



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

DANILO CRISTINY DE ARAÚJO MOURA ACIOLE

**VOCÊ NÃO SABE O QUANTO EU CAMINHEI PRA CHEGAR ATÉ AQUI: SOFRIMENTO
PSÍQUICO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM CONTEXTOS QUILOMBOLAS**

**CAMPINA GRANDE
2019**

DANILA CRISTINY DE ARAÚJO MOURA ACIOLE

**VOCÊ NÃO SABE O QUANTO EU CAMINHEI PRA CHEGAR ATÉ AQUI:
SOFRIMENTO PSÍQUICO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM CONTEXTOS
QUILOMBOLAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE

Setembro/2019

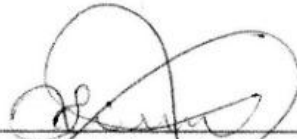
É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A181v Aciole, Danila Cristiny de Araújo Moura.
Você não sabe o quanto eu caminhei pra chegar até aqui
[manuscrito] : Sofrimento psíquico e itinerários terapêuticos em
contextos quilombolas / Danila Cristiny de Araújo Moura
Aciole. - 2019.
101 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Josevânia da Silva , Coordenação
do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Saúde mental. 2. Sofrimento psíquico. 3. Quilombolas. I.
Título
21. ed. CDD 362.2

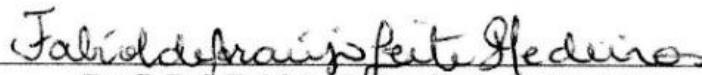
DANILA CRISTINY DE ARAÚJO MOURA ACIOLE

**VOCÊ NÃO SABE O QUANTO EU CAMINHEI PRA CHEGAR ATÉ AQUI:
sofrimento psíquico e itinerários terapêuticos em contextos quilombolas**

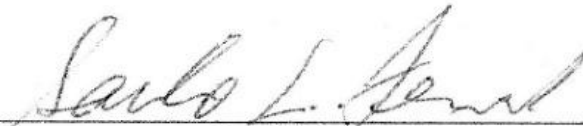
Dissertação de Mestrado aprovada em 30/09/2019



Prof. Dr.ª. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr.ª. Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dr. Saulo Lourdes Fernandes
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Membro Externo

As comunidades quilombolas, símbolos de força, resiliência e resistência, a Sandoval, Vandeval e Sandra personagens centrais no meu desejo de me debruçar sobre essa temática, DEDICO.

*Aquela cor singular
É muito mais que uma tonalidade
É luta, é força, é vida.
É gente, é povo, é dignidade.*

*Aqueles olhos escuros
Revelam um brilho sem igual
Cabelos crespos sim...
Não é defeito, é natural!*

*Aquele povo bonito
Tem voz, tem saber, tem memória.
Tem swing, tem estilo, tem canção.
Com um "lápiz" na mão reescreve sua história.*

*Aquela gente alegre
De cor bela...De cor preta.
Não há nada semelhante.
A essa gente de beleza negra!*

(Santos, 2014)

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, Aquele que me proporcionou sonhar e percorrer essa trajetória, por me permitir sonhar e estar hoje aqui a realizar esse sonho tão desejado. A minha comunidade Cristã, na pessoa de Alexandre e Ianer, por me possibilitarem vivenciar o amor cristão em irmandade.

Gratidão a minha família, minha mãe e irmã, por sempre acreditarem no meu potencial.

Ao meu companheiro e amigo Juliano Aciole, por ter sonhado, desejado e lutado ao meu lado do início ao fim dessa trajetória, independente das circunstâncias, gratidão por sua paciência e apoio, serei eternamente grata!

As comunidades quilombolas por terem me acolhido e me proporcionado uma transformação pessoal, profissional e existencial. As mulheres que me guiaram durante esses quatro anos de convivência intensa dentro dos territórios, Elaine e Betânia, vocês se tornaram minhas amigas queridas. Aos participantes dessa pesquisa, que são o sentido de cada linha escrita, cada reflexão realizada, desejo que suas narrativas ganhem materialidade.

A minha orientadora querida, Josevânia (carinhosamente Josi), gratidão pelo acolhimento nos momentos mais difíceis, por me ensinar que a existência é mais importante que a exigência. Seu apoio, palavras e paciência foram essenciais a todo esse processo. Você é mobilizadora de transformações, dá sentido a palavra mestre e possibilita em nós o desejo de ser humanos melhores!

Aos meus companheiros de mestrado, a turma da sala 06, aqueles que acolheram essa pernambucana em terras paraibanas e tornaram essa jornada prazerosa e cheia de amorosidade, especialmente a Jully, Gabrielle, Jurcileia, Judy, Elizama, Lisandra, Ana Luiza, e ao meu querido Jaelson, pernambucano que esteve ao meu lado do início ao fim, parceiro de dores, mudanças e conquistas, você foi consolo e alento, desejo que o tempo e distância não se tornem obstáculos entre nós!

As minhas amigas de décadas que seguraram minha mão, foram colo e consolo em todos os momentos, por acreditarem em mim, e sempre estarem ao meu lado nos melhores e piores momentos, Emylle, Gracy, Michelle e Deborah.

Aos amigos queridos Kathleen e Jonatas por abrirem as portas de seu lar e serem minha família em Garanhuns e em Campina Grande, por me presentarem com Jhonatan, vocês são raridades e sou muito feliz por tê-los por mim e para mim.

Ao meu querido avaliador externo, que antes de ser avaliador, foi e é inspiração nessa jornada acadêmica, por me possibilitar através de sua escrita, recriar a minha e produzir em mim tantas reflexões, por estar junto mesmo que tão distante e por compartilhar dos mesmos sonhos, uma psicologia dos povos e para os povos quilombolas, Saulo Fernandes.

A avaliadora externa, Fabíola, por sua dedicação a leitura e colaboração.

A minha psicoterapeuta Luiza, gratidão pela escuta acolhedora e por você estar ao meu lado nos momentos de desespero e transformações necessárias a vida.

Aos meus/minhas alunos(as) da AEB/FBJ, por me darem tanta força e energia, por todo afeto compartilhado, por me ensinarem a ser uma docente diferente todos os dias, vocês sabem que amo vocês!

Por fim, a todos(as) que contribuíram direta e indiretamente nessa trajetória!

Gratidão!

