos de cuidar praticados pelas famílias após a consolidação dos serviços substitutivos.

Os quilombolas são um grupo social de afro-brasileiros com identidade marcada pela auto identificação e pela ancestralidade negra. São descendentes de escravos, vivendo nas mesmas áreas onde existiam antigos quilombos e mantendo vínculos com essas terras e a cultura negra (LINDOSO, 2011; JACCOUD, 2002). Entretanto, as áreas quilombolas são predominantemente rurais, com pouca infraestrutura e reduzido acesso aos serviços de saúde, o que caracteriza sua vulnerabilidade e gera questionamentos sobre a sua saúde física e mental (LINDOSO, 2011).

Nesse grupo socialmente vulnerabilizado a compreensão do processo saúde-doença torna-se um desafio, visto que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as quais estão associadas, em sua maioria, a fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2001; PIANI, 2008). Vale ressaltar que estudos voltados à caracterização das condições de vida e saúde das populações quilombolas ainda são escassos na literatura brasileira (BEZERRA et al., 2013).



É relevante conhecer as histórias de vida dessas famílias, assim como, o contexto, a dinâmica, a organização para cuidar, as interações, o papel social na família e na comunidade, as potencialidades, os limites das pessoas envolvidas no cuidado. Ao dirigir o foco para o contexto de famílias quilombolas que experienciam o sofrimento mental, percebe-se que os valores, as crenças e os hábitos que cada família quilombola possui, são aspectos considerados determinantes no cuidado. Para desenvolver formas de cuidar, a família deve estar em interação, com outras pessoas, com objetos e símbolos ao longo do tempo. Diante desse contexto, o estudo teve como objetivo identificar os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico metodológico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner, com a análise do fenômeno através de quatro núcleos inter-relacionados: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo.

A pesquisa teve como proposta conhecer os processos de interação das pessoas e familiares com o contexto da experiência/modos de cuidar (processo), inseridas em diferentes ambientes ou contextos em que transitam (CECCONELLO; KOLLER, 2003). Estes contextos possuem aspectos físicos, sociais ou valorativos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e na família, pela continuidade e estabilidade do sistema de interação, da construção de suas rotinas, de sua biografia e a história social (BRONFENBRENNER, 1996).

O método escolhido de inserção ecológica apoia-se em cinco passos para a organização de processos proximais vivenciados pelos familiares nos modos de cuidar: (a) pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum; (b) há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um período de tempo maior; (c) encontros informais para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos; (d) os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa e por último, (e) os temas das entrevistas acontecem com o surgimento de vínculos apoiadores de interação recíproca e complexa entre pesquisadores, família, equipe multidisciplinar, comunidade, objetos e símbolos presentes no contexto imediato, constituindo a base de toda investigação (CECCONELLO; KOLLER, 2003).

Dessa forma, o processo proximal intrafamiliar ocorreu por meio de compartilhamento de um mesmo espaço físico, desenvolvimento de atividades em comum, estabelecimento da comunicação entre os membros e da elaboração de estratégias para os modos de cuidar.

O estudo teve como cenário a Comunidade Quilombola Lage dos Negros, complexo de 34 comunidades remanescentes de quilombos no semiárido baiano, sendo 21 certificadas pela Fundação Cultural Palmares, tendo como atividade econômica a agricultura. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão das famílias: ser nativa e residir na comunidade quilombola; ter familiar com transtorno mental; a pessoa com transtorno mental deve estar em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial do município; familiares/cuidadores devem participar dos três encontros realizados pela pesquisadora na USF com o apoio dos agentes comunitários e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Utilizamos como técnicas de coleta de dados a observação participante e a aplicação da entrevista narrativa (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002). Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas. Posteriormente transcritas na íntegra, enriquecidas com anotações no diário de campo, provenientes das observações e impressões da pesquisadora e do comportamento das pessoas da família durante a entrevista. Foram realizadas três entrevistas com cada uma das famílias no domicílio. A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2017 e foram selecionadas três famílias que preenchiam os critérios estabelecidos para esse estudo – família nuclear (composta de pai, mãe e filhos, ou apenas os genitores), monoparental (composta por um dos pais e seus descendentes) e extensa (inclui além dos pais e filhos, outros parentes como avós, tios, primos).

Para a análise do fenômeno adotou-se a abordagem bioecológica, sendo desenvolvido apenas um núcleo do Modelo Bioecológico (o processo) do cuidar, após transcrição na íntegra das entrevistas, suas falas foram organizadas sobre *os modos de cuidar no contexto de famílias quilombolas à pessoa com transtorno mental*.

O desenvolvimento da pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do CNS/MS, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia, com parecer de nº 1.883.309/2016. Todos os familiares/cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na garantia do sigilo das informações foram atribuídas às famílias denominadas segundo a sua estrutura/classificação os nomes de árvores típicas da região Nordeste e as falas dos entrevistados e/ou identidades dos participantes por flores da caatinga.

## **RESULTADOS**

O estudo foi desenvolvido com três famílias quilombolas. Constituíram-se participantes do estudo três famílias assim denominadas: Família Aroeira (Boa-noite, 35 anos;

Cacto, 39 anos; Violeta-da-caatinga, 17 anos; Helicônia, 15 anos; Xique-xique, 12 anos; Cajueiro, 09 anos); Família Umburana (Calliandra, 60 anos; Mandacaru, 38 anos; Jurema d'água, 40 anos; Palma, 42 anos) e; Família Angico (Bromélia do sertão, 73 anos; Crisântemo, 32 anos; Esperança, 32 anos; Sena, 07 anos; Algodão, 02 anos).

#### CASO 1. FAMÍLIA NUCLEAR (AROEIRA)

A família Aroeira reside na sede da comunidade, membros praticantes da religião católica, composta por pessoa com transtorno mental (esposa), 35 anos; esposo, 39 anos e filhos adolescentes e crianças. Casados há 17 anos, a família sempre residiu na comunidade, possuem casa própria, e ao lado do domicílio existe uma extensão identificada pelo esposo por “clubinho”- espaço comercial, onde vende bebidas e promove festas nos finais de semana. Dizia gostar de atender bem os seus clientes e também de vender, porém, quando a esposa estava “atacada”, chorando e gritando, ficava preocupado e pensativo e não conseguia desenvolver um trabalho de qualidade no “clubinho”. A renda da família era de dois salários mínimos, provenientes (marido e esposa) do trabalho agrícola, de vigilância de uma escola municipal na comunidade, do “clubinho” nos finais de semana, do auxílio doença e da bolsa família. A família também possuía um carro antigo que para o esposo era motivo de orgulho, porque foi conquistado com muito trabalho.

#### **Sobre pessoas, crenças, práticas religiosas e espirituais e os modos de cuidar**

É possível evidenciar através do relato do esposo, que o mesmo sentia saudade dos bons tempos, quando a esposa ainda tinha saúde, quando o ajudava na roça, na plantação e na colheita, mas devido a doença fazia agora todo o trabalho sozinho:

*“[...] ela me ajudava muito trabaiano, trabaioava, me ajudava demais”* (Cacto).

Boa-noite tem 35 anos, cor negra, tem o ensino fundamental incompleto, católica e mãe de quatro filhos. Possui diagnóstico médico de transtorno neurótico não especificado e tinha história de transtorno mental na família. Há oito anos é acompanhada pelo CAPS, do município de Campo Formoso-BA e nunca foi internada em hospital psiquiátrico. Era resistente ao uso contínuo da medicação e frequentava o CAPS esporadicamente. A fala do esposo revela como era Boa-noite antes do adoecimento mental:

*“[...] ela não era assim não, era uma muié bonita, forte assim [...]”* (Cacto).

Não considerava o caso grave, visto que ficava sem tomar a medicação e não dava tanto trabalho, como os outros doentes mentais da comunidade:

*“[...] ela não é uma muié doida, ela é assim, uma menina doente assim, mas não é assim que nem eu vejo os outro aí não, que se parar de tomar os remédio aí pronto [...]”* (Cacto).

Outro aspecto evidenciado foi a falta do vínculo apoiador entre a família extensiva. Violeta-da-caatinga relatou que a sua mãe apenas recebia amor e carinho dos filhos e esposo. A sua avó materna e tios não prestavam assistência, não apoiavam e não cuidavam. Colocavam toda a responsabilidade para o seu pai e argumentavam que ela era saudável antes do casamento, sendo o dever do marido cuidar até o fim. A adolescente chora ao falar dos familiares e acrescenta que a sua mãe precisava de mais proteção. Ao ouvir o discurso da filha, no momento da entrevista, Boa-noite também chora e se entristece:

*“[...] a família dela não liga pra ela, só tem nosso amor mermo, nosso carinho. Ela vai pra casa da mãe dela, ela faz de conta que minha mãe não é filha dela, [...] os irmão dela fica dizendo que ela precisa ser cuidada aqui em casa e não na casa da mãe dela, que o meu pai pegou ela foi boa e não desse jeito. Eu queria que ela tivesse apoio mais pra cuidar dela [choro]”* (Violeta-da-caatinga).

O esposo comenta que apesar de não receber o apoio da família, os amigos e vizinhos são muito solidários. Todos se preocupam quando aparece um caso grave. A união entre os quilombolas é algo muito forte e presente no cotidiano da comunidade:

*“[...] É, aqui na comunidade graças a Deus, eu só tenho a dizer que quando a gente precisa aqui todo mundo é junto, não tem esse negócio de dizer assim, fulano é isso, fulano é aquilo não. A comunidade é assim, quando você tem qualquer coisa grave, aí um chega e diz, vai precisar tirar pra Campo Formoso? Aí um chega e dá uma opinião, aí outro diz não tem que tirar logo, vai precisar tirar ou não? Outro vem e diz, faz assim, faz assim”* (Cacto).

Outra rede de apoio, segundo o esposo, é a ajuda constante do agente comunitário de saúde, do compadre e amigo da família, presente nos momentos de crise e quando a esposa não queria tomar o remédio, era quem convencia e conseguia administrar a medicação oral. Também falou que conheceu o CAPS através do compadre, que agendava as consultas com o médico e conseguiu resolver até a questão do auxílio doença da esposa.

A partir da interação da pesquisadora com o contexto da comunidade/famílias foi possível conhecer quais eram os modos de cuidar que envolviam a família no cuidado à pessoa com transtorno mental. Vale reforçar que é através do contexto que as interações e os processos proximais acontecem. Sentimento de tristeza e angústia foi observado no momento

da coleta de dados, assim como momentos em que a família buscava forças e alternativas para superar as dificuldades impostas pelo sofrimento mental.

Em Lage dos Negros, as relações sociais são intensas, apresentam uma forte relação com os vizinhos, possuem essencialmente um fundo de apoio, troca de favores e ajuda mútua. Isso é possível pela rotina rural e constante interação entre os moradores, constituindo-se em uma importante rede social. Nesta rede, a reciprocidade e, as interações da pessoa com o contexto tornam-se um critério para que ela se fortaleça e mantenha-se presente no dia-a-dia.

A pessoa com transtorno mental possuía um vínculo muito forte com o seu compadre, o agente de saúde da família. Durante a primeira visita à família, ele estava presente. Observou-se o quanto ficava contente com a sua presença, a pessoa com transtorno mental sorria, demonstrava carinho, conversava e atendia o seu pedido para que tomasse a medicação todos os dias e no horário certo. Era uma relação fraternal e harmoniosa.

*“[...]cumpadre vem aí, tem vez que é obrigado dar o remédio dela [...]”* (Cacto).

Evidenciou-se na família nuclear intensa associação do surgimento e causa do adoecimento mental às “questões espirituais” e de feitiçaria. Boa-noite dizia que tudo começou quando espíritos malignos, de pessoas que morreram, invadiram a sua casa e através de um feitiço eles tomaram posse do seu corpo.

*“[...] Foi uma coisa que abaixou em riba da casa, mas ninguém sabe o que foi, foi coisa mandada, foi que jogaram pra mim, que mandaram pra mim [...] Pra todo lugar que eu vou é atrás de mim. É gente de todo tipo aí acompanhando atrás de mim”* (Boa-noite).

O esposo acredita que a doença mental de Boa-noite é uma “coisa de caboclo” e que para libertar-se ela tem que cumprir a sua missão aqui na terra, cuidando de outras pessoas. Levou para um “médico espiritual” em uma cidade depois de Irecê- BA, e o mesmo disse que para receber a cura precisava comprar os santos e cuidar de outras pessoas, também em sofrimento. O esposo diz que ela não aceita e não quer comprar os santos. É muito trabalhoso convencê-la a ir às consultas espirituais.

*“[...] E eu já tenho lutado pra levar ela, já levei uma vez lá, e ficou pra levar de novo, falou que tirava né, se tirá, disse que ela fica boa, é um negócio que fica judiando dela, acho que você entende né, [...]”* (Cacto).

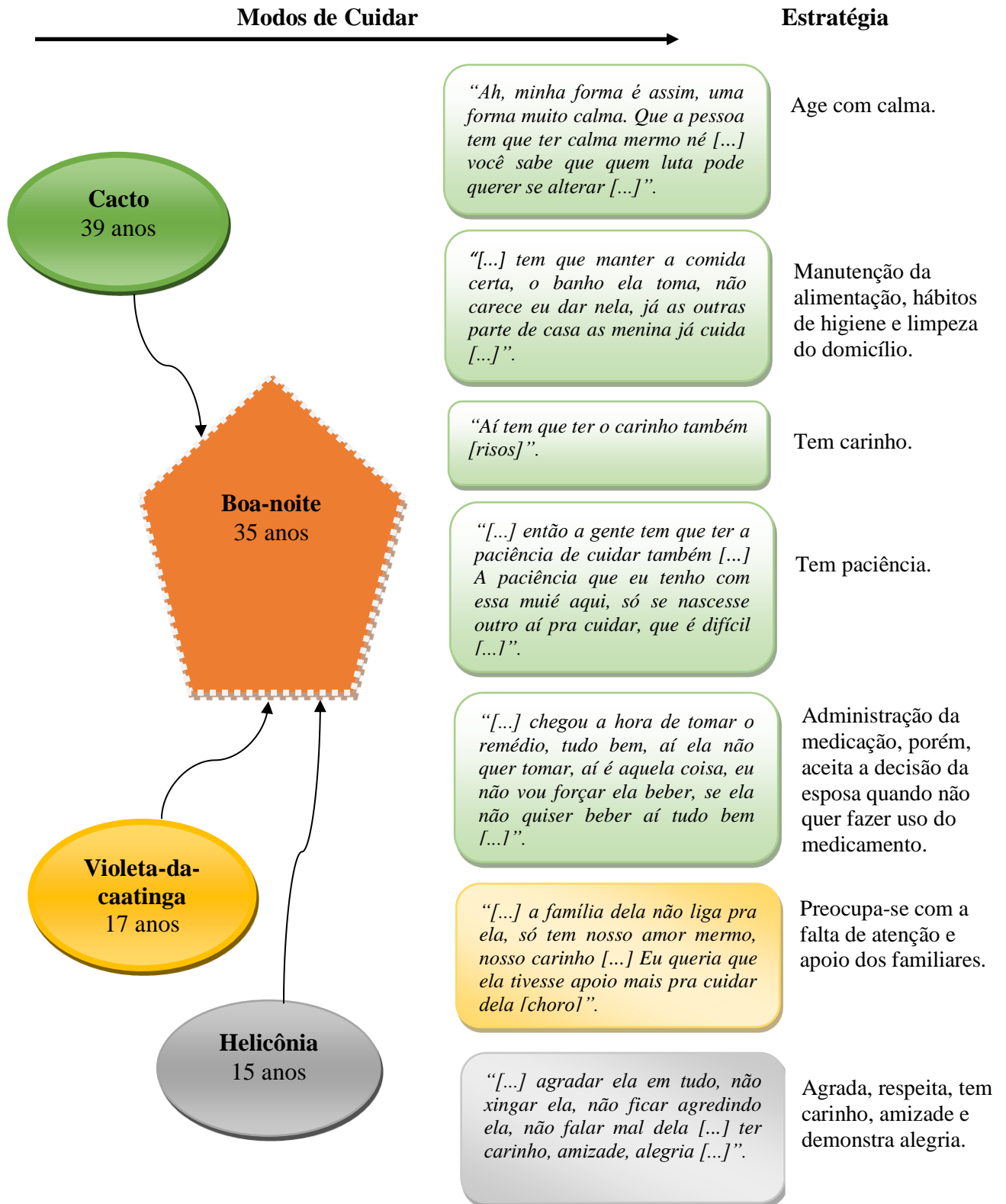
As crenças e práticas religiosas e espirituais podem ter papel importante na doença psiquiátrica. A história espiritual da pessoa deve ser valorizada e explorada, visto que pode estar influenciando o modo como lida com o transtorno e enfrentam o estresse ambiental e psicossocial (KOENING, 2007). Durante as visitas percebi como essa questão espiritual é tão intensa na família.

Relatou que a situação da doença se agravou, porque a mesma não aceita a medicação do CAPS, fica falando sozinha, chora muito e quando começa a gritar não consegue parar. Quando o agente de saúde chega é que se acalma um pouco. Diz que o CAPS ajuda muito no tratamento, mas devido à distância, sua ida é somente para pegar a medicação. Não tem como participar das reuniões e envolver a esposa nas atividades. Quando precisa de atendimento médico, procura o posto de saúde, onde a sua família é bem acolhida.

*“[...] Oh, no CAPS a gente recebe apoio demais, tem aquelas menina lá mermo, as suas colega lá [...] quando precisa levar pro CAPS lá a gente leva, eles fazem o impossível pra atender [...]” (Cacto).*

Os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental elaborados pelos familiares perpassam pela questão do uso da medicação e traz à tona reflexões acerca das necessidades humanas básicas, da afetividade, dos sentimentos e das relações interpessoais. As ideologias, os valores, as crenças, os símbolos, religiões e o contexto familiar são elementos quem se entrelaçam e estão presentes em cada estratégia de cuidado influenciando o seu desenvolvimento. Assim, por meio das singularidades e interações que foram estabelecidas ao longo do tempo e que permeiam a comunidade quilombola, redes de apoio social são formadas, fortalecendo ou enfraquecendo as pessoas envolvidas no processo de cuidar.

**Caso 1. Modos de cuidar da Família Aroeira (Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental).**



## CASO 2. FAMÍLIA MONOPARENTAL (UMBURANA)

A família Umburana é natural da comunidade quilombola de Lage dos Negros. Composta pela mãe (60 anos, viúva) e sete filhos, todos adultos. Apenas dois deles residiam com a mãe, (filha, 30 anos, solteira; filho, 38 anos, solteiro), os demais eram casados e tinham suas famílias constituídas. Existiam três pessoas com transtorno mental na família (filha, 42 anos, divorciada; filha, 40 anos, casada; filho, 38 anos, solteiro). Porém, as filhas moravam em residência própria e mantinham um quadro estável do transtorno mental. A atenção e a preocupação da mãe se voltavam intensamente para o filho.

### **Sobre pessoas, o lugar do modelo biomédico/mágico da doença e os modos de cuidar**

Mandacaru tem 38 anos, cor negra, solteiro, ainda não se decidiu quanto a religião. É uma pessoa que gosta de fazer amizades, é popular, comunicativo e gosta de ajudar as pessoas da comunidade. Não tem renda fixa e faz alguns “bicos” principalmente no dia de feira-livre (aos domingos). Não recebe auxílio-doença ou qualquer outro benefício. Durante a entrevista, a mãe relatou que o filho passou várias vezes por perícia médica, mas quando conversa com os médicos, ele fala tão bem, que nem parece ser doente. Na realidade, ela argumenta que o filho não reconhece que tem problema mental e diz não necessitar desse dinheiro. Quanto ao grau de escolarização, estudou, tinha o ensino fundamental incompleto, aparentemente saudável, forte e o seu lazer era jogar bola com os amigos em um campo de futebol da comunidade.

Mandacaru foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide e estava sendo acompanhado pelo CAPS do município de Campo Formoso-BA há 08 anos. Faz uso contínuo da medicação injetável a cada quinze dias e também, diariamente da medicação oral. É resistente ao uso das medicações e ultimamente acha que está bem e não necessita dos medicamentos. Durante as primeiras crises foi internado por duas vezes no manicômio de Juazeiro-BA. Logo na fase inicial da doença, era agressivo e violento, apresentava alucinações e delírios, não conseguia dormir e não se alimentava.

A mãe associava a causa e o surgimento do transtorno mental a uma “bruxaria”. Relatou que o filho era saudável, trabalhador, ajudava na roça e quando viajou para trabalhar em São Paulo, com idade de 25 anos, começou a se relacionar com mulheres e acreditava que alguma mulher fez “bruxaria” para ele. Mas dizia que não sabia da história na íntegra.



Persistia em dizer que realmente tinha alguma “coisa” ruim com ele. Dizia que durante a noite ele sempre conversava sozinho e com uma voz estranha.

*“[...] me disseram que ele andou com umas muié lá com um irmão meu, acho que foi coisa que fizeram pra ele também, e com a outra foi isso aí. O pai levava pra todo curador e só dizia que foi isso” (Calliandra).*

No decorrer do processo investigativo, observou-se que a família apresenta vários históricos de transtorno mental grave. O esposo, a sogra e a sua avó materna faleceram com problemas mentais.

A casa da família era própria, possuía 06 cômodos (01 sala, 01 cozinha, 03 quartos, 01 banheiro), o quintal era extenso indo de uma rua a outra. A casa era organizada e muito limpa. A mãe era muito zelosa e preocupava-se em colocar tudo no seu devido lugar. Também possuíam uma roça, o ambiente tinha árvores frutíferas, plantavam milho, feijão, andu, hortaliças, entre outros.

Através dos relatos, evidenciou-se que a família gostava muito de residir no local. Dizia não encontrar dificuldades na comunidade quilombola, não existia outro lugar para viver.

*“Nunca achei dificuldade não de lutar com meu povo” (Calliandra).*

Como hábito observado e presenciado, sempre a preocupação em oferecer alimentos em todos os encontros do estudo, que foram realizados no domicílio. As entrevistas da família foram realizadas na sala, durante as entrevistas Mandacaru aparecia, conversava um pouco, mas quando Calliandra tocava no assunto da medicação, ficava irritado e saía logo para a rua. A mãe cobrou bastante o uso da medicação e por várias vezes, percebeu-se que estava irritada com a decisão do filho em não tomar o medicamento.

*“[...] ele só me dá dor de cabeça por causa dos remédio [...]” (Calliandra).*

A mãe (Calliandra) utilizava de alternativas como ir à igreja e a oração, a fim de buscar subsídios que poderiam auxiliá-la neste processo de cuidar. Era evangélica e recebia o apoio do pastor, da esposa do pastor e das irmãs do ciclo de oração. O seu lazer era participar das festividades da igreja e o grupo de mulheres.

*“Quando eu tô na igreja eu me sinto bem mesmo ó, bem, bem mesmo” (Calliandra).*

A mãe relatou que a pessoa com transtorno mental, quando ainda adolescente, participava ativamente dos cultos da igreja pentecostal, mas atualmente não frequentava nem a igreja católica.

*“[...] gostava de ir pra igreja óia, o menino se arrumava, ia direto pra igreja, mas agora nem na nossa, nem ali [...] gostava ir, nem em uma que tem no Alto, não anda mais, deixou disso tudo”* (Calliandra).

Evidenciou-se através dos relatos que gostaria de entender o motivo dos filhos adoecerem dessa maneira, argumentava que todos tinham nascidos saudáveis. Acrescenta que a filha que mora em Juazeiro-BA, passou a apresentar comportamentos esquisitos quando foi a um terreiro de candomblé na comunidade.

*“[...] ficava nuinha, pelada na rua, num vê um doido, doida, doida barrida. Botaram coisa ruim nela”* (Calliandra).

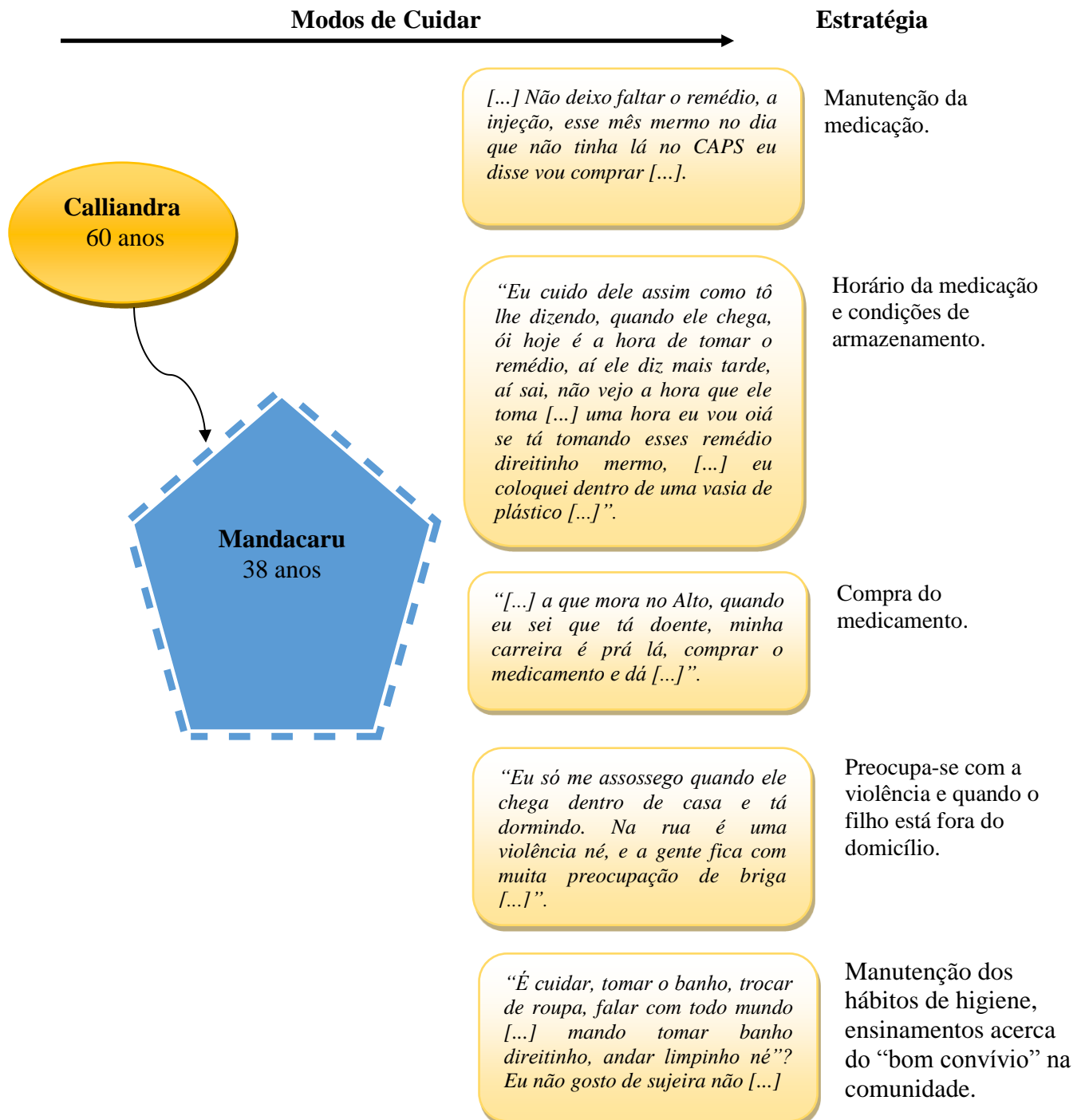
Ela acreditava que a partir desse dia a filha não teve mais saúde. O pai levou para uma curandeira, ela passou uns banhos, a filha melhorava, mas com um tempo voltava todo o mal novamente. Passou a ser acompanhada pelo CAPS e agora está bem melhor. A família tem como vínculo apoiador a família estendida, os vizinhos, as pessoas da comunidade e a igreja. Também consideram o CAPS essencial no processo de cuidado e recuperação dos seus familiares.

*“[...] No CAPS já fizemo muita reunião com o pessoal do CAPS, do quilombola mermo, aí na igreja mermo, já veio muitos, aí pra igreja, do CAPS eu falo bem ó”* (Calliandra).

Quanto às estratégias utilizadas nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental, tornou-se evidente a importância atribuída ao uso contínuo da medicação.

*“Já não toma os remédio certo e agora as injeção não quer tomar”* (Calliandra).

**Caso 2. Modos de cuidar da Família Umburana (Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental).**



### CASO 3. FAMÍLIA EXTENSA (ANGICO)

A família Angico é composta pela pessoa com transtorno mental, 32 anos; esposo, 32 anos; filha, 07 anos; filho, 02 anos; mãe, 73 anos. É natural e reside na sede da Comunidade Quilombola Lage dos Negros – distrito de Campo Formoso-BA. Caracteriza-se como uma família expandida, composta por 11 filhos, em sua maioria lavradores. Praticam a agricultura de subsistência e alguns ainda trabalham na extração do sisal, prática bastante comum na comunidade.

#### **Sobre pessoas, processo de adoecer, diagnóstico, procura por redes de apoio e modos de cuidar**

Esperança apresenta o diagnóstico de episódio depressivo grave, cor negra, casada, mãe de uma filha de 07 anos e de um filho de 02 anos. Possui o ensino superior incompleto, cursava pedagogia e durante o início da doença estava em fase de conclusão de curso. Sua mãe e esposo relatam que sempre foi muito esforçada e gostava muito de estudar.

*“Tava, sempre preocupada com os estudo, ela tinha noite que rolava a noite todinha escrevendo [...]”* (Crisântemo).

A família tinha uma loja de confecção em sua residência para complementar a renda da família. Era catequista há alguns anos e participava ativamente da igreja católica. Na família, era quem resolvia todos os compromissos da casa (alimentos, vestimentas para os filhos e esposo e, também administrava as finanças da mãe). Extrovertida e comunicativa, sempre liderava e organizava os encontros/comemorações familiares. Casada com o seu primo de primeiro grau, a pedido do seu avô quando ainda vivo, este almejava o casamento dos dois e demonstrava muita alegria nesta união. Apenas casaram no civil devido o padre da época não achar adequado realizar a união entre primos. O esposo relata que algumas pessoas da comunidade associam a causa do surgimento do transtorno mental da sua esposa com o fato do padre não ter consentido o matrimônio na igreja católica.

*“E muita gente fala, rapaz o padre não fez o casamento, será que é mode isso [...] porque nois era primo”* (Crisântemo).

A família tem como religião a católica. Bromélia do Sertão é uma das rezadeiras da comunidade. Participam ativamente das missas e novenas durante as festividades da igreja em comemoração ao padroeiro da comunidade – Santo Antônio. Durante todo o mês de junho

participam das rezas nos domicílios e no dia do santo a festa acontece na praça central em frente a igreja católica.

Após adoecimento mental, Esperança passou a residir na casa da mãe. Percebe-se durante as visitas domiciliares a figura materna como apoiadora e primordial no cuidado. Também é necessário salientar que não é a primeira vez que a mãe vivencia caso de adoecimento mental na família.

Crisântemo trabalhava na coleta de lixo da comunidade, contratado pela prefeitura do município há quase seis meses. Durante a noite visitava a esposa na casa da sogra e ajudava nos cuidados durante aquele período. Auxiliava na administração da medicação oral e cuidados com higiene/banho e alimentação. Mas não ficava para dormir. No final da noite saía com os dois filhos para a casa do casal, que ficava no “Alto”, um bairro mais afastado da sede da comunidade. A mãe diz sentir-se muitas vezes sozinha no cuidado com a filha. Durante a entrevista fez cobranças da presença do genro e demonstrou cansaço em “lutar” com a filha.

*“A dificuldade que eu sinto é só essa mermo, porque ela não quer conversar pra dizer como é que vai fazer as coisa, e eu veia não guento ficar nesse labuto sozinha, e aí sinto dificuldade”* (Bromélia do Sertão).

A casa da família é de alvenaria, possui seis cômodos (02 quartos, sala, cozinha, varanda e um banheiro no quintal). Em várias casas da comunidade, os banheiros são construídos separados em uma parte do quintal. Isso foi observado durante as visitas domiciliares. A família também possui uma propriedade chamada por eles de “roça”, localizada em uma região um pouco mais afastada da sede da comunidade, onde cultivam milho, feijão e algumas hortaliças. A população de Lage dos Negros se refere à “sede” como o centro da comunidade quilombola. Local onde se concentram as escolas, farmácias, mercados, lojas, postos de gasolina, igrejas e o posto de saúde.

A família tem como vínculo apoiador as pessoas da comunidade, o agente comunitário de saúde, os vizinhos, a família estendida, o CAPS e o posto de saúde. Esta forma de viver pode ser um valor culturalmente construído que reflete e se estende no cuidado com o outro, com o próximo, atendendo suas necessidades nos contextos em que as pessoas compartilham e trocam experiências através das interações pessoa/contexto/símbolos/objetos em um período de tempo.

*“Aqui na Lage é assim, nossa família ela é bem grande, por exemplo[...] quase tudo é vizinho aqui, na Lage aqui todo mundo é parente do outro, é vizinho [...]”* (Crisântemo).

As atividades cotidianas são desenvolvidas pela mãe: como cozinhar, limpar a casa e antes do adoecimento da filha, ainda trabalhava na “roça”. Três filhas também ajudam nas atividades domésticas e cuidados com a irmã em sofrimento mental. Principalmente durante a administração da medicação oral e idas ao posto de saúde. Os dois filhos passam o dia na casa da avó materna, o que faz muito bem para a recuperação da mãe. Porém, aumentam a preocupação e atenção da avó. A casa é bem movimentada durante o dia, visto que os filhos e netos, geralmente, aparecem para ver como está o estado de saúde da irmã/tia, mas a sobrecarga recai para a genitora. Em alguns relatos fica bem evidente o cansaço em cuidar continuamente da filha. Era ela quem a acompanhava nas consultas em Juazeiro e também nas idas a Campo Formoso durante os atendimentos no CAPS e no Hospital São Francisco. A distância dificultava ainda mais. As viagens eram onerosas e mesmo com o apoio dos genros no transporte para Campo Formoso, o dinheiro da família estava escasso. As economias estavam chegando ao fim. Necessitando muitas vezes, de ajuda financeira de pessoas amigas.

*“[...] quando não dão um quilo de feijão, dão um quilo de açúcar pra fazer um bingo pra adquirir um dinheiro pra comprar um remédio [...]” (Crisântemo).*

A família extensa tem como lazer participar das festas da comunidade, da feira-livre nos dias de domingo e dos encontros familiares durante os aniversários e confraternizações de Natal e Ano Novo. Os encontros na igreja católica também são considerados importantes para o fortalecimento e união familiar. Reuniam-se nos finais de semana, participavam das missas e grupos da igreja. Durante adoecimento mental do membro da família recebiam frequentemente visitas de pastores e de pessoas de igrejas evangélicas com o propósito de orar e interceder pela pessoa que estava em sofrimento. Eram sempre bem recebidos, independentes da opção religiosa. Ficava evidente a necessidade de expressar a fé, a harmonia e a união que se fazem presentes no cotidiano desta família quilombola. O processo de adoecer fez com que a família procurasse suporte espiritual na comunidade.

*“E aí quando eu dô fé, vem aquelas muié, as vez, quinta-feira quando vem crente, todas que vem faz as oração delas. (Bromélia do Sertão).*

*“[...] graças a Deus essa casa tem dia que é um sair e outro chegar, é catequista, é ali da igreja mermo, é tudo. Aqui vem crente, vem católico, tudo vem orar em minha casa”*

*(Bromélia do Sertão).*

A maior preocupação da família era o fato da pessoa em sofrimento mental não se alimentar. Foi hospitalizada duas vezes no Hospital São Francisco em Campo Formoso para hidratação e avaliação médica. Para que a filha se alimentasse a mãe procurava comprar os alimentos e preparava aqueles que mais gostavam, tais como: iorgute, biscoitos e pães. Fazia

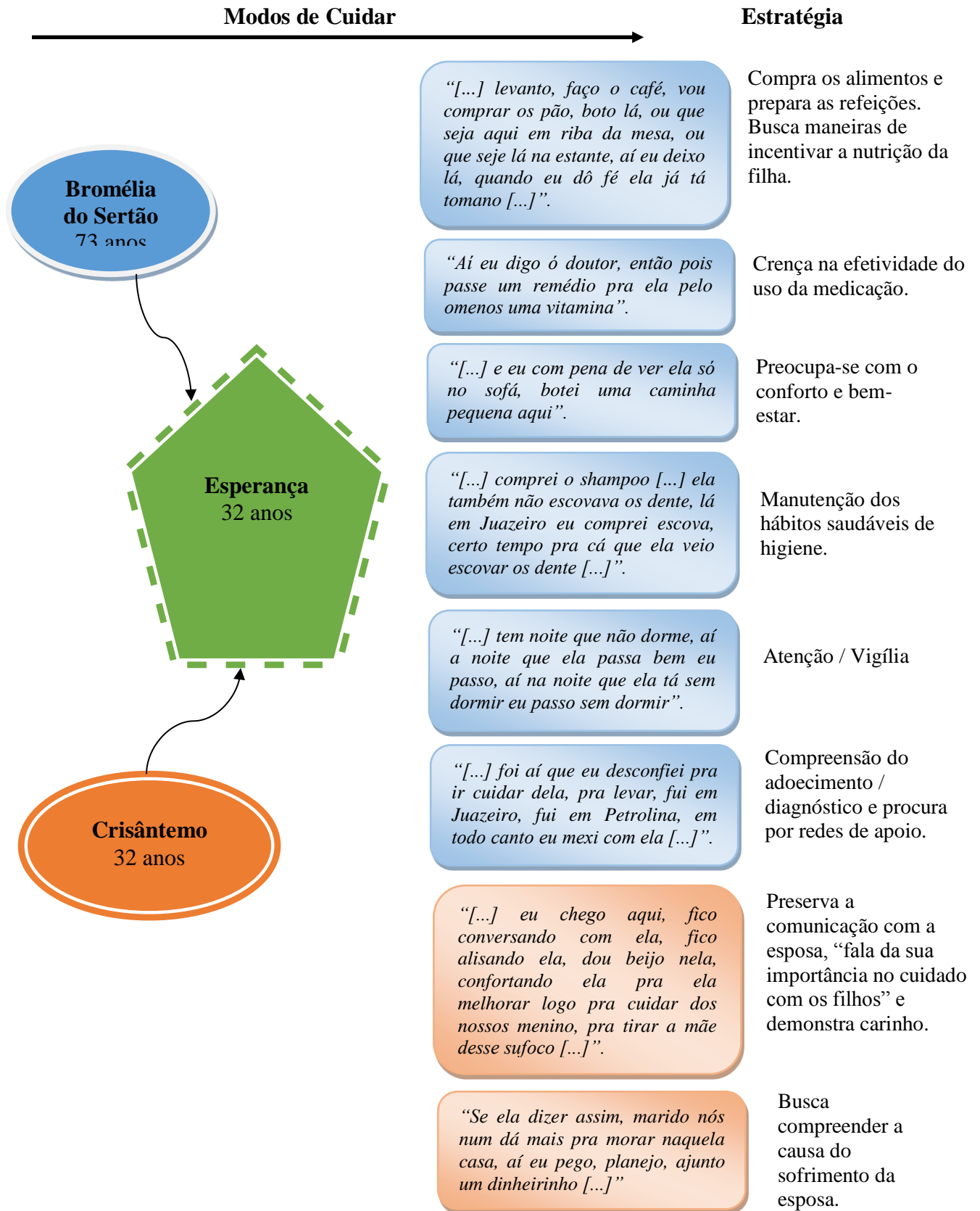
cuscu e deixava a garrafa térmica com café próxima aos pães. Também preparava o chá de erva-cidreira com capim-santo. Após o uso contínuo da medicação prescrita pelo médico do CAPS passou a beber água e comer alguns alimentos.