RESUMO

As populações do campo e quilombolas vivenciam em seus cotidianos diversas situações de exclusão, desde o acesso à terra, a educação e aos serviços de saúde. Para superar tais dificuldades, essas populações desenvolvem em seus próprios territórios modos de vida diferenciados daqueles encontrados nas zonas urbanas. Especificamente no que diz respeito às questões da saúde, estudos apontam que as populações quilombolas desenvolvem novos sistemas de saúde pautados no saber popular, conhecimentos estes que perpassam gerações. Esta dissertação teve por objetivo geral analisar as concepções de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e de seus familiares cuidadores sobre os cuidados em saúde mental e o sofrimento psíquico, residentes em comunidades quilombolas. Para tanto, realizou-se dois estudos complementares, os quais constituíram dois artigos. O primeiro teve por objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Já o segundo artigo teve por analisar as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental por familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Os estudos se caracterizam como exploratórios, descritivos, com abordagem qualitativa. Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, nove pessoas que possuem histórico de sofrimento psíquico e seis familiares/cuidadores. Para a coleta de dados com as pessoas em sofrimento psíquico utilizamos questionário sócio demográfico e entrevista de história oral (relato de vida). Já a coleta de dados com os cuidadores/familiares foi realizada através de questionário sócio demográfico e entrevista em profundidade. A leitura e análise dos dados foi realizada através análise de conteúdo do tipo categorial temática. No primeiro estudo, com as pessoas com sofrimento psíquico, foram evidenciadas três categorias temáticas e dez subcategorias. Em geral, as categorias versaram sobre a percepção dos participantes sobre o sofrimento psíquico; as estratégias de cuidado utilizadas por estes no cuidado em saúde mental e o apoio familiar e comunitário. No segundo estudo, com os cuidadores familiares, emergiram quatro categorias temáticas (Concepções sobre o Sofrimento Psíquico; Estratégias de Cuidado; Cuidado em saúde mental nos serviços de saúde e Relações sociais) e doze subcategorias. Os familiares declaram ter pouco entendimento sobre o transtorno mental. Contudo, os familiares cuidadores estão implicados no processo de cuidado. Em ambos os estudos as práticas de cuidado mais relevantes foram as baseadas no saber popular, como o uso de plantas medicinais e das práticas religiosas, e o saber biomédico, centralizado no uso da medicação. A pesquisa demonstrou a necessidade de fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares para melhor efetividade do cuidado territorial. Foi evidenciado, ainda, a ausência das políticas públicas nos territórios e a necessidade de aproximação e diálogo entre o sistema formal e informal.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Estratégias de Cuidado, Quilombolas, Itinerários terapêuticos.

ABSTRACT

The rural and quilombola populations experience different situations of exclusion in their daily lives, from access to land, education and health services. To overcome such difficulties, these populations develop in their own territories' different ways of life from those found in urban areas. Specifically, regarding health issues, studies indicate that quilombola populations develop new health systems based on popular knowledge that span generations. This master's dissertation aimed to analyze the conceptions of people that live in quilombola communities, who have been diagnosed with mental disorder and their family caregivers about mental health care and mental suffering. Therefore, two complementary studies were carried out, which constituted two articles. The first article aimed to analyze the conceptions about psychological distress and mental health care from the perspective of people living in quilombola communities, diagnosed with mental disorder. The second article analyzed the conceptions about psychological distress and mental health care by family members of people diagnosed with mental disorder and living in quilombola communities. Both studies are characterized as exploratory, descriptive, with qualitative approach. Nine people with a history of psychological distress and six family members/caregivers participated in the studies. All were chosen non-probabilistically and for convenience. In the first study, is was used socio-demographic questionnaire and oral history interview (life report) for data recollection. For the second study, is was used a socio-demographic questionnaire and in-depth interview. Data analysis was performed through thematic categorical content analysis. In the first study, three thematic categories and ten subcategories were found. In general, the categories dealt with the participants' perception of psychic suffering; the care strategies used by them in mental health care and family and community support. In the second study, four thematic categories emerged (Conceptions on psychic suffering; Care strategies; Mental health care in health services and Social Relations) and twelve subcategories. Family members report having little understanding about the mental disorder. However, family caregivers are involved in the care process. In both studies, the most relevant care practices were based on popular knowledge, such as the use of medicinal plants and religious practices, and biomedical knowledge, centered on the use of medication. The research demonstrated the need to strengthen Community and family bonds for better effectiveness of territorial care. It was also evidenced the absence of public policies in the territories and the need for approximation and dialogue between the formal and informal system.

Keywords: Mental Health, Care Strategies, Quilombola, Therapeutic Itineraries.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 Perfil sócio demográfico e econômico dos sujeitos em sofrimento psíquico.....	35
Tabela 2 Categorias, subcategorias e unidade de conteúdo sobre as concepções dos sujeitos em sofrimento psíquico	36

ARTIGO 2

Tabela 1 Perfil Sócio demográfico e econômico dos Familiares Cuidadores.....	61
Tabela 2 Categorias temáticas e unidades de conteúdo com suas respectivas frequências sobre as concepções dos familiares cuidadores	63

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ER - Enfrentamento Religioso

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
Aspectos históricos do cuidado em saúde mental	14
Comunidades quilombolas e questões desiguais de Saúde	17
Cuidados em saúde mental: itinerários terapêuticos e o papel da família	20
ARTIGO 1 Ouvindo suas vozes: concepções de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas seus itinerários terapêuticos em saúde mental	
Introdução	27
Método	31
Resultados e Discussão	35
Considerações Finais	49
Referências	50
ARTIGO 2 Família êh! Família ah! Família! Experiências de familiares de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas sobre estratégias de cuidado em saúde mental.	
Introdução	55
Método	58
Resultados e Discussão	61
Considerações Finais	75
Referências	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	85
APENDICES.....	91
Instrumento de coleta de dados para as pessoas em sofrimento psíquico.....	91
Instrumento de coleta de dados para os familiares/cuidadores	92
ANEXOS.....	94
Declaração de concordância Com Projeto De Pesquisa.....	94
Termo De Compromisso Do Pesquisador Responsável	95

TCLE	96
Parecer Consustanciado.....	98

INTRODUÇÃO

Este estudo resulta do interesse em questões relacionadas à saúde mental, e mais especificamente ao cuidado em saúde mental dentro de comunidades quilombolas. Tais inquietações ganham materialidade a partir da experiência da presente pesquisadora como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde das Populações do campo, tendo como território de atuação as comunidades quilombolas de Garanhuns-PE.