Na família, deste estudo, a mulher detém o saber sobre o cuidado. Ela é geradora do cuidado, seja ele familiar ou ampliado na rede social. A rede social é definida como um sistema de interação sequencial formada por indivíduos que podem apoiar a pessoa em desenvolvimento, mesmo que esta não esteja presente. No domicílio evidenciou-se que as interações familiares se intensificaram com o surgimento do adoecimento mental. Diante do processo de cuidar, os membros familiares e da comunidade uniam forças, apoiavam e procuravam ajudar, mesmo sem conhecer a doença e compreender a causa do sofrimento.

*“Pra cuidar dela, as vez se tiver uma viagem formada pra ir, se ele puder ir vai, se não puder eu vou, e aí ela aqui minha irmã, as menina vem me ajudar, ele quando é a noite, é os dois pião, só dar remédio eles dois, que as menina tomaram um medo de um jeito, de dar, e os outro dizem eu não tenho coragem, outro diz eu não tenho coragem, mas eu acho que pra família [...] eu acho que seno o sangue da gente, quanto mais o sangue mais a gente deve ter coragem né?”* (Bromélia do Sertão).

*“[...]o povo também tem me ajudado, que ela é uma pessoa muito querida, ela é uma pessoa muito querida. Cê vê, tem gente que eu nem conheço e quando dou fé tá mandando oferta pra ela”* (Bromélia do Sertão).

**Caso 3. Modos de cuidar da Família Angico (Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental).**





## DISCUSSÃO

O cuidar envolve a atenção às necessidades individuais e coletivas determinadas em diferentes contextos históricos e respectivas realidades sociais, políticas e culturais (CHAVES, 2004). Para compreender a saúde das pessoas e a forma como eles lidam com a doença torna-se necessário analisar seus modos em seu próprio contexto, pois é nele que ocorrem eventos do cotidiano que organizam a vida coletiva, que enquadram à vida biológica e é dentro dele que as pessoas evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatadas por esse espaço social.

As falas evidenciaram que as famílias quilombolas compreendem que cuidar é promover o bem-estar e a satisfação da pessoa cuidada. As ações de cuidar compreendem, sobretudo, a atenção direcionada as necessidades físicas de alimentação, higiene e repouso:

*“[...] quando eu fico falando aí ele vai, entra no banheiro, toma banho, se perfuma [...]”*

(Calliandra).

*“[...] tem noite que não dorme [...]”* (Cacto).

*“A comida tano pronta, ele mermo vai bota a comida dele, tano pronta todo mundo vai e faz seu prato”* (Calliandra).

*“Rapaz, é muito difícil de cuidar. Já deu dá a comida a ela, aí o dia amanhece, levanto, faço o café, vou comprar os pão, boto lá [...]”* (Bromélia do Sertão).

*“Eu pra mim eu tô cuidando deles, dando direitinho, dando o medicamento, andar limpo, tomar banho, [...] isso aí é que é o cuidado”* (Calliandra).

Os fragmentos das falas mostram que a concepção predominante dos familiares sobre a pessoa com transtorno mental é de fragilidade. Dessa forma, o cuidar é representado por estratégias que requerem compreensão, tolerância, paciência para falar e ouvir, atenção, respeito, amizade, amor, carinho cuja finalidade é manter a boa convivência intrafamiliar e evitar a recidiva das crises:

*“A paciência que eu tenho com essa muié aqui, só se nascesse outro aí pra cuidar, que é difícil [...]”* (Cacto).

*“O cuidado é esse mermo, cuidar com calma”* (Cacto).

Outras estratégias do cuidar que emergiram nas falas das famílias compreendendo ações voltadas para a proteção e vigilância da pessoa cuidada, motivadas por sentimentos de medo e preocupação. Essas ações resultam da percepção, pelo cuidador, de que a pessoa com transtorno mental está exposta a riscos na vida cotidiana, dificultando a sua inserção social. Apreendemos que, assegurar o controle e o comportamento fortalece a relação tutelar.

*“[...] eu mesmo não durmo [...] enquanto ele não chega pra dormir aí não me assossego”*  
(Calliandra).

*“[...] não tem jeito de eu sair daqui mode ele, você creia? Pois creia. Pra eu dizer assim vou ficar um mês em São Paulo e deixar ele aqui. Tenho vontade de ir não. Aí ele diz “eu não impato mãe ir”, aí eu digo assim pois eu tenho dó de sair só mode tu”* (Calliandra).

As falas das famílias quilombolas evidenciaram a preocupação com a provisão e ao uso contínuo da medicação, com o ônus financeiro com o qual, na maioria das vezes, não têm condições de arcar. Observamos a ansiedade dos cuidadores quanto ao tratamento medicamentoso e a sua aceitação por parte da pessoa com transtorno mental. Constatou-se que as estratégias de cuidado estavam intimamente ligadas ao uso da medicação, independente do contexto. Sendo assim, a perspectiva biomédica ainda se expressa como hegemônica, reduzindo o sofrimento à categoria de doença corporal e consequência biológica do mau funcionamento do organismo (SAMPAIO; LUZ, 2009).

*“[...] Eu não sei o que é isso, porque só os remédio, pra ver que, como diz, ela vai melhorar e vai mudar né”* (Crisântemo).

*“[...] você sabe o que é uma pessoa preocupada, vendo os remédio ali, sabendo que na hora de dar é uma tortura, que tem hora que eu choro veno os menino em riba, enforcano outros apertano [...]”* (Bromélia do Sertão).

*“[...] eu tô gastano tudo do meu, minha fia quando ela adoeceu ela tinha quinhentos reais, quinhentos reais eu tirei logo, nos primeiro, agora aqui pra mim, se eu ver, num tenho nada, a coisa que eu tenho é essa casa, pra eu ver minha menina boa, eu vendo ela que não vejo a hora, pra eu ver minha fia boa”* (Bromélia do Sertão).

As experiências do cuidar da pessoa com transtorno mental no domicílio, pelas famílias, são marcadas por uma série de dificuldades produtoras de sofrimento, sobrecarga física, emocional e financeira, cujas queixas nem sempre são valorizadas pelos profissionais dos serviços de saúde (CONEJO; COLVERO, 2005). Coordenar as atividades diárias, administrar a medicação, acompanhar aos serviços de saúde, lidar com comportamentos problemáticos e episódios de crise e, arcar com os gastos passam a fazer parte do cotidiano desses familiares (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Em face ao enfrentamento, pelas famílias, dos problemas deflagrados pela convivência com o transtorno mental, os familiares encontram apoio na religião e na fé em Deus. Nas sociedades humanas, a fé e a religiosidade constituem alguns dos recursos utilizados pelo homem no enfrentamento no processo saúde-doença. As doenças, sobretudo, aquelas de natureza psíquica, resultam em intenso sofrimento para todos os membros da família, dadas as

carências afetiva e financeira. Investigações sistemáticas passaram a demonstrar que indivíduos com uma fé profunda e religiosidade, na realidade, pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas (KOENIG, 2007). Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006).

Nas falas dos familiares, apreendemos que, para as famílias, a concepção do cuidar possui conotação religiosa, de forma que as expectativas dos familiares acerca da cura da doença estão vinculadas ao poder divino.

*“Não é fácil não né, mas Deus me dá força e eu tô cuidando. É muito difícil né, mas vamos fazer o quê? É difícil, pesado [...] tem hora que a gente fica meia agitada mas Deus me dá força e tô lutando”* (Calliandra).

*“Eu espero de Deus isso aí, e eles também espera isso aí, de algum dia contar com a vitória e dizer que ela tá outra pessoa”* (Cacto).

Cabe destacar que o surgimento do transtorno mental, associada a questões mítico-religiosas, é compartilhada por todas as famílias do estudo.

*“Pra mim ela não tem só depressão”* (Bromélia do Sertão).

*“[...] se nois descobrir, se a doença for, né, for espiritual, for alguma coisa assim botava no meio que os rezador reza”* (Crisântemo).

*“[...] o povo fala que ela tem um problema também, negócio assim de coisa de caboclo, essas coisa aí. Acho que é mais por isso que faz ela sofrer assim”* (Cacto).

Revisão realizada sobre apoio social e religião aponta que curandeiros, clérigos, profissionais de saúde mental, membros da família, parentes, cuidadores primários e pessoas em geral atribuem fatores causais de ordem sobrenatural para a esquizofrenia, como a feitiçaria (magia negra, maldições, olho mau); a punição de Deus; a posse de espíritos malignos, exorcismo; destino/predestinação; antepassados (comunicação e antepassados irritados) (REINALDO; SANTOS, 2016). A loucura sempre foi um mistério, desde os primeiros tempos, estereotipado e visto como demônio, o louco sempre foi taxado como um incômodo para a sociedade, isso porque agia diferente dos demais (SPADINI; SOUZA, 2006).

As falas evidenciam as práticas populares de cuidado como recurso terapêutico. Tais práticas se expressam também por curadores especializados, como os curandeiros, bruxos,

espiritualistas, xamãs e etc.; e incluem também o poder curativo de certos santos, como na religião cristã e outros cultos (MENÉNDEZ, 2009).

*“[...] Quero levar num homem que tem pra riba aí, é em Irecê, aí ele falou que ela nasceu pra cuidar dos outro também, agora falta fazer a revisão [...]”* (Cacto).

*“[...] Aí ela passou uns banho, comprei esses banho em Bonfim, só achava esses banho dela em Bonfim. Sei que com um tempo ela ficou bem, bem, aí tornava a voltar o male, ficava doida, doida, de corda, de corda, nós tinha que levar ela amarrada”* (Calliandra).

*“[...] ele disse que ela, tinham feito um negócio pra ela, nem pra não cumer e nem beber, e tava no estômago igual como uma espuma de boi, tava no estômago como uma espuma, se ela tomasse os remédio e os banho certinho podia limpar, mas se não tomasse [...]”*

(Bromélia do Sertão).

As famílias aliaram a terapêutica medicamentosa às práticas populares de saúde. O uso da medicação, acompanhado por modos de cuidar norteados pelos valores, crenças e hábitos são provenientes das interações – processos proximais, entre pessoas e contextos, com seus objetos e símbolos. Dessa forma, ao se tratar com experiências de saúde-doença, desapropriar as pessoas das concepções e representações arraigadas ao saber cultural – individuais e coletivas, podem levar muito tempo para serem modificadas. Necessário repensar o cuidado dentro de um paradigma que favoreça a diversidade de diálogos e, assim, de construções - saberes e ações - entre profissionais e entre estes e as famílias (SOUZA; SCATENA, 2005).

As famílias quilombolas do estudo cuidam a partir dos valores, crenças e hábitos que foram construídos com base nas interações entre as pessoas da família, de amigos, vizinhos e de pessoas da comunidade (rede social de apoio). Estes valores são passados de pessoa a pessoa conforme o contexto de cada um e pelo que transitam. Porém, a rede familiar ampliada necessita reconhecer o desempenho dos cuidadores no processo de cuidar da pessoa com transtorno mental, constituindo sentimentos ambivalentes que emergem na fala:

*“[...] a família dela não liga pra ela, só tem nosso amor mermo, nosso carinho. Ela vai pra casa da mãe dela, ela faz de conta que minha mãe não é filha dela, [...] os irmão dela fica dizendo que ela precisa ser cuidada aqui em casa e não na casa da mãe dela, que o meu pai pegou ela foi boa e não desse jeito. Eu queria que ela tivesse apoio mais pra cuidar dela [choro]”* (Violeta-da-caatinga).

Estudos têm apontado que a responsabilidade social do cuidado, historicamente atribuído ao gênero feminino, está aos poucos deixando de ser de exclusividade das mulheres, tendo em vista que se encontraram alguns cuidadores homens mais envolvidos afetivamente com o cuidado da família, dos filhos, dos doentes e com o autocuidado (SILVA et al., 2013).

Para eles, o cuidado está na presença, no acompanhar, na preocupação, no zelo, na tolerância, no diálogo, no carinho, no convívio com a família e nas atitudes de fé e religiosidade. Esse cuidado, prestado em situações de doença, manutenção da vida, com possibilidades de risco e vulnerabilidade, ocorre seja em ações como a responsabilidade pelo transporte, higiene, alimentação e cuidados específicos para tratar as doenças, como em atitudes reveladas no acompanhar, aconselhar e estar com o ser cuidado (SILVA et al., 2013).

*“[...] não é porque adoeceu que eu vou abandonar ela não, eu não vou abandonar ela pra pegar outra, enquanto ela tiver comigo, eu fico sofrendo assim, mas eu fico cuidando dela, até que Deus ajude que ela melhore, Deus sabe o que faz”* (Cacto).

*“Se eu ia pro motor de sisal, se eu ganhasse cinquenta reais, eu pegava cinco e o resto era tudo pra ela fazer as feira [...]”* (Crisântemo).

*“[...]então a gente tem que ter a paciência de cuidar também, e quando era boa e quando era doente. Não é só na alegria não, quando a gente casa lá, ele diz tudo né”* (Cacto).

As práticas de cuidado baseiam-se nas experiências vividas pelas pessoas da família ao longo da vida, passadas de geração para geração, ligadas aos costumes, valores, hábitos, sofrendo influências e influenciando o contexto sociocultural a partir da construção de uma rede social.

## CONCLUSÃO

Embora tivessem vivenciando uma situação de sofrimento, as famílias se mobilizaram para dar suporte à pessoa, com isso se reorganizaram e distribuíram as funções para a realização dos modos de cuidado e de suas atividades coletivas. As famílias quilombolas se apresentaram fortalecidas, manifestando muito mais potencialidades do que fragilidades no cuidado realizado por elas.

Para se fortalecer como sistema, voltava-se internamente para atender necessidades individuais de seus membros. Ao mesmo tempo, sentia necessidade de estabelecer interações com as demais pessoas e instituições na comunidade, para cuidar de seu familiar – pessoa com transtorno mental.

Ao vivenciar o transtorno mental, as famílias quilombolas do estudo se defrontaram com situações de sofrimento, procuravam se amparar nos seus valores, crenças e hábitos para cuidar da pessoa doente, para lidar com comportamentos estranhos. A família influenciou e foi influenciada pelas pessoas que integraram sua rede social, isto potencializou o cuidado à pessoa com transtorno mental.

O cuidar existia e se caracterizava como um cuidado bioecológico, porque se utilizava da rede social, ampliando a ocorrência das interações, melhorando os vínculos, e conseqüentemente, potencializando o processo de cuidar à pessoa com transtorno mental naquele momento. Além disso, em situações de doença, tanto a pessoa com transtorno mental quanto a família se amparava nos seus valores, suas crenças e seus hábitos para seguir a vida e superarem as dificuldades impostas pela doença.

Dessa maneira, os cuidados com a alimentação, higiene, vigília e proteção, a medicação, o uso de práticas populares e religiosas e a rede de apoio social se interagem potencializando as novas estratégias (novos modos de cuidar) utilizadas por famílias quilombolas ao familiar com transtorno mental dentro da perspectiva da desinstitucionalização.

Pesquisas com o recorte teórico de saúde mental de pessoas em comunidades quilombolas é extremamente novo e ainda se faz necessário desenvolver novas metodologias de compreensão do tema. Este estudo possibilita novos olhares e perspectivas na área de vulnerabilidade e cuidados de saúde dessa população, assim como a urgência da efetividade de políticas públicas nessa comunidade. Investir em infraestrutura, saneamento, educação e acesso aos serviços de saúde, em especial, ampliar o suporte em saúde mental, pode contribuir para a melhoria nas condições de vida das famílias desta comunidade que convivem dia após dia com o sofrimento mental.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, S. M; BANDEIRA, M; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev . Psiquiatria Clin.** 2007; 34(6):270-7

BEZERRA, V. M.; et al. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013, v. 29, n. 9, p. 1889-1902.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123, 2001. 78p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v. 1, Brasília, 2012.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BORBA, L.O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2008.

BORBA, L. O; PAES, M. R; GUIMARÃES, A. N; LABRONICE, L. M; MAFTUM, M. A. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental . **Rev Esc. Enferm**, USP, 2012; 45 (2): 442-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n2/v45n2a19.pdf>> Acesso em 05 de jan. de 2017.

CECONELLO, A M; KOLLER, S. Inserção Ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia Reflexão e Crítica**. 2003;16(3):515-524.

CHAVES, M. **O cuidado domiciliar no programa de atenção ao paciente crônico grave no hospital**. IPSEMG [dissertação]. Belo Horizonte. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

CONEJO, S. H, COLVERO, L. A. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. **REME Rev Min Enferm**. 2005.

DALMOLIN, B. M; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública (USP)**, 2008, 42(1): p. 49-54. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32380/34587>> Acesso em 01 de set. de 2017.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA Jr., Á. L. (Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p.113-131.

DIAMANTINO, R. **Internar ou cuidar: investigando as dinâmicas familiares no contexto da Reforma Psiquiátrica em Salvador**, 2010. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia UFBA, Salvador, 2010.

DIMENSTEIN, M.; et al. Estratégia de Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

ESTEVAM, M.C.; et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, USP, Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011.

JACCOUD, L. B. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: IPEA; 2002. Disponível em: <http://www.ufgd.edu.br/reitoria/neab/downloads/desigualdades-raciais-no-brasilum-balanco-da-intervencao-governamental2013-jacoudd-beghin> . Acesso em abr. de 2017.

JORGE, M.S.B; PINTO, A.G.A. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In: TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

JOVCHELOVICH, S, BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2002, p. 90-113.

KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, supl 1; p. 5-7, 2007.

PIANI, P. P. F. **Construção de saberes em saúde: o tema da saúde da população negra em documentos oficiais (1996-2005)**. Paper do NAEA, nº 221, UFPA, 2008.

PINTO, L. F.; et al. Introdução. In: BARROS, Nelson Filice de (Org.). **Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde**. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

LINDOSO, D. **A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica**. Maceió: EDUFAL; 2011.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. In: MENARDI, L. C.; ZANGARI, A. 174 (Ed.). **Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y américa latina**, Bolívia: Prohisaba, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A. LOTUFO NETO, F. KOENING, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006.

REINALDO, A. M. S; SANTOS, R. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, 2016.

ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, 2005.

SAMPAIO, R. F; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.

SILVA, M.B.C.; SADIGURSKY, D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 428-434, 2008.

SILVA, S. O; BUDÓ, M. L. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 2, Florianópolis, 2013.

SOUZA, R. C; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Lat Am Enferm.** v. 13, n. 2, p.173-179, 2005.

SPADINI, L.S; SOUZA, M.C.B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n. 1, p. 123-27, 2006.

YASUY S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que foi despertado o desejo em conhecer as famílias da Comunidade Quilombola Lage dos Negros e analisar os seus modos de cuidar da pessoa com transtorno mental, soubemos que estaríamos diante de um grande desafio. Adentrando em dois grandes universos: a saúde mental, com toda a sua complexidade e, a saúde da população negra, especificamente de quilombolas. Realmente não foi fácil. A primeira dificuldade vivenciada foi perceber a escassez de publicações envolvendo a temática, saúde mental de quilombolas. Porém, teríamos que prosseguir, pois a inquietação crescia todos os dias quando acolhíamos novos casos de pessoas com transtorno mental provenientes da comunidade. A segunda dificuldade seria passar um período de três meses em um novo ambiente, até então, poucas vezes visitado.

Um experiência gratificante e única. Durante os meses de abril a junho de 2017, período de imersão na Comunidade Quilombola Lage dos Negros, conhecemos pessoas hospitaleiras, carentes, mas corajosas e destemidas. Acolhidos de modo especial, lembranças que ficarão na memória e que em todo tempo servirão de motivação para sermos pessoas melhores e também, profissionais da saúde.

Ao apresentar as histórias de vida das famílias do estudo, a intensão era: demonstrar as características de cada uma das famílias quilombolas, de acordo com o seu contexto e suas maneiras de realizar o cuidado à pessoa com transtorno mental. Embora tivessem vivenciando uma situação de sofrimento, as famílias se mobilizaram para dar suporte à pessoa, com isso se reorganizaram e distribuíram as funções para a realização dos modos de cuidado e de suas atividades coletivas.

Elas possuem concepções variadas de cuidar que resultam na eleição de estratégias de enfrentamento e busca de recursos bastante diversificadas. Os itinerários percorridos pelos familiares na busca da cura e do tratamento para o sofrimento mental são diversificados e abrangem recursos médico-institucionais, socioculturais, sociocomunitários, rede de apoio social e familiar, porém a abordagem ainda é focalizada na doença, priorizando as intervenções na crise e o tratamento medicamentoso.

As famílias quilombolas cuidaram a partir de valores, crenças e hábitos que foram construídos a partir das interações entre as pessoas da família e de outras, como amigos, vizinhos e pessoas da comunidade. Os cuidados com a alimentação, higiene, vigília e proteção, a medicação, o uso de práticas populares e religiosas e a rede de apoio social se interagem potencializando as estratégias de cuidado.

Os modos de cuidar e seus itinerários terapêuticos se expressaram a partir de dois momentos diferenciados, um primeiro centrado em movimentos em busca do diagnóstico e da cura (peregrinação por instituições e espaços informais de cuidado), e um segundo momento, após alguns anos da história do sofrimento (restrição ao CAPS e/ou hospital psiquiátrico como espaço de cuidado).

Portanto, é relevante que a Enfermagem considere o contexto dos modos de cuidado, devido ao vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem ao longo do tempo para realizar o cuidado. Assim, as crenças, os hábitos e os valores são transmitidos na unidade familiar, entre as diferentes gerações, envolvendo não somente a transmissão de conhecimento, mas também características sociais no contexto quilombola. Todo conhecimento faz parte do cotidiano das famílias quilombolas estudadas, que possuem o desejo de preservar a interação com pessoas, objetos, símbolos e o contexto para cuidar de seus membros que sofrem mentalmente.

Por fim, espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar avanços no campo da saúde mental, especificamente na saúde integral da população negra, visando a melhoria da qualidade de vida dos grupos remanescentes de quilombo. Faz-se necessário que as equipes, no trabalho em saúde mental, compreendam os saberes e os modos de cuidado realizados pelas famílias quilombolas em suas circunstâncias de vida.

## REFERÊNCIAS

- ACAD, C.R.J. et al. Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares. **Colombia Médica**, v. 42, supl. 1, p. 63-69, 2011.
- AIRES, M, ROOS, C. M; GONÇALVES, A.V.F; SCHNEIDER, J. F; OLSCHOWSKY, A. **Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2010, set; 31(3): 567-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a23.pdf>> Acesso em 10 de dez. de 2017.
- ALMEIDA, A. W. B. Quilombo: Sematologia face às novas identidades. In: **Frechal: terra de preto, quilombo reconhecido como reserva extrativista**. São Luís: SMDDH/CCN-PVN, 1996.
- ALMEIDA, M. Z. **Plantas Medicinais**. 3 ed. Salvador: EDUFBA, 2011. 221p.
- ALVES, F.; BÄCKSTRÖM, B. Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efectuados junto de duas populações residentes em Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 543-557, 2012.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.
- BACKES, D. S. et al. **Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 71-78, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROSO, S.M, MELO, A.P.S, GUIMARÃES, M.D.C. **Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados**. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(4):256–63. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/04.pdf>> Acesso em 05 de jan. de 2017.
- BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009.
- BASTOS, A. C; TRAD. L. A. **A família enquanto Contexto de Desenvolvimento Humano: implicações para a investigação em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, p. 106-115, 1998.
- BASTOS, A.C.S. **Modos de Partilhar: a criança e o cotidiano da família**. Taubaté. Cabral Editora Universitária, 2001.

BELLATO, R et. al. **O cuidado familiar na situação crônica do adoecimento**. CIAIQ, v. 1, 2015. Disponível em <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/92>> Acesso em 10 de set. de 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

BORBA, L. O; PAES, M. R; GUIMARÃES, A. N; LABRONICE, L. M; MAFTUM, M. A. **A Família e o Portador de Transtorno Mental: dinâmica e sua relação familiar**. Rev Esc. Enferm, USP, 2011; 45 (2): 442-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>> Acesso em 05 de jan. de 2017.

BRASIL, **Certidões atualizadas**. Fundação Cultural Palmares, maio/2016. Disponível em: <[http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=88](http://www.palmares.gov.br/?page_id=88)> Acesso em 01 de set. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 06 de set. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. 86 p. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)> Acesso em 08 de mar. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_saude_integral_populacao)> Acesso em 16 de dez. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Relatório de avaliação do plano plurianual 2008–2011**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial; 2009. Disponível em <<http://www.portaldaigualdade.gov.br/publicacoes/cadernosetorial.pdf>> Acesso em 25 de jan. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123, 2001. 78p.

BRASIL, **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**: Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. Brasília, 2012.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U; CECI, S. J. Nature - nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, 101(4), 566-586, 1994.

BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, 2011.

BUDÓ, M. L. D; RESTA, D. G; DENARDIN, J. M; RESSE; L. B.; BORGES, Z.N. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* v. 12, n. 1, p. 90-96, mar., 2008. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715312014.pdf>> Acesso em 12 de jan. de 2017.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, 2010, v. 39, n. 1, p. 48-55.

CARREIRA, L; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CARVALHO, M. B et. al. **Psiquiatria para a Enfermagem**. São Paulo: Riddel, 2012.

CHAMON, E. M. **Formação e (re) construção identitária: estudo das memórias de professores do ensino básico inscritos em um programa de formação continuada**. Tese (PhD), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP, 2003.

COLLIÈRE MF. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CONEJO, S. H, COLVERO, L. A. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. **REME Rev Min Enferm.** 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

DALMOLIN, B. M; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública (USP)**, 2008, 42(1): p. 49-54. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32380/34587>> Acesso em 11 de ago. de 2017.

DAMAZIO, S. M.; et al. Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, 2013, v. 55, n. 3, p. 179-183.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teoria e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESCHAMPS. M. **Vulnerabilidade Socioambiental na Região Metropolitana de Curitiba**. Tese de Doutorado do Programa de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento da UFPR. Curitiba. 2004.

DESSEN, M. A. Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. **Temas em Psicologia**, 1997, v. 3, p. 51-61.

DESSEN, M.A. Construindo uma ciência do desenvolvimento humano: passado, presente e futuro. In: Dessen MA, Costa Jr AL, organizadores. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 264-78.

DESSEN, M. A; GUEDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 2005, vol.15, n.30, p.11-20. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2005000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000100004)> Acesso em 05 de ago. de 2017.

DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. Em M. A. Dessen & A. L. Costa Jr. (Orgs.), **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, p. 113-131, 2005.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DESSEN, M. A; POLONIA, A. C. **A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano**. *Paidéia*, 2007, 17(36), 21-32. Disponível em <<http://www.scielo.br/paideia>> Acesso em 13 de ago. de 2017.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (orgs). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): p. 129-138, 2009.

FRANÇA, M; QUEIROZ, S; BEZERRA, W. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**. 2011 Set-Out; 13(5):937-943. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf>> Acesso em 17 de mar. de 2017.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**, 2014. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>. Acesso em 17 de mar. de 2017.

GERHARDT, T.E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 713-726, 2003.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, S. E; KANTORSKI, L. P; HECK, R. M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do Programa de Saúde da Família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, 2003, 5(2): p. 93-102. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8089/5708>> Acesso em 15 de set. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2007. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em 12 de nov. de 2016.

IRIART, M. F. S; LARANJEIRA, D. H. P. Violência, Família e Escola: uma abordagem bioecológica. In: CARVALHO, R. C et. al. **Inclusão social em tempos de violência: o lugar da escola e da família**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016, 226p.

JESUS, V. et al. Influência familiar no uso de práticas populares no cuidado à saúde da criança. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

JORGE, M. S. B et. al., Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, 2008, 42(1), p. 135-142. Disponível em < [www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41716](http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41716)> Acesso em 02 de set. de 2017.

JORGE. M. S; PINTO. A. G. A. Adoecimento Mental e a Família: representações e subjetividades. In: TRAD. L. A. B. **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 380p.

KOLLER, S. H (Org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KREPNNER, K. Development in a developing context: Rethinking the family's role for the children's development. Em L. T. Winegar & J. Valsiner (Orgs.), **Children's development within social context**. p. 161-180, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1992.

KREPPNER, K. The child and the family: Interdependence in developmental pathways. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.16, p.11-22, 2000.

KREPPNER, K. Social relations and affective development in the first two years in family contexts. Em J. Valsiner & K. J. Connolly (Orgs.), **Handbook of developmental psychology**. p. 194-214, Londres: Sage. 2003.

LACERDA, R et. al. Fatores que interferem nas disparidades raciais em saúde: impacto de trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde. **Rev da ABPN**, 2012, jul/out; v. 4, n. 8, p. 97-113.

LINDOSO, D. **A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica**. Maceió: EDUFAL; 2011.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra do Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília, DF. FUNASA: 2005.

MACIAZEKI-GOMES, R. C et al. Agentes comunitários de saúde: trabalho real x trabalho ideal. In: **Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde**. Santa Maria, 2012, p. 370-381.

MANFRINI, G. C. **O cuidado às famílias rurais, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família**. 2005. 238 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102846/226005.pdf?sequence=1>> Acesso em 05 de jan. de 2016.

MÂNGIA, E.F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p. 61-71, 2008.

MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili, 2006. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, 2006.

MELLO, E. F; TEIXEIRA, A. C. A interação social descrita por Vigotski e a sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias de rede. **Anais do XXII SBIE - XVII WIE**, 2012. Disponível em <<http://www.br-ie.org/pub/index.php/wie/article/view/1988/1747>> Acesso em 08 de set. de 2017.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, A. C **O cuidado à criança quilombola no domicílio à luz da teoria transcultural de Leininger**. Salvador: Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013. Disponível em <[https://repositorio.ufba.br/.../Tese\\_Enf\\_Aisiane%20Cedraz%20Morais.pdf](https://repositorio.ufba.br/.../Tese_Enf_Aisiane%20Cedraz%20Morais.pdf)> Acesso em 10 de mar. de 2016.

MORAIS, A. C; CAMARGO, C. L. **O cuidado às crianças quilombolas no domicílio: um estudo transcultural**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2017.

MOURA, Maria de Jesus. **A produção de sentidos sobre violência racial no atendimento psicológico a mulheres que denunciam violência de gênero**. Recife, 2009. Dissertação



- (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em <[http://www.nutes.ufpe.br/indu/pluginfile.php/20902/mod\\_r](http://www.nutes.ufpe.br/indu/pluginfile.php/20902/mod_r)> Acesso em 26 de ago. de 2016.
- MUYLAERT, C. J et. al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm, USP**, 2014; 48(Esp2), p.193-199. Disponível em <[www.ee.usp.br/re USP](http://www.ee.usp.br/re USP)> Acesso em 04 de ago. de 2017.
- NAVARINI, V; HIRDES, A. A Família do Portador de Transtorno Mental: Identificando Recursos Adaptativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, out-dez; 17(4): 680-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>> Acesso em 10 de dez. de 2016.
- NUNES, A.B. et al. A Clínica Psicossocial da Psicose: Aprendizagem, Cuidado Intensificado e Reinserção Social. **In-tensa. Ex-tensa**, Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia, v. 1, n. 1, p. 97-105, 2007.
- NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de CAPS, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, Supl. 1, p. 101-108, 2009.
- OLIVEIRA. A. M. N. **Os sentimentos da família frente à facticidade da doença mental.** Família, Saúde e Desenvolvimento, 2001, 3(2): p. 71-82. Disponível em <[revistas.ufpr.br/refased/article/view/5042](http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/5042)> Acesso em 01 de set. de 2016.
- OLIVEIRA, S. A. **Prevenção em Saúde Mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área.** 2012. 134 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- PRADO, R. A et al. O Quotidiano e o Imaginário no Processo Saúde-Doença para as Famílias Quilombolas. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 4, out. 2013. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?>>. Acessos em 20 de jan. de 2017.
- RANDEMARK, N. F; BARROS, S. A Experiência de Famílias sobre o Cuidado Terapêutico de Pessoas com Transtorno Mental nas Instituições Psiquiátricas. **REME-Rev. Min. Enf.**; 11(1); 11-18, jan/mar, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0102>> Acesso em 10 de dez. de 2017.
- RIBAS, D. L; BORENSTEIN, M. S; PADILHA, M. I. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um Caps em Florianópolis. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2007, 16(1): p. 40-46, 2007. Disponível em <[www.redalyc.org/pdf/714/71416105.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/714/71416105.pdf)> Acesso em 12 de set. de 2016.
- RODRIGUES, A.C. D; NEVES, H; ALVES, M; PEREIRA, S. M; MORAIS, S. Genograma: representação gráfica da vida familiar. Portal do Psicólogo. 1-22 p. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em 10 de jan. de 2016.
- ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, 2005, 11(18): p. 205-218. Disponível em <[www.pucmg.br/.../DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20060915161333.pdf](http://www.pucmg.br/.../DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf)> Acesso em 05 de set. de 2016.

SANTOS, A; DOULA, S. Políticas públicas e quilombolas: questões para debate e desafios à prática extensionista. **Revista Extensão Rural**, DEAER/PGEExR – CCR – UFSM, Ano XV, nº 16, Jul – Dez de 2008. Disponível em <<http://w3.ufsm.br/extensaorural/art3ed16.pdf>> Acesso em 10 de jan. de 2017.

SAMPAIO, L. F. R; LIMA. P. G. A. **Apoio ao Programa de Saúde da Família**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. 75 p. Disponível em <[http://files.bvs.br/upload/M/2002/Sampaio\\_Apoio\\_Programa.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2002/Sampaio_Apoio_Programa.pdf)> Acesso em 17 de mar. de 2017.

SANTOS, I. J; ALMEIDA, M. G. A. As representações sociais dos quilombolas sobre a extensão rural na Comunidade Remanescente de Quilombo Lage dos Negros em Campo Formoso - BA. **Revista de Extensão e Estudos Rurais**, 2014. v.3, n.1, p. 155-189.

SANTOS, D. L. **NAS ENCRUZILHADAS DA CURA: Crenças, saberes e diferentes práticas curativas Santo Antônio de Jesus – Recôncavo Sul – Bahia (1940-1980)**. Dissertação (mestrado) – UFBA / Faculdade de Filosofia de Ciências Humanas da UFBA. Salvador: UFBA, 2005, 231p.

SCHRANK, G, OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(1):127-34. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>> Acesso em 02 de fev. de 2016.

SHEEHY, Noel; **50 Grandes Psicólogos: suas idéias suas influências**: São Paulo, Editora Contexto, 2006.

SCHMITT, A; TURATTI, M; CARVALHO, M. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambient Soc**. 2002;(10):1-10.

SHAFE, S., et al. Co-morbidity of alcohol Dependence and Select Affective and Anxiety Disorders among individuals of East Indian and African Ancestry in Trinidad and Tobago. **The West Indian medical journal**, v. 58, n. 2, 2009, p. 164-172.

SILVA, Maria Lúcia. **Racismo e os efeitos na saúde mental**. I Seminário Saúde da população Negra. 2004. Disponível em <[http://www.nutes.ufpe.br/indu/pluginfile.php/20902/mod\\_r](http://www.nutes.ufpe.br/indu/pluginfile.php/20902/mod_r)> Acesso em 26 de ago. de 2016.

SILVA, M.R.S. et al. Processos que sustentam a resiliência familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 92-99, 2009.

SILVA, M.B.C.; SADIGURSKY, D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 428-434, 2008.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R.. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, 2012, p. 175-185.

SIQUEIRA, S.M.C. **Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola**. Salvador, 2014. 236 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Disponível em <[https://repositorio.ufba.br/.../Dissertacao\\_Enf\\_%20Samylla%20Maira%20c](https://repositorio.ufba.br/.../Dissertacao_Enf_%20Samylla%20Maira%20c)>  
Acesso em 10 de mar. de 2016.