Ao me deparar, enquanto psicóloga residente, com as demandas de saúde (especialmente com as de saúde mental) nos territórios quilombolas, percebi que existem grandes entraves, com destaque para o acesso aos serviços de saúde, a pouca renda, ausência de transporte, entre outros. Estes aspectos dificultam o acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) e as Políticas Públicas em geral.

Observei que as dificuldades relacionadas ao acesso as Políticas Públicas, especialmente a de Saúde Mental, colaboravam para que as pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores acionam outros recursos para lidar com a saúde, tais como: a cura através da religiosidade, do contato e cuidado com a terra e natureza, dos chás e banhos de ervas e associando a estes a procura por cuidado via Unidade de Saúde da Família.

Tendo em vista a problematização em torno da Reforma Psiquiátrica e da urgência em torna-la cada vez mais real em nosso País, esta dissertação procura dialogar com o saber científico advindo da literatura acadêmico/científica e com o saber popular através das representações sociais sobre o que é saúde mental e o cuidado a pessoa em sofrimento psíquico. Assim, este estudo considerou algumas questões de pesquisa, a saber: Quais as concepções de pessoas em sofrimento psíquico, residentes em contextos quilombolas, sobre o próprio sofrimento? Quais as concepções dos familiares cuidadores sobre o sofrimento psíquico? Quais as estratégias de cuidado utilizadas por pessoas em sofrimento psíquico e seus

familiares/cuidadores?

A fim de responder as questões de pesquisa, esta dissertação tem por **objetivo geral** analisar as concepções de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e de seus familiares cuidadores sobre os cuidados em saúde mental e o sofrimento psíquico, residentes em comunidades quilombolas. E como **objetivos específicos**: a) Analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas; b) Analisar as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental por familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas.

Esta dissertação está estruturada em dois artigos, os quais constituem estudos complementares. Além disso, os artigos foram elaborados a partir dos os objetivos específicos da dissertação tendo em vista responder às questões de pesquisa e ao objetivo geral. No entanto, inicialmente, se faz necessário discorrer sobre alguns marcos históricos relativos aos cuidados em Saúde mental ao longo do tempo, bem como sobre elementos que caracterizam as comunidades quilombolas. Em seguida, são apresentados aspectos conceituais relativos ao itinerário terapêutico e a teoria das Representações Sociais.

Aspectos históricos do cuidado em saúde mental

A loucura assim como diversos fenômenos sociais são permeados por representações sociais que modificam e conduzem condutas e discursos na sociedade ao longo dos anos (Sartori, 2015). Os sentidos atribuídos à loucura foram se construindo sócio historicamente, desde a idade antiguidade até os dias atuais (Vieira, 2007). Por muito tempo, a loucura foi atrelada a espiritualidade, ora tomada como uma benção concedida aos homens pelas divindades, ora com uma maldição dos deuses e causadores de desordem/mal-estar social (Pessotti, 1994).

É no período do renascimento que se evidencia as primeiras representações de exclusão da loucura na sociedade através da Naus dos loucos (Vieira, 2007). Estes foram entregues à própria sorte e destinados ao mar, uma forma da sociedade se libertar dos sujeitos considerados inconvenientes. Inicia-se o período de exclusão social, onde para o bem-estar dos sãos seria mais confortável manter os loucos e insensatos longe dos seus olhos (Focault, 1978; Millani & Valente, 2008;).

As primeiras estruturas hospitalares iniciaram em 1656, onde foi criado o primeiro Hospital Geral em Paris, estrutura organizada pela monarquia e burguesia. Todos aqueles que representavam algum incômodo a sociedade eram destinados para este local, que não possuía caráter médico, mas sim de controle social e moral. (Focault, 1975; Marcantonio, 2010; Millani & Valente, 2008).

A partir da metade do século XVIII, estes espaços de confinamento e exclusão passaram ser criticados e denunciados, uma vez que a ideia de opressão e violação do direito à liberdade individual já não condizia com os ideais de liberdade da Revolução Francesa (Queiroz, 2009). Isto colaborou para que os modelos de internamentos asilares/hospitalares fossem modificados, momento que se inaugurou o modelo hospitalar.

Phillip Pinel, médico precursor nos estudos sobre a loucura, passa a observar os comportamentos dos internos na tentativa de distinguir e desmistificar os transtornos mentais das possessões demoníacas. (Amarante & Torre, 2010). A loucura passa a ser considerada como objeto de análise da medicina e não mais da Igreja (Vieira, 2007). A loucura passa a ser dominada pelo discurso médico, marcado por uma estrutura de saber/poder que exerceu dominação simbólica e concreta sobre corpos e mentes dos sujeitos (Freyre, 2006). Ademais, nessa época, não ocorreram mudanças no caráter moral e repressor do asilo.

As instituições hospitalares, bem como os manicômios e asilos, passam a ganhar novos formatos em decorrência do aperfeiçoamento dos tratamentos e da criação da Psiquiatria como

saber médico científico (Vieira, 2007). Contudo, este modelo passa a receber críticas, pois os tratamentos não repercutiam na melhora dos pacientes, mas no crescente índice de cronificação das doenças, além de casos de negligência e maus-tratos (Prado, 2015).

As críticas e denúncias realizadas a este modelo desembocam nas propostas de reforma no setor psiquiátrico, tendo como principal nome o italiano Franco Basaglia, que além de propor o fechamento da instituição manicomial, propunha a desconstrução dos saberes, práticas e discursos dominados pela psiquiatria (Amarante, 2007). Sua proposta passa a romper com a perspectiva que tinha por ênfase a doença (Amarante, 1996).

A partir das experiências e ideais propostos por Basaglia, na Itália, ocorre uma reforma no sistema de cuidado ao “doente mental”, o que colaborou para o surgimento de novas possibilidades de cuidado (Amarante, 2007). As mudanças compreendiam o retorno dos sujeitos às suas comunidades de origem, bem como a possibilidade dessas pessoas serem vistas como cidadãos e protagonistas de suas vidas. O hospital passava a ser substituído por uma rede de serviços de caráter comunitário e territorial (Passos, 2009).

Esta nova abordagem dos cuidados em saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico não está centrada no diagnóstico em si, mas considera as potencialidades das pessoas, seus desejos e afetos. A pessoa se torna o protagonista, podendo, inclusive, escolher quais estratégias e itinerários terapêuticos serão incorporados no seu “tratamento” (Prado, 2015).