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-179, 2005.

SPADINI, L. S; SOUZA. M. C. B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2006, 40(1): p. 123-127. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf)> Acesso em 16 de set. de 2016.

TRAD, L. A. B. **Família Contemporânea e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 380p.

TUDGE, Jonathan. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? In: MOREIRA, L; CARVALHO, A. M. A. **Família e Educação: olhares da psicologia**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 209-231.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39. n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em 20 de dez. de 2016.

VENTURIELLO, M.P. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1063-1083, 2012.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006.

VIANNA, P. C. M; BARROS, S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2004, 8(1): p. 165-252. Disponível em <[www.reme.org.br/artigo/detalhes/757](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/757)> Acesso em 01 de set. de 2017.

VICHI, C; TOURINHO, E. Z. Consequências culturais x consequências comportamentais na literatura experimental de pequenos grupos. **Acta Comportamental**, 2011, V. 20, N. 2 p. 201-215. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-81452012000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452012000200006)> Acesso em 11 de set. de 2017.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAIMAN, M. A. P, ELSEIN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n. 3, p. 341-349, 2005.

WAIMAN, M. A. P; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Família. Saúde e Desenvolvimento**, 2001, 3(2): p. 154-162.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis – RJ: Editora Vozes, 2006. Disponível em <<http://www.books.google.com>> Acesso em 12 de set. de 2017.

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

XAVIER, E. C. A Visão da Feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos. In: **Saúde da População Negra.** Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

ZILLMER, J. G. V. **Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível em <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp115878.pdf>> Acesso em 12 de nov. de 2017.

ZILLMER, J. G. V et. al. Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e Inserção Ecológica: Uma metodologia para investigar famílias rurais. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2011. Out-Dez, 20(4): 669-74. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/04.pdf>> Acesso em 17 de mar. de 2017.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Roteiro de Observação



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS DEPARTAMENTO DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Seguintes aspectos a serem observados:

- **Pessoa** (Características das pessoas das famílias estudadas);
- **Processo** (Forma como cada família significa suas experiências relacionadas à doença mental);
- **Contexto** (Ambientes em que as pessoas da família vivem e transitam, como o domicílio, a vizinhança, a igreja, a comunidade, os serviços de saúde e profissionais de saúde; valores, crenças e hábitos);
- **Tempo** (História e as rotinas das famílias).

**APÊNDICE B – Diário de Campo****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM****Data da observação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Início da observação:** \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min**Término da observação:** \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min**Local:** \_\_\_\_\_**Situação observada:** \_\_\_\_\_**Família observada:** \_\_\_\_\_**Anotações de Campo:****Reflexões:**

## APÊNDICE C – Roteiro de dados sóciodemográficos e entrevista para o familiar



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

### ROTEIRO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_  
 Cor \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_  
 Renda Familiar \_\_\_\_\_ Número de filhos \_\_\_\_\_  
 Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
 Número de moradores no domicílio \_\_\_\_\_

### FAMÍLIA E ADOECIMENTO MENTAL

- Conte-me o que você lembra sobre a história da doença mental de seu familiar, desde o surgimento até os dias de hoje.
- Relate como você cuida do seu familiar com transtorno mental.
- Fale como é cuidar de um familiar com transtorno mental na comunidade quilombola de Lage dos Negros.

#### PASSADO:

- Como a família era antes do adoecimento mental do seu familiar?

#### PRESENTE:

- A doença mental afeta sua família? Como? Ocorreram mudanças? Como foram se ajustando? Como vocês estão se organizando para o cuidar hoje? - Como a família está se relacionando com os serviços de saúde, saúde mental e demais redes de apoio social? Quem faz parte da rede de cuidados e como cada um atua?

#### FUTURO:

- Quais as expectativas e sentimentos de sua família para o futuro? (Projetos, desejos e aspirações para a pessoa e a família) - Haveria alguma coisa que mudaria nos modos de cuidar do seu familiar? - Quais as expectativas de sua família em relação aos serviços de saúde, saúde mental e demais redes de apoio social?



## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**TÍTULO DO PROJETO:** Modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por meio deste termo convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**Modos de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano de famílias quilombolas**” que tem por objetivo analisar o processo de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas. O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem da mestranda Priscila Lima de Oliveira, que tem como orientadora a professora Doutora Rosely Cabral de Carvalho. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino. Conforme a determinação da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que refere aos aspectos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo será desenvolvido apenas com pessoas que voluntariamente desejem participar. Participarão do estudo homens e mulheres, que tenham idade igual ou superior a 18 anos. Caso concorde, você será convidado a participar de uma entrevista realizada no seu domicílio, com data e horário pré-agendado, na qual você responderá livremente as questões feitas pela pesquisadora. A entrevista será gravada com um aparelho gravador digital mediante sua autorização, e ao final você poderá ouvir o áudio e caso deseje acrescentar ou retirar algo será realizada sua vontade. Após esta etapa o conteúdo das entrevistas será transcrito e analisado. Todo o material será guardado pelas pesquisadoras, durante um período de cinco anos, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência, após esse tempo será destruído. **Riscos e desconfortos desta pesquisa:** o possível risco a que os participantes estão expostos é o de constrangimento em falar sobre suas vidas e cotidiano de suas famílias. Porém; estes riscos serão minimizados levando em consideração os princípios éticos e apoio psicológico caso seja necessário para intervir em possíveis incômodos ou desconfortos que venham a surgir no momento, sendo interrompida a atividade coletiva ou entrevista, com possibilidade de novo agendamento ou cancelamento de sua participação. Os entrevistados poderão desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades, constrangimentos ou prejuízos. Por isso, ao sentir-se desconfortável, o (a) senhor (a) terá a liberdade de encerrar a entrevista sem prejuízo ao seu tratamento. Seu nome não irá aparecer em nenhum momento do estudo, será usado um codinome, para representa-lo(a). **Benefícios:** as informações que nos dará, poderão ajudar a uma melhor assistência de enfermagem para famílias e pessoas em sofrimento psíquico em comunidades quilombolas. Os resultados desse estudo serão usados para a publicação de uma dissertação de mestrado e artigos científicos. Os mesmos serão apresentados para a Rede de Atenção Psicossocial do município e para os participantes da pesquisa. **Despesas e Indenizações:** Não haverá qualquer custo para o(a) senhor(a) e sua família por estar participando deste trabalho. As pesquisadoras não recebem nenhum pagamento para realizar este estudo, assim como você também não receberá benefícios financeiros para participar. As despesas com essa pesquisa estão a cargo da autora, que recebe apoio da Universidade Estadual de Feira de Santana. Será garantida indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa. Após leitura deste termo, caso você aceite participar assine as duas cópias deste documento, sendo que uma via ficará sob sua guarda e a outra com as pesquisadoras deste estudo. Qualquer dúvida procure entrar em contato com Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência, localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana, ou no endereço: Av. Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, módulo VI sala MT 63, CEP: 44036900. Dúvidas adicionais sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS), através do fone: (75) 3161-8067 ou e-mail: cep@uefs.br.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Profª. Drª. Rosely Cabral de Carvalho  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Priscila Lima de Oliveira  
Mestranda

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## APÊNDICE E – Declaração de Apoio Psicológico



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

### Declaração de Apoio Psicológico

À Priscila Lima de Oliveira.

Prezada Senhora,

Eu, Leilane Gabriela de Souza Bonfim, psicóloga, CRP-BA nº 03/7727, declaro para os devidos fins que me disponibilizo a acompanhar a pesquisa intitulada “**MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANTORNO MENTAL NO COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS**”, assim como a prestar assistência psicológica aos participantes do estudo, caso seja necessário.

Feira de Santana, 02 de novembro de 2017.

---

**Leilane Gabriela de Souza Bonfim**  
**Psicóloga CRP-BA 03/7727**

**APÊNDICE F – Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27-4-1976**  
**Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19-12-1986**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM (MESPEnf)**  
**Fone: (75) 3161-8161**  
**E-mail: mpeuefs@gmail.com**

**Feira de Santana, 12 de novembro de 2016.**

**Para: Sr. Aleksandro Medeiros Soares**  
**Secretário Municipal de Saúde de Campo Formoso.**

Ilustríssimo Senhor,

Vimos por meio deste, solicitar de V.S.<sup>a</sup> autorização para realização da Pesquisa intitulada “**MODOS DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO COTIDIANO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS**”, que tem como objetivo geral **Analisar** o processo de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas, na comunidade de Lage dos Negros, Campo Formoso-Ba e, como objetivos específicos: **Apreender** o significado dos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas; **identificar** os fatores que interferem no cuidado da pessoa com transtorno mental em famílias quilombolas e **descrever** a rede de apoio social das famílias para cuidar da pessoa com transtorno mental. Nesta oportunidade, apresentamos a **Enfermeira Priscila Lima de Oliveira**, pesquisadora responsável desta pesquisa, pertencente ao corpo discente do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer dúvidas, ao tempo em que agradecemos a parceria e acolhimento e renovamos nossos laços de cordialidade.

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosely Cabral de Carvalho**  
**Pesquisadora/Orientadora**

## APÊNDICE G – Transcrições das entrevistas/categorias elencadas aos elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

As transcrições das entrevistas seguem as categorias elencadas e análogas aos elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Estas categorias, para obedecerem aos princípios bioecológicos, serão relacionadas teoricamente entre si e com a natureza do desenvolvimento humano. Nesta perspectiva, a apresentação das categorias baseia-se nas inter-relações e suas influências recíprocas.

### CASO 1 - FAMÍLIA NUCLEAR (AROEIRA)

COMPONENTES (Modelo Bioecológico)	UNIDADES DE SENTIDOS	FALAS (Transcrições das entrevistas)
PESSOA	Características pessoais	<p><i>“[...] ela me ajudava muito trabaiaando, trabaiaava, me ajudava demais”.</i></p> <p><i>“[...] ela não era assim não, era uma muié bonita, forte assim [...]”.</i></p> <p><i>“[...] é sossegada, não tem dois tempo não.</i></p> <p><i>“[...] ela não é uma muié doida, ela é assim, uma menina doente assim, mas não é assim que nem eu vejo os outro aí não, que se parar de tomar os remédio aí pronto [...]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p>
	Características da doença	<p><i>“De uns dias pra cá ela mudou muito, ela não conversava desse jeito sozinha, e agora tá conversando sozinha, que ela não falava e agora fala, pra mim mudou um bocado de coisa assim. Antes eu não via e agora eu vejo.”</i></p> <p><i>“[...] toma os remédio aí é bom demais, toma os remédio certinho e dorme, aí quando não toma fica assim [...]”.</i></p> <p><i>“[...] ela fica chorando e tal, nem tem como o cara ficar assim sossegado”.</i></p>

		<p>“[...] dizer que é fácil, não é não, e o problema é sério [...]”.</p> <p><b>Cacto</b></p>
	<p>Ciclo de vida (Curso da vida e relações interpessoais)</p>	<p>“Meu sofrimento, nem ele, nem outro quer cuidar de, nem família minha, nem irmã minha, nem ele mermo, ninguém quer encostar junto de mim, em casa eu fecho as porta, e fico sofrendo, e só os grito, e ninguém quer encostar perto de mim”.</p> <p><b>Boa-noite</b></p> <p>“[...] a família dela não liga pra ela, só tem nosso amor mermo, nosso carinho. Ela vai pra casa da mãe dela, ela faz de conta que minha mãe não é filha dela, [...] os irmão dela fica dizendo que ela precisa ser cuidada aqui em casa e não na casa da mãe dela, que o meu pai pegou ela foi boa e não desse jeito. Eu queria que ela tivesse apoio mais pra cuidar dela [choro]”.</p> <p><b>Violeta-da-caatinga</b></p> <p>“Eu quero que ela me ame, pra cuidar de nós e trabalhar na roça, caçar um trabalho, ela quer que tire isso dela, ajudar ela, e só [choro]”. <b>Helicônia</b></p> <p>“Então aquela coisa, quando você é namorado que dá sua palavra, fica aquela coisa né, se você garantir mermo, tem que cumprir até o dia que Deus quiser. Porque assim, eu dei minha palavra a ela, e tô com isso na cabeça, quando eu peguei ela boa [...]”.</p> <p><b>Cacto</b></p>
	<p>Recursos / Limitações da pessoa e da família</p>	<p>“[...] hoje tem a dificuldade, eu vou pra roça mermo é só, na roça mermo tem tanta coisinha de muié pegar, andu pra pegar, tanta coisa lá tem, mas cadê, a pessoa desse jeito num tem como. Quando ela era boa, ela trabaivava, a dificuldade era menor, agora é sozinho mermo, seja o que Deus quiser”.</p> <p><b>Cacto</b></p>

		<p>“[...] quando ela tá atacada mermo, que tá chorando, por exemplo, que eu tenho um clubinho aqui de lado, que é meu, aí ela tá atacada assim, aí é ruim, [...] eu fico tipo pensativo [...] porque meu negócio é vender, ia tá lá mais sossegado, cuidando dos cliente de boa [...]”.</p> <p><b>Cacto</b></p> <p>“[...] se ela tivesse tomando os remédio certinho não tava assim não, também não ficava conversando besteira não”.</p> <p><b>Cacto</b></p> <p>“[...]tem noite que não dorme [...]”.</p> <p>“Ela participava das atividades do CAPS, mas agora não quer ir, diz ah não vou, aí levar forçado não tem como, mas ela tem que entender que tem que fazer as coisa certinha”.</p> <p><b>Cacto</b></p> <p>“Isso aqui tudo é deles, tem essa casa, tem essa outra, tem a roça, é tudo deles, dos meu filhos, que a gente trabalha pra isso né, os pai trabalha pros filhos, a gente nunca pode dizer que é da gente, é dos filhos”.</p> <p><b>Cacto</b></p> <p>“Se eu tenho uma conta pra pagar, não pago por conta desses espírito ruim que bagunça. É inveja, é sofrimento, é presiguição, é bagunça, bagunça de todo jeito [...]”.</p> <p><b>Boa-noite</b></p> <p>“Meu sonho é parar de sofrimento, parar de tanto sofrer”.</p> <p><b>Boa-noite</b></p>
<p><b>PROCESSO</b></p>	<p>Modos de cuidar da família</p> <p>(Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental)</p>	<p>“Ah, minha forma é assim, uma forma muito calma. Que a pessoa tem que ter calma mermo né [...] você sabe que quem luta pode querer se alterar, mas na merma hora, se abaixa, que tem que cuidar, que não tem jeito, que se não cuidar é mais pior [...]”.</p> <p>“O cuidado é esse mermo, cuidar com calma”.</p> <p><b>Cacto</b></p>

		<p><i>“[...]tem que manter a comida certa, o banho ela toma, não carece eu dar nela, já as outras parte de casa as menina já cuida, assim eu sei que de qualquer maneira a gente cuida. Aí tem que ter o carinho também [risos]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“[...]então a gente tem que ter a paciência de cuidar também, e quando era boa e quando era doente. Não é só na alegria não, quando a gente casa lá, ele diz tudo né.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“A paciência que eu tenho com essa muié aqui, só se nascesse outro aí pra cuidar, que é difícil [...]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“[...]chegou a hora de tomar o remédio, tudo bem, aí ela não quer tomar, aí é aquela coisa, eu não vou forçar ela beber, se ela não quiser beber aí tudo bem, ela não vai beber forçada, é aquela coisa, quando ela diz vou beber, aí tudo bem, por boa vontade dela, se for forçar ela beber aí se torna um problema difícil. Eu não forço ela a beber não”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“Vontade de cuidar eu tenho demais. Ela que fica dando trabalho sem querer ir pros lugar, quando é pra ir pra Campo Formoso não quer ir de jeito nenhum, coisa é pra ir pro CAPS, no doutor não quer ir, faço a boa vontade de todo jeito pra ir, mas forçado não tem como”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“[...] agradar ela em tudo, não xingar ela, não ficar agredindo ela, não falar mal dela [...] ter carinho, amizade, alegria [...]”.</i></p> <p><b>Helicônia</b></p>
<b>CONTEXTO</b>	Qualidade relacional da família  (domicílio, cuidado	<i>“[...] Aí já tem ela que já cuida dos outro, eles mermo já sabe se cuidar, eles mermo já são tudo grande, se precisar caçar uma roupa pra um, o mais menorzinho tudo bem,</i>

	<p>entre familiares, cuidado à pessoa com transtorno mental)</p>	<p><i>mas ele mermo sabe tomar o banhozinho dele [...]”.</i></p> <p><i>“[...]ela ajeita uma cama, quando tá com coragem lava um pano, lava uma roupa, lava um prato, deita lá, se enrola, aí quando passa dali e cria outra coragem, aí já vai, já barre uma casa [...]”.</i></p> <p><i>“[...] não é porque adoeceu que eu vou abandonar ela não, eu não vou abandonar ela pra pegar outra, enquanto ela tiver comigo, eu fico sofrendo assim, mas eu fico cuidando dela, até que Deus ajude que ela melhore, Deus sabe o que faz”.</i></p> <p><i>“[...] eu trabalho encima disso, assim ajuntar qualquer coisa pro futuro, quando um adoecer, a pessoa pegar aqui e dizer vamo cuidar”.</i></p> <p><i>“[...] todo mundo ver aí, se disser assim rapaz vai precisar de testemunha pra dizer o que esse cara aí é, todo mundo lhe fala, muitos diz assim, rapaz se fosse eu não tinha a paciência que tu tem não. Eu tenho paciência porque quando eu peguei ela, ela não era assim [...]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p>
	<p>Amigos Vizinhança          Família estendida          Pessoas da comunidade          Serviços de Saúde          Redes de apoio</p>	<p><i>“[...]cumpadre vem aí, tem vez que é obrigado dar o remédio dela [...]”.</i></p> <p><i>“[...] A gente conheceu o CAPS através do cumpadre, agente de saúde, aí passaram ela pro CAPS, é tanto que o auxílio dela foi pelo CAPS, foi o Dr. que ajudou ela bastante [...]”.</i></p> <p><i>“[...] Oh, no CAPS a gente recebe apoio demais, tem aquelas menina lá mermo, as suas colega lá [...] quando precisa levar pro CAPS lá a gente leva, eles fazem o impossível pra atender [...]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“[...] Quando tem reunião no CAPS eu vou, cumpadre me avisa e eu vou, ele diz, o pessoal do CAPS vem aqui, ai eu vou. Mas lá eu vou pra pegar um remédio, levar ela</i></p>



		<p><i>pra fazer uma consulta [...]”.</i></p> <p><i>“[...] Quando precisa levar no posto lá é atendido bem, não tem esse negócio não de dizer que não é atendido [...]”.</i></p> <p><i>“É, aqui na comunidade graças a Deus, eu só tenho a dizer que quando a gente precisa aqui todo mundo é junto, não tem esse negócio de dizer assim, fulano é isso, fulano é aquilo não. A comunidade é assim, quando você tem qualquer coisa grave, aí um chega e diz, vai precisar tirar pra Campo Formoso? Aí um chega e dá uma opinião, aí outro diz não tem que tirar logo, vai precisar tirar ou não? Outro vem e diz faz assim, faz assim”.</i></p> <p><i>“[...] e quando eu cheguei aqui em casa, tava a casa cheia de gente, ela caiu aqui, aí cheguei ela tava aí sem fala, já tinha uma pessoa cuidando aí, aquele velhinho lá, rezador, tava cuidando dela, aí desde daí pra cá ela ficou assim [...] dizendo ele que era essa doença assim, que a pessoa fica se batendo, aí ele rezou né, aí acalmou de boa, mas foi indo, foi indo aí apresentou esses negócio aí até hoje [...]”.</i></p> <p><i>“A igreja de vez em quando a gente vai na de lá de baixo, na católica, uma missa, a gente vai, quando tem qualquer coisa assim lá, tipo uma palestra, eu tô lá no meio”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p>
	Sistemas de Saúde	<p><i>“[...] Quero levar num homem que tem pra riba aí, é em Irecê, aí ele falou que ela nasceu pra cuidar dos outro também, agora falta fazer a revisão [...]”.</i></p> <p><i>“[...] o CAPS, Ave Maria é bom demais. O CAPS tem me ajudado demais. Se não fosse o CAPS, de qualquer maneira, do jeito que ela é aí, era mais pior [...]”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p>
	Valores / Crenças / Hábitos da família	<p><i>“[...] esses espirito aí bagunça a vida de todo mundo, esses espirito aí ói. Feitiço, comeu meu corpo todo por dentro, nem sai de riba de mim, nem deixa eu morrer, e nem</i></p>

	<p>quilombola sobre os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental.</p>	<p><i>endireita meu corpo”.</i></p> <p><b>Boa-noite</b></p> <p><i>“Foi uma coisa que abaixou em riba da casa, mas ninguém sabe o que foi, foi coisa mandada, foi que jogaram pra mim, que mandaram pra mim [...] Pra todo lugar que eu vou é atrás de mim. É gente de todo tipo aí acompanhando atrás de mim”.</i></p> <p><b>Boa-noite</b></p> <p><i>“Espírito morto, é gente morto. Não sai de riba da casa não, é a noite toda, o dia e a noite toda, é gente morto de todo jeito, [...] o povo do cemitério tá todo em riba dessa casa, em riba de mim, do meu corpo, já tô que não guento, um sofrimento, é eu deitada na cama, a cama, o quarto chega treme, treme toda a cama. Treme minha cabeça, minha boca, só falta arrancar meu pescoço, treme a cama toda. Esses espírito veio me tirou de junto dele, não quer que eu use homem, mas ó quem tá me usando, gente morta”.</i></p> <p><b>Boa-noite</b></p> <p><i>“[...] o povo fala que ela tem um problema também, negócio assim de coisa de caboclo, essas coisa aí. Acho que é mais por isso que faz ela sofrer assim. E eu já tenho lutado pra levar ela, já levei uma vez lá, e ficou pra levar de novo, falou que tirava né, se tirá, disse que ela fica boa, é um negócio que fica judiando dela, acho que você entende né, [...] que ele falou lá que ela nasceu pra cuidar dos outro também, entendeu, nasceu pra cuidar dos outro, mas só que é assim, só que ela não tá criando, não tá criando que ela pode cuidar de alguém entendeu, negócio tá aí que tem que comprar os santo pra ela cuidar direitinho, fazer as coisa tudo certinho, aí quando ela passar a fazer isso aí tudo certinho, então a vida dela vai renovar e vai mudar”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“Eu espero de Deus isso aí, e eles também espera isso aí, de algum dia contar com a vitória e dizer que ela tá outra pessoa”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p>
--	---	--

<b>TEMPO</b>	Histórias de vida da família / Sequência de eventos	<p><i>“Esse negócio dela pegou, mas eu não lembro o ano, que eu trabalhava no motor de sisal e ela ficou aqui [...] dizendo ela que esse negócio pegou ela lá em São Paulo, mas não foi lá não, foi aqui mermo. Esse negócio dela já tem mais de sete anos, temo dezessete ano de casados”.</i></p> <p><b>Cacto</b></p> <p><i>“[...]Eu tava dentro de casa num sabe, eu tava dentro de casa com meus fio, eu não sei como aconteceu isso, nem energia num tinha, esse negócio começou assim, eu deitada na cama com meus fio, esse negócio abaixou, abaixou em riba da casa dele, na primeira casa, na casa de adobe, ele trabalhava no sisal ou se era na cidade, eu nem me lembro, [...] aí quebrando as teia, tirando as teia de riba da casa, jogando no chão e ali eu fiquei assentada, sentada em riba da cama, só escutando, [...] e aí começou por aí, desde esse tempo, [...] que eu venho só me acabando [...]”.</i></p> <p><b>Boa-noite</b></p>
--------------	---	--

## CASO 2 - FAMÍLIA MONOPARENTAL (UMBURANA)

COMPONENTES (Modelo Bioecológico)	UNIDADES DE SENTIDOS	FALAS (Transcrições das entrevistas)
<b>PESSOA</b>	Características pessoais	<p><i>“[...] ele gosta de perfume, perfume pra ele aqui não dá um mês não, porque toda vez que ele entra no quarto dele, quando ele sai a gente já sente o cheiro do perfume dele”.</i></p> <p><i>“[...] tratar as pessoa bem, e ele pra isso aí, com os mais veio, é bença, é tio, ou que seja parente dele ou que não seja, ele só chama de tio e dá bença [...]”.</i></p> <p><i>“Ele era normal, normal mesmo”.</i></p> <p><i>“[...] era um menino bom pra trabaiá ôi, trabaiava na roça [...]”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>

		<p><i>“[...] gostava de ir pra igreja óia, o menino se arrumava, ia direto pra igreja, mas agora nem na nossa, nem ali [...] gostava ir, nem em uma que tem no Alto, não anda mais, deixou disso tudo”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
	<p>Características da doença</p>	<p><i>“[...] ele não tá dormindo, conversando, dando pra chorar”.</i></p> <p><i>“Ele diz que escutava voz de gente morto [...]”.</i></p> <p><i>“[...] ele não dorme a noite toda não, e o converseiro também, não para de conversar. Ele conversa muito, mas a vista que ele era pra mim ele tá bom, já teve pior, pior”.</i></p> <p><i>“Era desses violento mesmo. Ele me abusou, abusou o pai, abusou os irmão [...]”.</i></p> <p><i>“Me xingava, se eu desse uma comida ele derramava, ainda hoje ninguém bota a comida, ele mermo que bota”.</i></p> <p><i>“Aí tornou a voltar de novo o mesmo problema, aí tornemo a levar, internou de novo e daí pra cá graças a Deus não voltou mais pro sanatório [...]”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
	<p>Ciclo de vida (Curso da vida e relações interpessoais)</p>	<p><i>“Trabaiou na firma ganhou muito dinheiro [...] ele tava com mais de vinte cinco anos”.</i></p> <p><i>“[...] tava um menino bom mermo, mas agora quer fazer o que ele quer e não é assim. É difícil demais, se fosse uma criança, mas um rapaz com trinta e oito anos e eu tá quebrando minha cabeça [...]”.</i></p> <p><i>“Nós levemo ele pro sanatório de Juazeiro, internou, aí quando veio do sanatório veio bom”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p> <p><i>“Só que meus irmão não me contaram o que foi que aconteceu, porque foi que aconteceu”.</i></p>

		<p>esse problema com ele [...] esse problema dele ele pegou lá”.</p> <p>“Mas depois que adoeceram foi que deram dor de cabeça, aí meu esposo morreu [...]”.</p> <p>“Ia pra roça segunda e só vinha na sexta e na roça lá só era trabaiaando, nesse tempo eu era uma muiezona gorda, tinha força, meu marido plantava três, quatro tarefa, oxe nós nem botava trabaiaador, nós mermo limpava óia [...]”.</p> <p>“Vivia bem, e também da roça, pegava muita safra, não tamo pegando safra desses tempo, de uns ano pra cá que não tá chovendo bem”.</p> <p>“Meu marido era um homem trabaiaador, tudo que nós plantava, feijão, milho, mamona, aí menina, era aí por fartura mermo ói, mas de uns anos prá cá foi que ficou fraco de chuva aí a gente planta e não tem mais nada, mas de uns anos pra trás peguei muita safra na roça. Todos eram saudáveis”.</p> <p><b>Calliandra</b></p>
	<p>Recursos / Limitações da pessoa e da família</p>	<p>“[...] tem hora que eu fico sem paciência, mas Deus me dê paciência pra lutar, que não é fácil, pra gente lutar com gente adulto que não obedece a gente, né [...]”.</p> <p>“[...] tem hora que a gente fica meia agitada mas Deus me dá força e tô lutando”.</p> <p>“[...] só sei que meus filho tudo era normal, nunca tive um filho doente, vieram adoecer já depois de grande [...]”.</p> <p>“[...] quando ele fica muito violento, e a gente sem condição aí eu acho dificuldade [...]”.</p> <p>“Aí tem dia que ele vai e toma banho e tem dia que se azanga e ganha o mundo [...]”.</p> <p><b>Calliandra</b></p> <p>“[...] o problema dele só é esse que ele não toma o medicamento que é pra tomar, mas tá bom. Tem noite que ele não dorme, ele bebe, não bebia e agora tá bebendo”.</p> <p>“Eu quem sou o homem e mulher de dentro de casa, tudo, tudo é eu pra resolver, de tudo [...] quando eu tinha meu marido eu cuidava de casa e ele cuidava das outra</p>

		<p><i>coisa pra botar dentro de casa, e agora não, é tudo eu, sou o homem e sou a mulher”.</i></p> <p><i>“Como eu tô cuidando até aqui tenho toda a capacidade de lutar”.</i></p> <p><i>“[...] ele só me dá dor de cabeça por causa dos remédio [...]”.</i></p> <p><i>“Já não toma os remédio certo e agora as injeção não quer tomar”.</i></p> <p><i>“[...] não fica dentro de casa, só caminhando, meia-noite, aí a gente não fica bem tranquilo [...]”.</i></p> <p><i>“Mas ele não tá me dando gosto, não tá tomando os remédio como é pra tomar, ele era pra tomar pela manhã, meio-dia e a noite, mas só quer tomar a noite, as injeção tava tomando bem e agora diz que não vai tomar. Tá impossível demais, os irmão já falou, e ele disse que não tem quem lhe faça tomar”.</i></p> <p><i>“Quando eles era sadio eu não me preocupava e depois que adoeceu eu fico preocupada, ganham o mundo, eu não sei o que tá acontecendo com eles”.</i></p> <p><i>“[...] pra dizer assim hoje vai ter reunião só com os paciente doente do CAPS nós nunca fiquemo não, porque como eu tô lhe dizendo, nós só vamo nas carreira, porque os carro sai duas horas e duas horas a gente tem que tá no ponto”.</i></p> <p><i>“[...] a gente sai daqui três hora da manhã, né fácil não né? Quando eu ia e levava eles pro CAPS, quando descia lá, já pegava ficha lá alta, nove, doze, era assim”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
<p><b>PROCESSO</b></p>	<p>Modos de cuidar da família</p> <p>(Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental)</p>	<p><i>“Não é fácil não. Mas não deixo. Não deixo faltar o remédio, a injeção, esse mês mermo no dia que não tinha lá no CAPS eu disse vou comprar. Meu menino, dei o dinheiro pra ele comprar [...]”.</i></p> <p><i>“Pegou o medicamento dele, a injeção ele toma duas, uma no começo do mês e uma no final né?”</i></p> <p><i>Eu cuido dele assim como tô lhe dizendo, quando ele chega, ói hoje é a hora de tomar</i></p>

		<p><i>o remédio, aí ele diz mais tarde, aí sai, não vejo a hora que ele toma, ele hoje mandou até oiá os comprimido se ele tá tomando ou não, ele mandou, uma hora eu vou oiá se tá tomando esses remédio direitinho mermo, [...] eu coloquei dentro de uma vasia de plástico [...].</i></p> <p><i>“É cuidar, tomar o banho, trocar de roupa, falar com todo mundo, é isso mermo. Pra mim não tenho nenhuma dificuldade não”.</i></p> <p><i>“[...] mando tomar banho direitinho, andar limpinho né? Eu não gosto de sujeira não [...]”.</i></p> <p><i>“[...] a que mora no alto, quando eu sei que tá doente, minha carreira é prá lá, comprar o medicamento e dá [...]”.</i></p> <p><i>“Eu pra mim eu tô cuidando deles, dando direitinho, dando o medicamento, andar limpo, tomar banho, [...] isso aí é que é o cuidado”.</i></p> <p><i>“Não é fácil não né, mas Deus me dá força e eu tô cuidando. É muito difícil né, mas vamo fazer o quê? É difícil, pesado”.</i></p> <p><i>“Eu só me assossego quando ele chega dentro de casa e tá dormindo. Na rua é uma violência né, e a gente fica com muita preocupação de briga [...]”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
<p><b>CONTEXTO</b></p>	<p>Qualidade relacional da família</p> <p>(domicílio, cuidado entre familiares, cuidado à pessoa com transtorno mental)</p>	<p><i>“Era tudo legal pra mim. Meu esposo mermo era uma bença pra mim. Alí se eu dissesse assim eu tô doendo a unha de um dedo ele já corria atrás de um medicamento pra mim”.</i></p> <p><i>“Era os dois que eu levava pro CAPS. Aí com um tempo a mais velha pegou essa depressão [...]”.</i></p> <p><i>“[...] quando eu fico falando aí ele vai, entra no banheiro, toma banho, se perfuma [...]”.</i></p> <p><i>“[...] não acho dificuldade não, só se eu</i></p>

		<p><i>adoecer”.</i></p> <p><i>“Se dissesse assim hoje vamo pra roça era a família toda, era eu e o marido e os fios tudo pra roça, dormia na roça, ia segunda e só vinha na sexta”.</i></p> <p><i>“[...] os irmão tudo tem que tá no pé pra ajudar né.</i></p> <p><i>“Nasceram, se criaram, não me deram quebra-cabeça, não era fio desobediente, nenhum, nenhum, de homem até mulher, todos os seis até agora não tenho o que dizer dos meu fio”.</i></p> <p><i>“[...] eu mesmo não durmo [...] enquanto ele não chega pra dormir aí não me assossego”.</i></p> <p><i>“A comida tano pronta, ele mermo vai bota a comida dele, tano pronta todo mundo vai e faz seu prato”.</i></p> <p><i>“[...] não tem jeito de eu sair daqui mode ele, você creia? Pois creia. Pra eu dizer assim vou ficar um mês em São Paulo e deixar ele aqui. Tenho vontade de ir não. Aí ele diz “eu não impato mãe ir”, aí eu digo assim pois eu tenho dó de sair só mode tu.</i>  <b>Calliandra</b></p>
	<p>Amigos</p> <p>Vizinhança</p> <p>Família estendida</p> <p>Pessoas da comunidade</p> <p>Serviços de Saúde</p> <p>Redes de apoio</p>	<p><i>“[...] não aguentemo em casa e levemo pro sanatório. Rolou um mês no sanatório”. Aí quando veio, veio bom, tomava o medicamentinho certinho [...]”.</i></p> <p><i>“[...] Parece que ele foi pro sanatório de Juazeiro duas vez internado lá [...]”.</i></p> <p><i>“Aí os menino lá falaram, menina tem um CAPS lá em Campo Formoso, se é de tu tá gastando todo mês pra ir pra Juazeiro faz um acompanhamento com ele no CAPS”.</i></p> <p><i>“No CAPS já fizemo muita reunião com o pessoal do CAPS, do quilombola mermo, aí na igreja mermo, já veio muitos, aí pra</i></p>



		<p>igreja, do CAPS eu falo bem ó”.</p> <p>“[...] ele não anda nem no posto, por causa que as injeção foi passada pra ele tomar no posto, só que quando eu ia pro posto demorava muito o povo atender ele, aí ele saia”.</p> <p>“Ela disse que ainda levou num médico mas não resolveu”.</p> <p>“[...] aqui mermo não tenho dificuldade de lutar com eles não, com eles três”.</p> <p>“Quando eu tô aqui, quando dô fé elas vem me visitar, elas vêm, as irmãs vêm”.</p> <p>“Quando ele tá assim, tem vez que eles vem fazer visita a ele, agora não que eles deixaram, mas eles vinham fazer visita pra ele, cantavam aqui, faziam aquela programação com ele, tudo na hora certa né”.</p> <p>“Aí eu disse, homem, eu vou ficar pagando é a uma mulher que mora ali ó, ela já é idosa, somo irmã da igreja. Aí ele só toma as injeção dele passada pela mão dela, porque no posto mermo, ele não tem paciência de ficar esperando o povo, chegar a hora dele né, aí eu deixei de ir pro posto, ele não anda lá no posto não, nunca andou fazendo consulta no posto”.</p> <p><b>Calliandra</b></p> <p>“[...] nessa daqui católica também quando tem alguma reunião que eu vou não acho dificuldade nenhuma, pra mim é tudo bom”.</p> <p>“[...] tem uma irmã que mora longe mas todo dia a gente conversa no celular. É minha especial. Quando esse mermo adoeceu ele tava com ela lá em São Paulo [...] me ajuda mermo ó. Agora não que tá uma correria, mas ela liga de manhã e a noite todo dia. Agora pela manhã. Mas não tem um dia. Todo dia, todo dia ela liga pra mim [...]”.</p> <p>“[...]o pastor, a mulher do pastor, as irmã toda me apóia [...]”.</p>
--	--	--

		<p><i>“Quando eu tô na igreja eu me sinto bem mesmo ó, bem, bem mesmo”.</i></p> <p><i>“Só vou no CRAS quando é assim, o bolsa família, algum problema no cartão, que tem que ficar ajeitando, é que vou lá. Mas pra eu dizer que saí daqui pra ir pro CRAS, não”.</i></p> <p><i>“Na minha igreja eu recebo muito apoio. Lá nós tem nossos grupo né. Lá tem o grupo de adolescente, das crianças, de adulto, na nossa igreja nós tem muito apoio”.</i></p> <p><i>“[...] o que eu gosto mais de contar lá no posto é só o recepcionista ó, você creia, [...] se eu disser eu quero isso assim assim, ele me ajuda, já essas outra não. Ele me ajeita da melhor forma mermo, só não me ajeita se não dê jeito mermo, se ele vê que dá, ele diz ó fique aí, espere o médico chegar que eu vou falar com o médico, se ele disser qualquer coisa eu lhe apoio. Só tem ele mermo pra mim ali no posto”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p> <p><i>“No CRAS QUILOMBOLA eu já fui uma vez com ele, foi assim quando eu fui pra eu encostar ele, [...] conversei com elas lá, mas me disseram umas coisa sobre o problema dele, mas aí eu fui pra encostar, levei os papel, elas me deram o atestado lá. Eu ia fazer a perícia, chamava e não dava certo, aí eu deixei de mão, não andava mais lá não, aí não deu certo, eu não ando lá no CRAS não. Não deu certo o benefício dele aí deixei de mão”.</i></p> <p><i>“Hoje tá com oito dias que aqui na igreja teve a reunião das mulher grávida, eu gostei ó, tinha muita gente, muita grávida, como é que diz, os agente de saúde tudo”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
	Sistemas de Saúde	<p><i>“Aí eu fui no CAPS, conversei, aí levo ele só pro CAPS”.</i></p> <p><i>“Eu gostei do CAPS, porque eu vou lá, elas já me conhece, eu vou pegar os remédio deles”.</i></p> <p><i>“[...] só que agora tá com um ano e tanto que eles se consultaram no CAPS de Campo Formoso”.</i></p>