Nesta concepção de atenção à saúde mental, partindo da perspectiva da integralidade em saúde, as comunidades do campo e quilombolas, em decorrência do processo histórico de negligência aos seus direitos (incluído a atenção a saúde), buscaram desenvolver modos de cuidado em saúde alternativos, indo além do que a medicina preconiza. Esses modos de cuidado vão desde o uso de plantas medicinais, rezas, banhos, crenças, entre outros (Dimenstien et al., 2016).

A população negra e rural constitui um coletivo que possui particularidades e especificidades associadas às condições de vida, cultura e trabalho, que demandam atendimento/cuidado especializado e contextualizado. Logo, para efetivação da desinstitucionalização e do cuidado integral e territorializado, é necessário conhecer os “modos de andar a vida” das pessoas envolvidas no processo.

Alguns autores (Dimenstein et al., 2016; Furtado, Saldanha, Moleiro & Silva, 2019) têm buscado compreender as questões de saúde mental no contexto rural, levando em consideração os determinantes sociais e contextuais que podem ocasionar o sofrimento psíquico destas populações. Quanto as comunidades quilombolas, especificamente, a literatura tem apontado a relação entre racismo e o sofrimento mental das populações negras (Alves, Jesus & Scholz, 2015; Faro & Pereira, 2011; Lages, 2012; Oliveira, 2003; Ribeiro, 2017). No entanto, ainda são escassos os estudos sobre comunidades quilombolas e a questão do cuidado em saúde mental, principalmente pesquisas que levem em consideração os sentidos construídos sobre este cuidado por pessoas em sofrimento psíquico, e as estratégias de cuidado acionadas e desenvolvidas por estes e seus familiares.

Comunidades quilombolas e questões desiguais de saúde

As comunidades quilombolas no Brasil representam uma coletividade essencial na história da sociedade brasileira, tendo sua origem no processo histórico de resistência ao regime escravo imposto pela colonização portuguesa (Silva & Silva, 2014). O quilombo foi uma das muitas estratégias de resistência adotadas pela população negra, se tornando a principal e mais temida forma de articulação dos negros contra a escravidão e da lógica colonialista (Silva & Silva, 2014).

Conceitualmente, a definição do termo quilombo possui múltiplos sentidos e significados que foram se construindo a partir de uma multiplicidade de relações que estão

situadas sócio-histórico-politicamente (Fernandes, 2016). Para o Conselho Ultramarino (1740), o quilombo vem da ideia da “reunião de negros fugidos”, definição pejorativa que tentava desqualificar a luta e articulação política das comunidades negras. Já para o Movimento Negro, o quilombo é símbolo de resistência cultural afro-brasileira, sendo os territórios quilombolas marcados pela vivência coletividade, a busca de liberdade para suas vidas, corpos e expressões culturais e religiosas (Silva & Silva, 2014; Fernandes, 2016). Tais perspectivas podem colaborar no fortalecimento da identidade da população negra, ou fortalecer as condições desiguais de vida e de acesso dessas populações, corroborando o racismo e marginalização desse povo.

Desde a chegada do primeiro negro em solo brasileiro, muitas foram (e ainda são) as situações desiguais enfrentadas pela população negra/quilombola. Tal fato pode ser observado através das condições de trabalho, habitação (acesso à terra) e alimentação imposta pelo regime escravo (Dalosto, 2016). Não obstante, nos dias atuais, o cenário não se encontra diferente, mesmo após tantos anos de abolição da escravidão, uma vez que a inserção da população negra na formação do estado brasileiro se dá de forma precária e marginal no acesso aos direitos.

No âmbito da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem buscado compreender como as questões de injustiça social, que são geradoras de desigualdades, interferem direta ou indiretamente nas condições de saúde das populações. Belarmino et al. (2016, p.95), contribuem nesta reflexão quando afirmam que “o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade, gênero, raça e etnia, dentre outros fatores, fazem parte de equação delicada que condiciona as disparidades observadas no processo saúde-doença-cuidado”.

Questões relacionadas ao sofrimento psíquico surgem diretamente conectadas às condições de vida que são destinadas a estas populações. O desemprego, condições precárias de trabalho, abuso de substâncias psicoativas, intoxicação por agrotóxicos, luta pelo território, violência doméstica e familiar e dificuldade de acessar os serviços de saúde são algumas das problemáticas que tornam a população quilombola vulnerável ao adoecimento físico e psíquico

(Berlamino et al., 2016). Silva (2005) aponta que tais desigualdades colocam a população negra em situação de tensão emocional constante, o que influencia a subjetividade desses indivíduos, podendo gerar sofrimento psíquico.

A questão de renda aqui torna-se um fator importante a ser analisado, pois para Gerhardt (2006), questões como a desigualdade social e a diversidade cultural refletem diretamente nas opções de cuidado em saúde assumidos pelos grupos populacionais. Fernandes (2016, p.23) aponta que “os itinerários estão condicionados tanto aos determinantes sociais quanto às redes de apoio pessoais que as pessoas têm a sua disposição para a resolubilidade de seus agravos e/ou doenças”.

As condições de vida das pessoas também possuem relação com o acesso a saúde das populações do campo. Estudos (Fernandes, 2016; Silva, Dimenstein & Leite, 2013) sobre a questão rural e quilombola evidenciaram como se dão as formas de acesso e as barreiras enfrentadas no cotidiano dessas comunidades. Entre as dificuldades enfrentadas por estas populações, aparecem a ausência dos serviços ou a precariedade destes, os horários restritos de atendimento, as longas distâncias percorridas, entre outros (Fernandes, 2016; Silva et al., 2013), o que faz com que essa população acione outros sistemas de saúde para dar conta de suas problemáticas.

Na construção do cuidado, as chamadas práticas não convencionais ou medicina baseada no saber popular aparecem como repertório cultural da sociedade, especialmente em comunidades rurais e quilombolas. Dentro das comunidades quilombolas é frequente a combinação de vários sistemas de saúde, como a adesão ao medicamento prescrito pelo médico e, ao mesmo tempo, o uso de chás e ervas medicinais, prática orientada a partir do saber popular (Alves, & Souza, 1999; Alves, & Bäckström, 2012). Em comunidades quilombolas, se observa que a prática da solidariedade, da religiosidade, das ervas e chás são as primeiras estratégias de cuidado acionados para dar resolubilidade, tanto para questões de doença física, como também

para sofrimentos de ordem psíquica (Fernandes, 2016).

Este modelo de cuidado em saúde, apesar de ainda ser invisibilizado por parte da medicina tradicional, pode “oferecer respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano” (Siqueira, Barbosa, Brasil, Oliveira, & Andraus, 2006, p.72). A integralidade da atenção implica na valorização destes saberes, da subjetividade humana, na possibilidade de diálogo e no uso das mais variadas alternativas para construção do cuidado em saúde. A integralidade requer modificações no modelo hegemônico de atenção à saúde, que descontextualiza os sujeitos do seu território reduzindo-o aos aspectos biológicos (Pires, Rodrigues & Nascimento, 2010).

Apesar dos avanços promovidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase na territorialização dos serviços, este modelo de atenção ainda não consegue atender de maneira satisfatória as populações localizadas na periferia, no campo, nos quilombos, nas ribeirinhas e indígenas (Cirilo Neto et al., 2016; Silva et al., 2016). Cirilo Neto et al. (2016) elencam como principais dificuldades, a distância geográfica, carência de transportes coletivos, falta de profissionais, horário de atendimento, dificuldades de ordem econômica, posicionamentos estigmatizantes por parte dos profissionais, e podemos ainda incluir o racismo institucional. Para que estas comunidades possam ter acesso aos serviços de saúde, especialmente de média e alta complexidade, necessitam percorrer longas distâncias e ainda enfrentar não raras vezes os entraves burocráticos e morosos do sistema.

Cuidados em saúde mental: itinerários terapêuticos e o papel da família

Dentro do repertório individual e coletivo, cada pessoa ou grupo se depara com uma variedade de caminhos para cuidar de sua saúde, é o que Gerhardt (2006) define como itinerário terapêutico, ou seja, são os caminhos que determinados grupos ou indivíduos assumem para cuidar de si e do próximo de acordo com sua construção sociocultural. Os itinerários adotados

pelas pessoas e coletivos não são realizados de maneira aleatória e muito menos se dão descontextualizados de suas concepções de mundos, da disponibilidade material e social dos recursos e do modo como estes interpretam suas trajetórias de vida (Fernandes, 2016).

A realidade e o contexto social em que as pessoas residentes em comunidades quilombolas estão inseridas possui relação com os recursos terapêuticos acionados (Fernandes, 2016). Por esta razão é importante levar em conta o contexto de pertença das pessoas, as barreiras enfrentadas por estas e como se organizam coletivamente. Isto possibilita a identificação de representações e a compreensão sobre como estas pessoas dão sentido ao mundo em que vivem e a sua saúde.

Mesmo com a existência dos serviços públicos e institucionais para o tratamento, outros dispositivos não oficiais são acionados pela população para explicar tanto a experiência do adoecimento como também em busca da cura dos sintomas. Os itinerários acionados por esses indivíduos e seus familiares/cuidadores são vastos e vão desde os hospitais psiquiátricos e clínicas até as experiências populares, como a medicina popular ou grupos religiosos (Rabelo et al., 1999; Veloso, Filho, Maia & Melo, 2010).

Estudo realizado sobre itinerários terapêuticos em uma comunidade quilombola de Alagoas, Fernandes (2016) evidenciou que os itinerários ressaltados foram a automedicação, a religiosidade (representada tanto pela prática da benzedura, como também por outros tipos de rezas e orações), o uso das plantas medicinais aliado ao conhecimento popular e a consulta médica (tanto privada como realizada através do SUS), sendo esta última, muitas vezes, desacreditada por alguns dos entrevistados. Outro estudo demonstrou, através de entrevistas, que a maioria dos participantes optaram pelo uso do tratamento em terreiros de umbanda após várias tentativas de cura para os seus sintomas através da medicina oficial e/ou psicologia, sem obterem o êxito esperado (Veloso et. al., 2010).

Os itinerários terapêuticos não se anulam, embora o modelo biomédico resista em creditar valor às experiências populares (Cardoso, Oliveira, Piani & Moreira, 2017). As famílias fazem uso duplo (medicina oficial e o saber popular) destes serviços e, muitas vezes, procuram o saber popular como primeira instância para suprir suas necessidades de saúde (Rabelo et al., 1999). Ademais, a procura pelo saber popular também é justificada pela necessidade que as pessoas possuem de receber respostas para processos de adoecimento, o que repercute na forma como as pessoas compreendem e dão sentido ao adoecimento (Velooso et. al., 2010).

A família tem papel importante na escolha dos itinerários terapêuticos. A literatura aponta (Fernandes, 2016; Velooso et. al., 2010) que a procura por benzedeiros(os) esteve associada à cultura familiar (indicação da mãe ou porque a mãe acreditava), e o uso das plantas medicinais decorre do conhecimento que é passado de geração em geração. Pesquisa realizada por Silva, Dimenstein e Leite (2013) demonstrou que, especialmente em comunidades rurais, como também é o caso das comunidades quilombolas, a família é responsável pelos itinerários acionados no cuidado dos seus membros. Segundo os pesquisadores, a religiosidade, o trabalho e a medicação foram evidenciados como itinerários possíveis ao cuidado em saúde mental.

Na perspectiva de um cuidado em saúde pautado na integralidade, a família é uma dimensão importante, sobretudo por se caracterizar como parte do processo de cuidado. Gutierrez e Minayo (2010, p. 1499) demonstram a preocupação sobre o lugar que a família tem assumido dentro dessas escolhas terapêuticas, bem como consideram que “os estudos atuais não dão conta de descrever concretamente como as famílias cuidam e que critérios usam para o cuidado em saúde de seus membros”.

A identificação dos itinerários terapêuticos utilizados pelas pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores torna-se necessária tendo em vista a análise das concepções que são construídas a partir destas estratégias, as quais serão orientadores de condutas. Como aborda Kleinman (1979) citado por Rabelo, Alves e Souza (1999, p. 43), “a

decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação ao tratamento e avaliarão os resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associados à experiência da doença”.

Os estudos empíricos desta dissertação foram dispostos em dois artigos. O primeiro artigo teve por objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Já o segundo artigo procurou analisar as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental por familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Trata-se de estudos complementares, os quais serão apresentados a seguir.