		<p><i>“Ela é quem aplicava injeção no povo ali no Alto. Oxe, ela é uma enfermeira boa mermo. Oi o povo leva cada corte, e só corre lá pra ela fazer curativo. Acho que ela já tem setenta e tantos anos [...] ela custura, meu Deus [...] vem gente de todo corte feio, eu não gosto nem de assistir, e ela faz isso tudo, pois o povo só corre pra casa dela”.</i></p> <p><i>“[...] fiquemo caminhando pra igreja, ela ficou firme na igreja, e não teve mas nada [...]”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
	<p>Valores / Crenças / Hábitos da família quilombola sobre os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental.</p>	<p><i>“Agora eu não sei, se foi, meus irmão meu, um irmão meu gostava de certas mulher de lá né. Não sei se foi mulher que fez alguma bruxaria pra ele [...]”.</i></p> <p><i>“E a voz dele é assim ó, uma hora ele tá conversando de noite, uma hora a voz dele é grossa, outra hora a voz dele é fina, por isso que eu digo, ele tem alguma coisa ruim, porque umas hora ele conversa de um jeito e outra hora já é de outra forma”.</i></p> <p><i>“Aí meu marido disse tem uma curandeira na Jibóia, aí descobriu que tiraram desse paciente e jogou nela. Aí ela passou uns banho, comprei esses banho em Bonfim, só achava esses banho dela em Bonfim. Sei que com um tempo ela ficou bem, bem, aí tornava a voltar o male, ficava doida, doida, de corda, de corda, nós tinha que levar ela amarrada”.</i></p> <p><i>“[...] ficava nuinha, pelada na rua, num vê um doido, doida, doida barrida. Botaram coisa ruim nela”.</i></p> <p><i>“[...] me disseram que ele andou com umas muié lá com um irmão meu, acho que foi coisa que fizeram pra ele também, e com a outra foi isso aí. O pai levava pra todo curador e só dizia que foi isso”.</i></p> <p><i>“[...] minha mãe já levou ele lá e ela também disse, que ele também foi coisa de outras pessoa que fizeram pra ele, mas ela disse que ele ia ficar bom, ela deu umas coisa de banho pra dá nele, tudo, foi fazer a revisão, tomava remédio mermo que ela passava, e ele não ficou bom”.</i></p> <p><i>“Esse negócio dela começou assim, com um</i></p>

		<p><i>negócio de fofoca [...] mandaram uma carta dizendo que tinha sido ela que tinha feito e ela disse que não tinha feito essa carta, aí dessa carta [...] pra ficar chorando, aí desse chorerê, chorerê, ficou com esse medo, sei que o médico disse que se a gente não leva logo ela, ela tinha ficado que nem os outro, doido, tinha doidado [...]</i>”.</p> <p><b>Calliandra</b></p> <p><i>“E os meu menino ficaram assim, aí eu procuro o médico e ele diz que é de família. Por causo que é de família, porque o pai dele adoeceu, a bisavó dele morreu louca, aí o pessoal diz que é de família, a minha bisavó também não foi de nascença, já foi depois de veia também morreu doida, também da minha família né [...]</i>”.</p> <p><i>“Nunca achei dificuldade não de lutar com meu povo”.</i></p> <p><i>“Meu modo de lutar com eles é como eu tô lutando, pra mim tá bom. Como eu já lhe disse, eu luto com eles eu mandando fazer as coisa e do jeito que eu mando fazer pra mim tá bom, não tão me respondendo prosa, tudo que eu mando fazer direitinho faz”.</i></p> <p><i>“Tomando o medicamento aí só vai ficar normal. Se não tomar cada vez mais fica agitado, tomando o medicamento certinho como eu mando ele tomar, só vai ficando calminho dentro de casa [...]</i>”.</p> <p><i>“Deus dando saúde, aí vai trabaiaá, tano com saúde só vai ficar tudo bem, mas quando tem alguém doente na família, eu mermo só fico com preocupação, tano tudo sadio dentro de casa pra mim tá bom”.</i></p> <p><i>“Eu fico especulando ao médico por que é que eles são assim, ele só diz que é de família, mas se fosse de família, eu não entendo, porque eles não nasceram doente, eles nasceram normais e porque é que ele diz que é de família? Porque aqui a maioria do povo aqui é primo com primo e eu não, eu mais o pai dele, nós somo parente bem longe, não é parente de sangue não”.</i></p> <p><i>“Desejo felicidade pra eles [silêncio], não é não?”</i></p> <p><i>“[...] não tem jeito de eu sair daqui mode ele, você creia? Pois creia. Pra eu dizer</i></p>
--	--	---

		<p><i>assim vou ficar um mês em São Paulo e deixar ele aqui. Tenho vontade de ir não. Aí ele diz “eu não impato mãe ir”, aí eu digo assim pois eu tenho dó de sair só mode tu”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p> <p><i>“Eu gosto, do meu lugar eu gosto [risos]. Nasci e me criei aqui, não tenho o que falar do meu lugarzinho não ó [...] ”a vantagem de morar aqui é que eu não tenho vontade de sair daqui [...]”.</i></p> <p><i>“Gosto de morar aqui no meu lugarzinho. Eu não ando nas coisas que eles faz. Assim, eles faz brincadeira, reunião e eu não vou, né”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
<p><b>TEMPO</b></p>	<p>Histórias de vida da família / Sequência de eventos</p>	<p><i>“Pois é, ele saiu daqui bom, foi pra São Paulo pontá meus irmão, trabaiá lá, trabaiou lá um tempo bom, depois minha irmã me liga que ele tinha adoecido [...]aí ele veio pra cá, aí quando chegou aqui foi que foi problema ó [...]”.</i></p> <p><i>“[...] ele tinha não sei se era vinte cinco ou era mais, vinte a riba, nunca tive um filho doente não, foi depois já de grande, de adulto”.</i></p> <p><i>“Com um tempo uma irmã do meu marido doidô, e ele ficou lutando com os filho e essa irmã, depois acho que de tanta luta com a irmã e com os filho, ele pegou uma depressão e morreu louco. E aí foi que eu vi coisa. Morreu louco meu marido. Levei ele pra Salvador, rolei dois mês lá em Salvador, com ele internado [...]”.</i></p> <p><i>“O pai lutou com os fio, depois a mãe dele adoeceu, lutando com a mãe, depois que a mãe morreu, ele lutou com uma irmã, a irmã morreu, depois a gente viu ele mudando, conversando e me dando homem”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>

		<p><i>“[...] aí ficou violento dentro de casa, levemo pra Salvador, aí o médico perguntou como era o jeito dele, aí me procurou se queria dar uma injeção pra matar as força dele. Aí eu disse concordo. Aí liguei pros fio, e os fio disse pode dar. Os fio num aguentava. Derrepente ele ficou assim. Só sei que com essa injeção, ele zuava, brigava, mas só deitadinho na cama [...]”.</i></p> <p><i>“Quando ele adoeceu ele tinha 60 anos, novo, e morreu com 67, ia fazer 68. Ele era um home novo, trabaiador, queria que a senhora visse, ele não deixava faltar nada dentro de casa [...] quando ele morreu a gente já tinha completado 40 anos de casado.</i></p> <p><i>“Ela tava boa, ela tinha quize ano. Ela tava aqui mais eu, eu nunca me esqueço, aí chegou uma pessoa chamando ela pra ir ali no Alto, num tal de candomblé, aí nessa época um parente meu tava doente [...], chamaram ela, e ela sem saber de nada foi. Quando chegou lá, eles tirando as coisa do que tava doente passou pra ela, quando essa menina chegou aqui ói, chegou doida, doida, doida, doida. Quebrava as coisa tudo dentro de casa”.</i></p> <p><b>Calliandra</b></p>
--	--	---

### CASO 3 - FAMÍLIA EXTENSA (ANGICO)

COMPONENTES (Modelo Bioecológico)	UNIDADES DE SENTIDOS	FALAS (Transcrições das entrevistas)
<b>PESSOA</b>	Características pessoais	<p><i>“[...] ela era católica e gostava também de acender vela assim num cantinho”.</i> <b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Era pedagogia. Ela ia se formar agora”.</i> <b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] ela é uma pessoa muito conhecida e todo mundo aqui na comunidade gosta muito dela”.</i> <b>Crisântemo</b></p>

		<p><i>“Tava, sempre preocupada com os estudo, ela tinha noite que rolava a noite todinha escrevendo [...]”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Porque ela aí era quem resolvia pra família toda ela era [...] quem mandava em quase minhas coisa. Se eu fosse pra eu tomar uns remédio, meus remédio assim da pressão, do diabete, todo remédio, primeiro era passado pelas mão dela, aí depois que ela adoeceu, já andei quase morrendo, porque tomando os remédio contra, sem saber como era [...]”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Rapaz ela mermo sonhava muito alto, essa menina aí, ela tinha tanto futuro com ela, tudo dela era pra o futuro dela, tudo que ela arrumava ela dizia aqui é pra meus fiinho, minha fiinha”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>
Características da doença		<p><i>“[...] quando eu dei fê ela chegou aqui, me falando umas coisa, e eu disse oxente, o que é menina que tu tem, tu tá doente? Ela disse eu não mãe”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] fez todo os exame e não deu nada, e até hoje tou sofrendo, e não sei em que significa essa doença dela”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Também no inicio da doença dela ela pegava muito uma santinha também, aí só andava aqui no peito com ela direto e com umas oração aqui no peito, com as roupa de Bom Jesus aqui na frente [...]”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Aí quando saia de casa ela dava duas três volta, ela dizia, eu acho que não vou não [...] aí levemo pra roça, aí ficava assim se movimentando [...]”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Ela nunca chegava agressiva, nem comigo nem com ninguém, ela só não queria comer, comer de jeito nenhum [...]”.</i></p>

		<p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] essa menina aí teve dias dizer que ela ia morrer, porque até pra respirar era pouco, esfraqueava de fome e sede [...]”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] ela ficava só em pé, olhando pros carro, meia lenta. Mas sempre falando, fazendo as coisa assim devagazinho assim dentro de casa”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Aí o ônibus chegou, deu quatro hora o ônibus chegou, ela vestia uma roupa, tirava uma, vestia outra, tirava outra, o ônibus só buzinando, eu disse aí tá bom, vai com essa aí [...]”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Assim, acendendo vela assim dentro de casa, quando ia sair perguntava duas três vez, eu vou marido, eu vou marido?”</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Eu disse num acende vela, acendo coisa que tu vai queimar e dar um prejuízo em nós, tá acendendo vela pra coisa que quem já morreu no escuro, ela também tinha esse sistema de ficar acendendo vela logo no início da doença”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Num sei, eu fico pensando como é que uma pessoa, que isso aí já tem uns, mais de três mês, que essa muié já tem sem falar, que eu clamo a ela de todo jeito, de todo jeito”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>
	<p>Ciclo de vida (Curso da vida e relações interpessoais)</p>	<p><i>“Ela disse mãe, eu hoje eu senti que o povo tá todo assim de banda comigo, eu digo o como, diz é porque a menina me diz que o povo lá tão dizendo que não é pra andar mais eu que eu sou sem vergonha, aí eu digo sem vergonha como [...]?”</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Só andava assim as duas abraçadas, onde você via uma via a outra, é tanto que o café</i></p>



		<p>[...] toda tarde ia levar o cafezinho pra ela”. <b>Crisântemo</b>  “É assim também, que é muito pegada essa menina também, aí ela não foi mais lá em casa, eu acho também que ela sentiu muito, porque ela era muito amiga mermo”.  <b>Crisântemo</b>  “[...] Cê vê, meu marido com esse menino, que esse menino é meu sobrinho, ele é fio de uma irmã minha [...] são primos eles dois de primeiro grau [...] esse aí era o prazer dele, que esses dois menino pode dizer que quem fez o casamento deles foi ele, que papai dizia olha menino eu quero que tu case com essa menina”.  <b>Bromélia do Sertão</b></p>
	<p>Recursos /  Limitações da  pessoa e da família</p>	<p>“Aí quando chegou aqui eu fiz todos os exame pra ela e não deu nada, oi a primeira vez que eu fui com ela eu levei mil e duzentos e fiquei com cinquenta real na mão que eu paguei a passagem pra vim mais ela, e outro tudo eu gastei de consulta e exame, tudo pago pra andar ligeiro [...]”.  <b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] aí uns eu fiz na Petrolina, na Petrolina foi dois, uns que diz que é dentro de um cocho, esse eu fiz, esse foi trezentos e um real, eu paguei, aí eu fiz um de cento e vinte, um de cento e quarenta e um de cento e oitenta, aí em Juazeiro, tudo de uma vez só, a consulta foi cento e quarenta, do médico, porque eu já tinha costume de consultar lá com o médico, com esse médico lá em Juazeiro, e aí a gente vai pela Vidaprev, aí eu tenho dois cartão por lá, e por lá é mais barato”.  <b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] de janeiro pra cá, eu nunca parei com ela, todos os dinheiro meu, nesse tempo, eu tinha dado três mil a ela, pra ela botar na conta dela, e eu gastei esse dinheiro todo com ela, e tirando dinheiro todo mês eu tiro, e é todo com ela, todo com ela, e eu nunca parei [...]”  <b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] aí ela foi mais minha neta fazer</p>

		<p><i>compra lá, mas quando chegou, chegou ainda mais besta do que o que foi, aí eu me agoniei, e arrumei o dinheiro e fui mais ela fazer os exame”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“A dificuldade que eu sinto é só essa mermo, porque ela não quer conversar pra dizer como é que vai fazer as coisa, e eu veia não guento ficar nesse labuto sozinha, e aí sinto dificuldade”.</i></p> <p><i>“Rapaz, a gente pode cuidar porque a gente é cristão e a gente só tem que cuidar né? Mas que é difícil é [...] porque, aqui você ver, aqui não tem assim um canto da gente botar, bota ali, pá tá lá, como ela ficava bem fraquinha, era obrigado tomar soro lá em Campo Formoso, porque aqui não tinha condição”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“E aí eu tenho o meu também mas aí o meu, eu fiz empréstimo, os dois, com essa coisa de doença [...] um foi pra ele quando furou o ôio, e aí a gente fazendo o empréstimo a gente só tem a metade né?”</i></p> <p><i>“[...] eu tô gastano tudo do meu, minha fia quando ela adoeceu ela tinha quinhentos reais, quinhentos reais eu tirei logo, nos primeiro, agora aqui pra mim, se eu ver, num tenho nada, a coisa que eu tenho é essa casa, pra eu ver minha menina boa, eu vendo ela que não vejo a hora, pra eu ver minha fia boa”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>
<p><b>PROCESSO</b></p>	<p>Modos de cuidar da família</p> <p>(Interação da família quilombola nos modos de cuidar da pessoa com transtorno mental)</p>	<p><i>“Aí eu levei ela pra Juazeiro [...] botava dentro dos armazém assim, pra ela caçar uma coisa, e ela mexia todim, só foi eu e ela, e ela caçava e não achava uma coisa pra comer, aí era que eu comprava aquelas coisinhas besta pra ela, mas ela não queria”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Ele disse oh os exame da sua fia num deu nada, em nenhum, aí eu disse oh doutor pois num acho que tô de parabéns assim, porque eu tava esperando o senhor me dizer o que era, pra eu comprar uns remédio pra miorá</i></p>

		<p>porque eu acho minha fia muito doente. Ele disse num gaste mais com médico, sua fia num tem doença pra médico não. Que deu tudo positivo, os exame. Aí essa hora eu abaixei a cabeça e chorei”.</p> <p>“Aí eu digo oh doutor, então pois passe um remédio pra ela pelo omenos uma vitamina”.</p> <p>“Rapaz, é muito difícil de cuidar. Já deu dá a comida a ela, aí o dia amanhece, levanto, faço o café, vou comprar os pão, boto lá, ou que seja aqui em riba da mesa, ou que seja lá na estante, aí eu deixo lá, quando eu dô fé ela já tá tomano, agora aí eu já tenho medo na hora do remédio [...]”.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] Eu não sei o que é isso, porque só os remédio, pra ver que, como diz, ela vai melhorar e vai mudar né”.</p> <p>“[...] eu chego aqui, fico conversando com ela, fico alisando ela, dou beijo nela, confortando ela pra ela melhorar logo pra cuidar dos nossos menino, pra tirar a mãe desse sufoco [...]”.</p> <p>“[...] nós tamo muito cansado viu (silêncio) ...e espero em Deus, que Deus é nosso Pai Maior”.</p> <p>“Se ela dizer assim, marido nós num dá mais pra morar naquela casa, aí eu pego, planejo, ajunto um dinheirinho, que nós daqui da Lage as coisa é mais difícil né?”</p> <p><b>Crisântemo</b></p>
<p><b>CONTEXTO</b></p>	<p>Qualidade relacional da família</p> <p>(domicílio, cuidado entre familiares, cuidado à pessoa com transtorno mental)</p>	<p>“[...] só desconfiei mais, devido ela não querer comer, ela não comia nada, ficou dessa grossurinha, aí eu obriguei ela tirar a mama do menino [...]”.</p> <p>“[...] quando as meninas chegava e dizia é hora do remédio, aí era a hora difícil pra dá, mas aliviou o banho, aliviou, aí ela vai e toma o banho dela, só uma coisa que eu ainda não vi ela fazer é pentear o cabelo. Mas ela toma o banho, lava a cabeça, eu comprei o shampoo, comprei o creme que tu disse que era pra eu comprar, de pele, o creme tá ali [...] “.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] ela também não escovava os dente, lá</p>