Ouvindo suas vozes: concepções de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas seus itinerários terapêuticos em saúde mental

Listening to their voices: Conceptions of people in psychological distress in quilombola contexts and their therapeutic itineraries in mental health

Escuchando sus voces: concepciones de personas con problemas psicológicos en contextos quilombola y sus itinerarios terapéuticos en salud mental.

Entendre vos voix: Conceptions et itinéraires thérapeutiques des personnes en détresse psychologique dans des contextes quilombola

Danila Cristiny de Araújo Moura Aciole

Josevânia da Silva

Resumo: Este estudo teve por objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. Foram participantes dessa pesquisa nove pessoas com histórico de adoecimento psíquico, de duas comunidades quilombolas do interior do estado de Pernambuco, com idade de 23 a 56 anos. Os dados foram coletados através de questionário sócio demográfico e uma entrevista do tipo relato de vida, e analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin. Foram evidenciadas três categorias temáticas e dez subcategorias. As categorias temáticas versaram sobre os seguintes aspectos: percepção dos participantes sobre sofrimento psíquico; as estratégias de cuidado utilizadas pelos participantes no cuidado em saúde mental; e o apoio familiar e comunitário, evidenciando a necessidade de se fortalecer os vínculos comunitários e familiares para melhor efetividade do cuidado territorial. Dentre os itinerários terapêuticos dos sujeitos, destacam-se estratégias pautadas no saber biomédico (uso da medicação) e o cuidado baseado no saber popular (uso das plantas medicinais e da fé).

Palavras-chave: Saúde mental, itinerários terapêuticos, quilombolas.

Abstract: This study aimed to analyze the conceptions about psychological distress and mental health care from the perspective of people diagnosed with mental disorder living in quilombola communities. This is a qualitative approach, exploratory-descriptive research. Participated in this research nine people with a history of mental illness, from two quilombola communities in the interior of the state of Pernambuco, with ages between 23 and 56 years. Data was collected through a socio-demographic questionnaire and a life report interview, and analyzed using thematic content analysis, proposed by Bardin. Three thematic categories and ten subcategories were found. The thematic categories discuss the following aspects: participants' perception of psychological distress; the care strategies used by participants in mental health care; and family and community support. These themes highlight the need to strengthen Community and family bonds for better effectiveness of territorial care. Among the therapeutic itineraries of the subjects, there are strategies based on biomedical knowledge (use of medication) and care based on popular knowledge (use of medicinal plants and faith).

Keywords: mental health, therapeutic itineraries, quilombola.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo analizar las concepciones sobre la angustia psicológica y la atención de la salud mental desde la perspectiva de las personas diagnosticadas con trastornos mentales que viven en comunidades quilombolas. Este es un enfoque cualitativo, investigación exploratoria descriptiva. En esta investigación participaron nueve personas con antecedentes de enfermedad mental, de dos comunidades de quilombolas en el interior del estado de Pernambuco, con edades entre 23 y 56 años. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario sociodemográfico y una entrevista de informe de vida, y se analizaron mediante el análisis de contenido temático, propuesto por Bardin. Se encontraron tres categorías temáticas y diez subcategorías. Las categorías temáticas discuten los siguientes aspectos: percepción de angustia psicológica de los participantes; las estrategias de atención utilizadas por los participantes en la atención de salud mental; y apoyo familiar y comunitario. Estos temas destacan la necesidad de fortalecer los lazos comunitarios y familiares para una mejor efectividad del cuidado territorial. Entre los itinerarios terapéuticos de los sujetos, hay estrategias basadas en el conocimiento biomédico (uso de medicamentos) y la atención basada en el conocimiento popular (uso de plantas medicinales y la fe).

Palabras clave: salud mental, itinerarios terapéuticos, quilombola.

Résumé: Cette étude visait à analyser les conceptions relatives à la détresse psychologique et aux soins de santé mentale du point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans des communautés de quilombola. Il s'agit d'une recherche à approche qualitative, de type descriptif exploratoire. Neuf personnes ayant des antécédents de maladie mentale, issues de deux communautés de quilombola situées dans l'intérieur de l'État de Pernambuco et âgées de 23 à 56 ans, ont participé à cette recherche. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et d'un entretien de vie, et analysées à partir de l'Analyse de Contenu Thématique, proposée par Bardin. Trois catégories thématiques et dix sous-catégories ont été mises en évidence. Les catégories thématiques traitaient des aspects suivants: perception de la détresse psychologique par les participants; les stratégies de soins utilisées par les participants aux soins de santé mentale; et soutien de la famille et de la communauté. Soulignant la nécessité de renforcer les liens communautaires et familiaux pour une meilleure efficacité

des soins du territoire. Parmi les itinéraires thérapeutiques des sujets, nous mettons en évidence des stratégies basées sur les connaissances biomédicales (utilisation de médicaments) et des soins basés sur les connaissances populaires (utilisation de plantes médicinales et de foi).

Mots-clés: Santé mentale, itinéraires thérapeutiques, quilombolas.

INTRODUÇÃO

A saúde mental, enquanto objeto de estudo, apresenta diversas concepções, o que pode ser explicado pela complexidade que caracteriza os fenômenos que são perpassados por elementos culturais, sociais, subjetivos, dentre outros aspectos. A saúde mental pode ser compreendida como a relação estabelecida entre componentes relacionados ao indivíduo e do contexto ambiental/social, que possuem capacidade de interferir e influenciar no estado de equilíbrio psíquico dos sujeitos (Amorim, 2018).

A saúde mental está diretamente relacionada a qualidade de vida das pessoas, envolvendo questões de ordem genética, de gênero e raça/etnia, bem como a capacidade de adaptação e resiliência, de criação de laços afetivos e sociais (Amorim, 2018). Inclui, ainda, questões relativas ao contexto estrutural, tais como: empregabilidade e acesso as políticas públicas (saúde, educação, habitação, condições de moradia, etc.) (Silva, 2005; Amorim, 2018).

O sofrimento psíquico, então, se caracterizaria pelas condições precárias de existência impostas ao sujeito, e até mesmo pela constante exposição ao racismo, preconceito, vulnerabilidade, violência e todas as formas de exclusão e opressão (Viapiana, Gomes & Albuquerque, 2018). Desta forma, o reconhecimento de como os determinantes sociais atravessam e interferem no processo de saúde e doença dos grupos populacionais se torna ferramenta fundamental para a construção de estudos que versem sobre o cuidado em saúde mental, e principalmente para fundamentar as práticas que são desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos territórios.

No cenário brasileiro, se percebe que ainda existe um desconhecimento ou até mesmo uma prática enviesada quanto as questões de saúde mental da população negra, especialmente no que corresponde às comunidades quilombolas, pois são escassos os estudos e dados epidemiológicos que identifiquem e caracterizem esse grupo populacional e suas demandas de saúde mental (Nascimento, Rotolo, Knierim, Andrade & Aciole, 2016; Amorim, 2018).

Dados apresentados pelo IBGE (2012), através do censo de 2010, apontou que a população brasileira era composta, majoritariamente, por 50,7% de pretos e pardos. Contudo, verifica-se uma subnotificação quanto ao quesito raça/cor nas notificações sobre o perfil dos usuários atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Silva et al, 2015). E quando esses dados aparecem, não são enfatizados nas análises sobre os indicadores de saúde mental da população brasileira.

Este fato se repete em outras pesquisas que apontam para quão negligenciado são as questões de saúde mental da população negra, onde no Brasil não se tem dados que precisem a prevalência de transtornos mentais deste grupo populacional (Amorim, 2018). Esses dados também se encontram ausentes nas plataformas do Ministério da Saúde através do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), não podendo ser analisados e, conseqüentemente, ficando ausentes da construção de Políticas Públicas.

Estudos empíricos no âmbito da saúde mental de pessoas residente em comunidade quilombos são necessários na medida que dão visibilidade as demandas desse grupo populacional. Mais que isso, colabora para escutar suas vozes e possibilitar o reconhecimento da potencialidade das práticas de cuidado representada pelo saber popular produzido dentro dos seus territórios (Badke, Budó, Alvim, Zanetti & Heisler, 2012).

As estratégias de cuidado em saúde mental existentes em territórios quilombolas perpassam desde os recursos e mecanismos formais, e se estendem até as práticas cotidianas de cuidado, como o uso de chá e ervas medicinais e as práticas religiosas. Não obstante, nem sempre são as pessoas em sofrimento psíquico os principais protagonistas dos seus itinerários terapêuticos. Em geral, os familiares cuidadores assumem a posição de escolha das estratégias de cuidado a serem utilizadas (Silva, 2018).

Tendo em vista promover o protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico, a proposta de Reforma Psiquiátrica propõe a valorização do cuidado por parte dos usuários(as)

do SUS, incentivando o empoderamento, a autonomia dos sujeitos e sua consciência crítica sobre o cuidado destinado à sua saúde (Alves, Oliveira & Vasconcelos, 2013). Deixando, assim, o usuário de ser expectador das estratégias traçadas para cuidar de sua saúde e passando a ser agente importante e ativo nesse processo.

O uso das plantas medicinais, da prática religiosa e do saber popular como estratégias de cuidado apontam também para relações afetivas estabelecidas dentro dos territórios tradicionais, pois essas falam das relações familiares, das crenças e tradições, da ancestralidade e da relação própria estabelecida pelo indivíduo e a terra como recurso terapêutico (Badke et al. 2012). Tais práticas se apresentam como uma possibilidade a sustentação da saúde e na tentativa de evitar o adoecimento de si e do outro (Silva, 2018).

Em decorrência de todo processo de exclusão, preconceito e criminalização sofrida pela população negra, especialmente em territórios quilombolas, o exercício das práticas tradicionais de cuidado e a utilização da religiosidade tem se tornado objeto de disputa dentro das comunidades. Por esta razão, verifica-se que tais práticas não são facilmente referenciadas pelos sujeitos como recurso terapêutico de cuidado em saúde (Piriz et al., 2013).

Outro aspecto que colabora para isto é ênfase na valorização do saber biomédico e da indústria farmacêutica como modalidade válida de cuidado em saúde. Apesar disto, ainda se verifica a circulação desses saberes tradicionais dentro dos territórios quilombolas, num movimento de quase resistência à monopolização do cuidado em saúde pautado no saber biomédico, que coexistem com os saberes tradicionais.

Com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006, dá-se um passo importante no principal sistema e estrutura gestora de cuidado em saúde do País, o SUS. Em parte, esta política procurou conciliar as várias modalidades e recursos terapêuticos, tendo em vista possibilitar o diálogo entre aquilo que advém dos estudos científicos e do saber criado

e executado no cotidiano dos sujeitos. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas.

MÉTODO

Tipo de estudo

A pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva e transversal, com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem possibilita a apreensão dos aspectos subjetivos relativos aos contextos nos quais as pessoas estão inseridas (Minayo, 2010).

Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas comunidades quilombolas, localizadas no interior do estado de Pernambuco (Comunidade Quilombola do Tigre – Garanhuns/PE e Comunidade Quilombola Sítio Barro Branco – Belo Jardim/PE). A comunidade quilombola do Tigre possui maior número de equipamentos sociais presentes no seu território, a saber: o CRAS Quilombola volante, ponto de apoio para equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) onde o médico e enfermeira atendem, semanalmente, além de uma equipe multiprofissional de residentes; Agente Comunitário de Saúde (ACS) próprio; uma escola; uma benzedeira; uma oradeira; Igrejas (católicas e protestantes); Associação de Moradores e uma Cooperativa. Por sua vez, na comunidade do Barro Branco as políticas públicas de saúde e assistência social estão ausentes. O território possui os seguintes equipamentos sociais: a associação de moradores; um benzedeiro, uma escola e Igreja. A comunidade já contou com a assistência de uma ACS, mas, em razão de questões de reconhecimento territorial, ela foi relocada para outra comunidade. Este fato implica diretamente no processo de saúde e doença desta comunidade, na qual se verifica poucos dados epidemiológicos sobre os moradores. As informações sobre os possíveis

sujeitos em sofrimento psíquico residindo na comunidade foram obtidas através da líder comunitária.

Participantes

Participaram do estudo, de forma não probabilística e por conveniência, nove moradores de duas comunidades quilombolas, localizadas no interior do estado de Pernambuco, sendo seis moradores da comunidade quilombola do Tigre (Garanhuns-PE) e três moradores da comunidade quilombola do Sítio Barro Branco (Belo Jardim-PE). Estes participantes possuíam histórico de sofrimento psíquico e foram diagnosticados com transtornos mentais. O contato com os participantes foi realizado com ajuda dos líderes comunitários de ambas as comunidades e da ACS presente no território da comunidade Quilombola do Tigre. Para delimitar o número de participantes desta pesquisa, foi utilizado o critério de saturação das entrevistas.