		<p><i>em Juazeiro eu comprei escova, certo tempo pra cá que ela veio escovar os dente, todo dia ela pega a escova e escova os dente”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] na noite que ela bebe mais o remédio, aí ela deita aí e dorme, mas tem noite que não dorme, aí a noite que ela passa bem eu passo, aí na noite que ela tá sem dormir eu passo sem dormir”.</i></p> <p><i>“[...] e eu com pena de ver ela só no sofá, botei uma caminha pequena aqui”.</i></p> <p><i>“E daí pra cá começou ela sem querer comer mermo, e ela só irmagrecendo, só irmagrecendo, aí eu digo essa aí tá muito é doente, eu vou levar, foi aí que eu desconfiei pra ir cuidar dela, pra levar, fui em Juazeiro, fui em Petrolina, em todo canto eu mexi com ela [...]”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] a bichinha também, além do peso da filha, muitas vez um chega bebo, porque a família é grande, sempre né?! Tem os alto e baixo né?”</i></p> <p><i>“Chego lá boto um DVD de desenho assim pros menino assistir. Ela também é muito da igreja também, bota assim, DVD bíblico pra eles assistir. Sempre eu sou um pai cuidadoso com meus fio”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] porque carro você sabe, zuou, ganhou, carro não anda de graça. E aí eu levo de meu genro, já levei um na primeira vez, depois levei o outro, e eles fazem muito bom, todos dois eu num tenho o que dizer de nenhum. São seis [...] e aqui o que eu vejo dizer que pra levar um frete é trezentos, trezentos e tanto, e eles nunca me cobraram esse dinheiro, eu pago duzentos, duzentos e pouco, porque é obrigado pagar a gasolina, é obrigado a pagar as coisa né? Aí as dificuldade que a gente tem é grande”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“E assim eu também, minha pressão é alta né, aí eu tomo remédio porque eu sou hipertenso, eu tomo remédio, ela não deixava faltar nada, quando faltava um</i></p>
--	--	--

		<p>remédio ela ia lá no posto e pegava, aí fazia tudo, é uma muié ideal pra mim, por isso que eu labuto até o fim com ela assim”.</p> <p>“Se eu ia pro motor de sisal, se eu ganhasse cinquenta reais, eu pegava cinco e o resto era tudo pra ela fazer as feira, porque sem mentira nenhuma, eu não sei comprar nem um short pra mim, até esse short aqui foi ela que me deu, eu não sei comprar nada assim de feira, aí o dinheiro é todo na mão dela”.</p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p>“Pra cuidar dela, as vez se tiver uma viagem formada pra ir, se ele puder ir vai, se não puder eu vou, e aí ela aqui minha irmã, as menina vem me ajudar, ele quando é a noite, é os dois pião, só dar remédio eles dois, que as menina tomaram um medo de um jeito, de dar, e os outro dizem eu não tenho coragem, outro diz eu não tenho coragem, mas eu acho que pra família [...] eu acho que seno o sangue da gente, quanto mais o sangue mais a gente deve ter coragem né?”</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“Eu clamo muito devido está nessa luta, posso dizer sozinha, porque um chega ali faz aquela zuada e sai danado, ele mermo as vez chega aqui, eu digo, olha tu é um fogo de palha [...] fogo de palha quando acende logo queima né, e o de lenha demora, como você chega tá aquela zuada, sai danado, e quem fica na luta é eu. E o fogo de palha é ele, é ele”.</p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p>“[...] você sabe o que é uma pessoa preocupada, vendo os remédio ali, sabendo que na hora de dar é uma tortura, que tem hora que eu choro veno os menino em riba, enforcano outros apertano [...]”.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>
	<p>Amigos Vizinhança Família estendida Pessoas da</p>	<p>“E abaixo de Deus você que foi um grande caminho que Jesus colocou na vida dela, se não fosse você [...]”.</p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p>“Achei o Agente de Saúde dela em cima, em</p>

	<p>comunidade</p> <p>Serviços de Saúde</p> <p>Redes de apoio</p>	<p><i>cima, digo que foi uma ajuda pra mim porque foi minha primeira luz foi ele, porque eu não lhe conhecia, e ele que encaminhou você, não sei que milagre ele não tá aqui, porque ele não sabe, se ele soubesse ele tava aqui, porque tem sido uma ajuda boa, o agente de saúde dela, tem sido mermo uma ajuda boa em tudo pra mim”.</i></p> <p><i>“[...]Jo povo também tem me ajudado, que ela é uma pessoa muito querida, ela é uma pessoa muito querida. Cê vê tem gente que eu nem conheço e quando dou fé tá mandando oferta pra ela”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Aqui na Lage é assim, nossa família ela é bem grande, por exemplo quase tudo é vizinho aqui, na Lage aqui todo mundo é parente do outro, é vizinho [...]”</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Eu não tenho o que dizer, o povo aqui com ela tem sido gente fina demais, demais”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] quando não dão um quilo de feijão, dão um quilo de açúcar pra fazer um bingo pra adquirir um dinheiro pra comprar um remédio [...]”.</i></p> <p><i>“Pra mim tá difícil. Mãe mais pai, a tia dele me ajuda muito, fica todo mundo olhando, mas sem dúvida vou caçar uma pessoa pra olhar ele, não vou deixar ele assim não”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] graças a Deus essa casa tem dia que é um sair e outro chegar, é catequista, é ali da igreja mermo, é tudo. Aqui vem crente, vem católico, tudo vem orar em minha casa”.</i></p> <p><i>“[...] no dia de Sábado de Aleluia, aqui entrou cinco pastor, ficaram tudo ajoelhado aqui e vieram orar pra ela, teve um que me deu até um DVD [...]”.</i></p> <p><i>“E aí quando eu dô fé, vem aquelas muié, as vez, quinta-feira quando vem crente, todas que vem faz as oração delas”.</i></p> <p><i>“[...] O posto de saúde vem ajudando muito porque toda vez que nós chega lá o posto tá disposto, até o médico deixa de atender um paciente pra cuidar dela, então nota dez pra</i></p>
--	--	--

		<p><i>o posto de saúde da Lage. Gostei de ver”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“O agente de saúde dela pra mim é dez. Tem vez que ele marca daqui a consulta dela, pra ela ou pra mim [...]”.</i></p> <p><i>“Ave Maria o CAPS, é sobre tudo né, que uma é que eu não conhecia o CAPS, nem o de Campo Formoso, nem o de Juazeiro. Lá num é CAPS não menina, é outro dizerzinho. Mas lá quando a gente chega lá no CAPS é bem recebido, já andei lá, foi três vez que você mandou ir pra lá né. Bem recebida, graças a Deus, até as menina lá é do jeito de você”.</i></p> <p><i>“E eu gostei do médico também, boa gente o médico”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Já andei no CRAS lá umas duas vez [...] chego lá, eu vou dizer, lá no CRAS não sou nem atendida lá. Por que eu lá no Campo Formoso, dessa luz né, duas, três vez já vem me pedino pra eu cadastrar. Aí eu digo como? No CRAS. Primeira vez num gostei, e de lá de Campo Formoso, a muiê mandou eu levar lá só pra eles assinar né, e acabar de ajeitar lá, e aí chegou, mas me disseram que ia ficar assim mermo, que eu era viúva, num tinha marido, e aí minha luz todo mês sobe 5 real, todo mês. Num mês eu paguei 15, no outro 20, no outro 25, outro trinta e agora já é trinta e cinco”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>
	Sistemas de Saúde	<p><i>“Aí nós foi, que ver vc escute, nesse tempo, oi leva, muda o jogo, muda o jogo, leva essa mulher lá em cima, que lá sara”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Eu levei mas ele não me deu esperança não. Era no Irecê, pra lá de Irecê [...] um médico espiritual”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Até pra lá eu viajei com ela, era pra casa de um que a gente levava, daí ele disse a ele mermo que não tinha jeito”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“E eu espero que o CAPS seja sempre</i></p>

		<p><i>assim. Tá sempre de portas abertas não só pra ela mas pra todos né que tem esse problema, que vem sofrendo desse problema. É um problema, é muitos, é muitos, então eu quero que seja de bom para melhor, o CAPS”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] eu tenho cuidado ela mais com o médico, que a gente tem que cuidar de tudo né? Aí eu tenho cuidado dela muito, derna os primeiro começo dela, eu só corro pros médico, como eu tô lhe dizendo, daqui pra Juazeiro e Petrolina tudo eu remexia”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] melhorar mais né os atendimento, que Lage é um lugar que tá crescendo muito né, então nós precisa de melhorar mais o atendimento, que venha mais pessoa assim que nem você, vim mais médico”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p>
	<p>Valores / Crenças / Hábitos da família quilombola sobre os modos de cuidar da pessoa com transtorno mental.</p>	<p><i>“Eu tenho pra mim que tem alguma coisa haver com a doença dela, aquela menina, porque pá ela tá aqui na cama e não vim aqui ontá ela, tão amiga que elas são, não é?”</i> <b>Crisântemo</b></p> <p><i>“Ela disse que depois que tomou essa água ela não tinha mais vontade de comer [...] ela chegava aqui, foi por isso que eu me agoniei mais pra levar ela pra Juazeiro [...]”.</i></p> <p><i>“Também o pai dela gostava de tirar umas casca pra botar na operação, aí ninguém sabe o significado dessas casca também né? Eu num confio hoje em ninguém, não pode confiar em ninguém [...] a cesariana que ela tem. Aí não pode confiar em ninguém, ninguém sabe se esse café vinha certo também de lá né? Se alguém botava alguma coisa, que hoje em dia só Deus, né?”</i></p> <p><i>“Mas eu tenho pra mim assim, que a última esperança é Deus né?!”</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] ele disse que ela, tinham feito um</i></p>



		<p><i>negócio pra ela, nem pra não cumer e nem beber, e tava no estômago igual como uma espuma de boi, tava no estômago como uma espuma, se ela tomasse os remédio e os banho certinho podia limpar, mas se não tomasse [...]”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“[...] ele num me disse, mas disse a meu menino que foi, tudo só dizia uma coisa só, que era uma coisa que tinham feito pra ela, e parece que foi mermo, porque uma doença pra não falar desse tempo, você já viu? Rolou uns dois mês ou mais, sem se alimentando de nada, nada”.</i></p> <p><i>“[...] ela não tomou direito, não vou dizer que ela tomou, que ela não tomou, os banho, ela se jogando aí no chão, o povo sustentando e a gente jogando”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“ [...] parece que é uma coisa ruim mermo que atrai ela assim, pra não deixar ela tomar os remédio”.</i></p> <p><i>“E muita gente fala, rapaz o padre não fez o casamento, será que é mode isso [...] porque nois era primo”.</i></p> <p><b>Crisântemo</b></p> <p><i>“[...] quando dei fé outra, mais veia do que essa, que andou quase morrendo também de depressão, aí eu levei ligeiro pra lá pra esse mermo médico, essa ficou boa, essa era só isso mermo, que essa menina garanto que ela tem mistura. A outra era depressão braba”.</i></p> <p><i>“Pra mim ela não tem só depressão”.</i></p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p><i>“Eu acho que também ela tem um pouco de raiva no coração, porque quando ela tá bem com raiva, ela fala, desbafa, que uma vez, eu pressionando, pressionando ela, ela falou, minha doença vem de fulano de tal, ela falou naquele dia, naquele dia que nós pressionemo ela [...] ela disse, minha perturbação é dos vivo”.</i></p> <p><i>“[...] se nois descobrir, se a doença for, né, for espiritual, for alguma coisa assim botava no meio que os rezador reza”.</i></p>
--	--	--

		<b>Crisântemo</b>
<b>TEMPO</b>	Histórias de vida da família / Sequência de eventos	<p>“[...] ela tava aqui lavando roupa mais eu [...] e eu ajudando ela, quando ela acabou de lavar [...]aí estendeu um bocado de pano no coisa aí e disse agora mãe eu vou levar os pano e depois eu venho [...] aí quando chegou já chegou diferente, que ela saiu alegre, acabou de comer e foi, quando chegou, já chegou tristinha [...]”.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“[...] aí ela disse, mãe eu tô com uma agonia ruim, eu tomei uma água e eu caí mãe, lá em casa, eu tomei uma água e eu caí, eu disse que água danada foi essa, ela disse não sei, daquele dia em diante, já ia aqui e acolá quando ela chegava que ela dizia uma coisa, eu já desconfiava [...]”.</p> <p>“[...] e disse mãe eu tô sentindo falta de minha blusa [...] aquela blusinha minha verdinha que eu me formei lá em Campo Formoso [...] E aí ela procurou, procurou, procurou, e quando foi um dia, ela chegou e disse, mãe, isso tinha mais de mês muito que tinha sumido, e disse mãe, pois a blusa tá em riba do tanque, limpinha e engomada, eu disse, e tu vestiu? Ela disse não, eu joguei fora”.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p> <p>“Depois da quinta-feira pra cá ela não saiu mais. Nem a cabeça ela bota aí nessa porta, eu mando ela vim aqui pro sofá, é só ali naquela calçadinha dali pra qui, era só no sofá [...]”.</p> <p>“É difícil minha irmã, é difícil! Aqui a gente tem cuidado, essa família nossa, num só ela a primeira, já tem sido é muitos, e tudo eu tenho essa sina triste de ajudar com tudo, tudo. Primeiro a mãe dele, cuidei até ficou boa, aí depois uma irmã minha, que essa num teve jeito, morreu, morreu, aí depois um filho dela, dessa irmã minha, ele atacou o mermo mal da mãe, morreu também [...] assim, da cabeça, doido da cabeça.”.</p> <p><b>Bromélia do Sertão</b></p>



## ANEXO A – Comunidade Quilombola Lage dos Negros

Praça Central



Unidade de Saúde da Família



Comércio



CRAS-Quilombola



Rua do Calçamento



Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos



Ponte sobre o Rio da Lage



Serviço de Assistência Social



Casa de Apoio aos professores



Casa de Farinha



Associação de Mulheres Quilombolas de Lage dos Negros



Caminhão com Sisal



Artesanato da Associação de Mulheres Quilombolas de Lage dos Negros



Feira-livre



Fabricação de móveis com pneus



Parque Eólico Delfina



Colégio Municipal Rosalvo Celestino



Escola Municipal Luiz Manoel Celestino

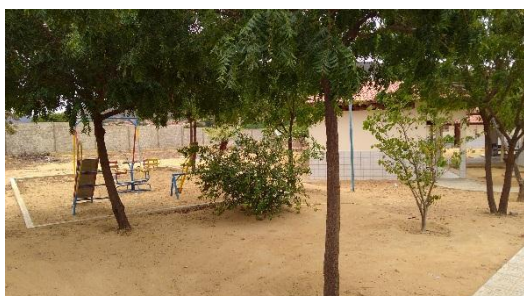


Escola Municipal Otaviano Feliciano da Gama

Escola Quilombola Rural de Lage dos Negros



Sala de Recursos - Atendimento Educacional Especializado (AEE)



Extensão da Escola Estadual Luzia de Freitas



Início da Comunidade Quilombola Lage dos Negros



Quadra Poliesportiva



Povoado Alagadiço



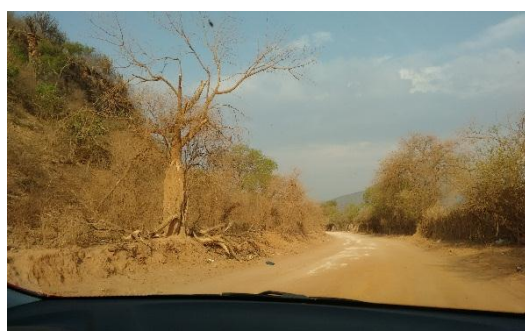
Campo de Futebol



Povoado Casa Nova dos Ferreiras



Estrada de acesso à Comunidade Quilombola Lage dos Negros



Povoado Lage de Cima



Povoado Bebedouro



Igreja Congregação Cristã no Brasil



Povoado Pacuí



Igreja Assembleia de Deus – Povoado Bebedouro



Igreja Assembleia de Deus Missão



Igreja Assembleia de Deus Manancial



Igreja Católica



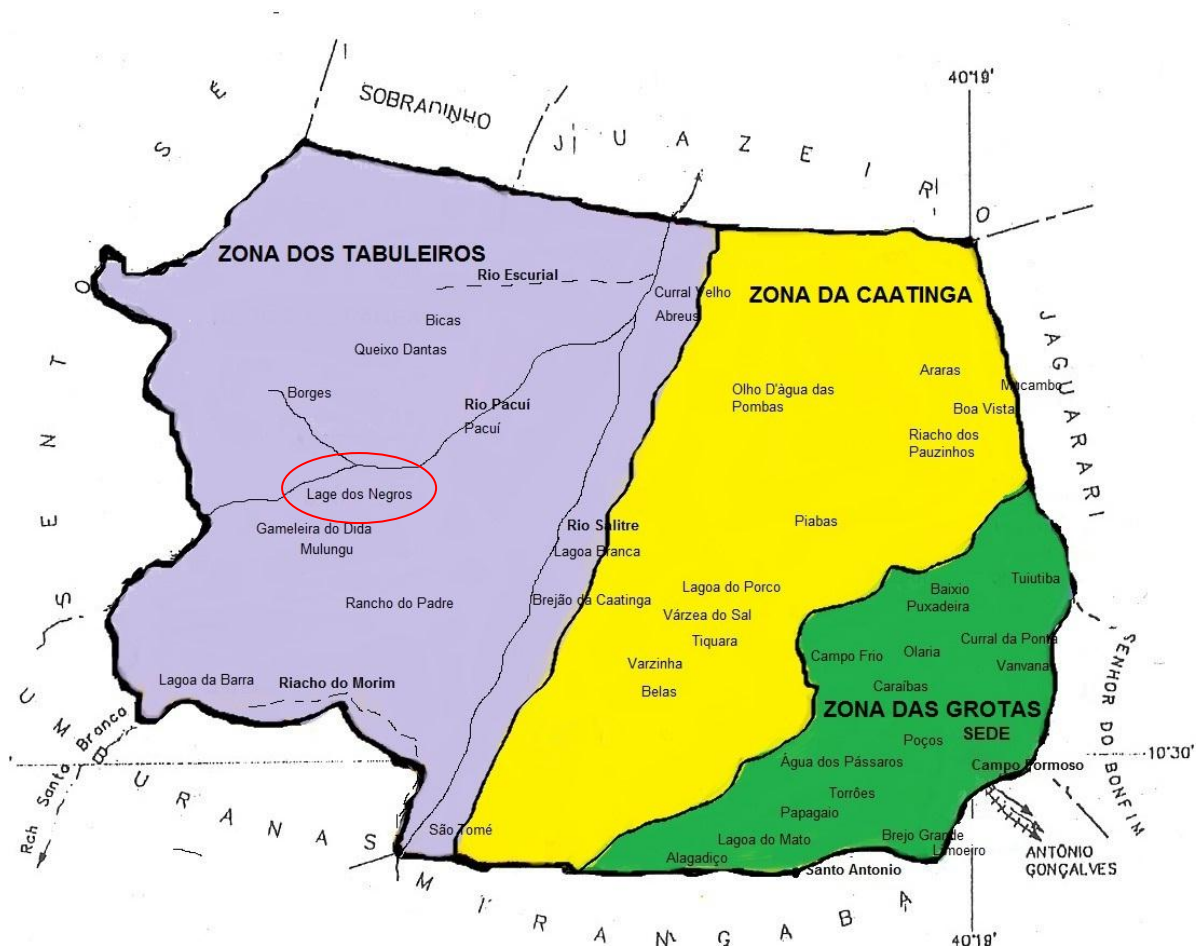
Igreja Mundial do Poder de Deus



Fonte: Acervo da pesquisadora, 2017.



## ANEXO B - Zonas fitogeográficas do município de Campo Formoso-BA.



Fonte: <<http://ambientalcampoformoso.blogspot.com.br/2013/06/zonas-fitogeograficas-de-campo-formoso.html>>.