Como critério de inclusão dos participantes no estudo, foi levado em consideração os seguintes aspectos: a) possuir idade igual ou maior que 18 anos; b) residir em comunidade quilombola; c) pessoas em sofrimento psíquico, que tenha histórico de internação e/ou acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), ou faça uso de psicofármacos há mais de um ano, levando em consideração o grau de comprometimento cognitivo e social dessas pessoas. Este último critério foi observado mediante a colaboração do ACS da comunidade (Quilombola do Tigre) e da Líder Comunitária, que conheciam as famílias e a situação de saúde da comunidade.

Instrumentos

Para coleta de dados foi utilizado um questionário sócio demográfico para traçar um perfil dos(as) participante, depois, realizou uma entrevista. A modalidade de entrevista escolhida para coleta de dado foi a história oral, que apresenta-se em formas distintas, a saber:

a História Vida, onde o entrevistado é levado a contar livremente sua vida, trazendo em seu relato elementos que sejam significativos a sua história (Lang, Campos & Dermatini, 2010); o Relato de vida, com caráter menos amplo, que solicita do entrevistado focar determinados aspectos de sua vida; e, por último, o Depoimento oral, que busca focalizar a participação do entrevistado em determinada instituição ou sua vivência em uma situação específica (Lang et al., 2010).

Dentre as possibilidades de técnicas utilizadas na história oral, neste estudo foi utilizado Relato de vida, por este se adequar às especificidades dos participantes e ao objetivo do estudo. A entrevista do tipo Relato de vida possibilitou apreender os sentidos construídos pelas pessoas em sofrimento psíquico a partir de sua experiência de vida, porém trazendo à tona em seu relato temáticas específicas de sua trajetória (Fernandes, 1995).

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2018. Inicialmente, foi realizado o contato com as lideranças comunitárias para poder ter acesso as pessoas em sofrimento psíquico, considerando os critérios de inclusão. Depois, foi realizado visitas no domicílio dos participantes. Na ocasião, foram explicitados os objetivos da pesquisa e a disponibilidade para a participação voluntária. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Gravação de voz. Depois, foi realizado a aplicação do questionário sócio demográfico e econômico, seguido da entrevista de relato de vida. Como este método possui caráter amplo e requer, do participante, reviver situações dolorosas de sua trajetória, a entrevista foi realizada de forma que estes pudessem se sentir acolhidos e tendo o seu tempo respeitado.

A entrevista foi realizada pela pesquisadora responsável, de forma individual e reservada, em local escolhido pelo entrevistado e com duração média de 1 hora. Os dados foram gravados para análise posterior transcrição e análise.

Análise dos dados

Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo do tipo categorial temática, conforme proposta de Bardin (2011). A análise de conteúdo corresponde a conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47). Para tanto, realizou-se as três fases fundamentais necessárias para a identificação das categorias temáticas, a saber: *pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados* (a inferência e a interpretação).

Aspectos éticos

Durante o desenvolvimento desta pesquisa todos os participantes tiveram acesso e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe salientar que o desenvolvimento desta pesquisa foi custeado por financiamento próprio e teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento-CESED/PB, sob o parecer nº 2.925.682, cumprindo-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinado pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico, a idade dos participantes variou de 23 a 56 anos. Dentre os nove entrevistados, cinco era do sexo feminino, seis se declararam católicos e três evangélicos. Quanto ao estado civil declarado, três era solteiros, cinco era casado e um era divorciado. Os sete participantes que se declararam negros foram os mesmos que também se declararam quilombolas. Outras informações estão na tabela abaixo.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos em sofrimento psíquico.

	Variáveis	Frequência
Raça	Parda	01
	Preta	07
	Outra	Vermelha
Se reconhece quilombola	Sim	07
	Não	01
	Não sabe	01
Escolaridade	Analfabeto	02
	Sabe ler e escrever	02
	Ensino fundamental completo	02
	Ensino Médio completo	03
Renda	Salário Mínimo	03
	< Salário Mínimo	03
	> Salário Mínimo	01
	Sem renda	02
Função Laboral	Agricultor(a)	02
	Dona de Casa	01
	Vendedor(a)	01
	Agente Comunitário de Saúde	02
	Não Possui	03
Benefício Social	Sim	04
	Não	05
Histórico de internação psiquiátrica	Sim	04
	Não	05
Uso contínuo de medicação	Sim	07
	Não	02
Acompanhamento psiquiátrico	Sim	06
	Não	03

Sobre o histórico clínico dos entrevistados, apenas dois alegaram não fazer uso contínuo de medicação. Contudo, no momento da entrevista, relataram que fazem uso da medicação

quando há sinalização de crise. Dentre os entrevistados, quatro participantes viveram a experiência de internamentos em instituição psiquiátrica. Destes, apenas um era morador da comunidade quilombola do Sítio Barro Branco.

A análise de conteúdo do tipo categorial temática, realizada com os dados decorrentes das entrevistas, evidenciou três categorias temáticas e dez subcategorias, as quais abarcaram 115 unidade de conteúdo, conforme demonstrado a tabela abaixo.

Tabela 2

Categorias, subcategorias e unidade de conteúdo.

Categorias	Subcategorias	UC (f)	UC (%)
Sofrimento Psíquico	Desconhecimento sobre o diagnóstico	06	18,26%
	Explicações	04	
	Vivências associada ao estigma da loucura	11	
Itinerários terapêuticos	Vivência em hospital Psiquiátrico	06	71,31%
	Cuidados formais e medicação	31	
	Saber popular e crenças religiosas	27	
	Atividades Ocupacionais	18	
Apoio familiar e Comunitário	Família como colaboradora no cuidado	05	10,43%
	Família como potencializadora do sofrimento	02	
	Ligação com a comunidade	05	
TOTAL		115	100,00%

UC: unidade de conteúdo; f: frequência; %: porcentagem.

Sofrimento psíquico

Esta categoria emergiu a partir das narrativas dos sujeitos que tiveram como centralidade os conteúdos relativos à compreensão sobre o sofrimento psíquico, correspondendo a 18,26% das unidades de conteúdo. Neste eixo, foi possível observar que a maioria dos sujeitos relatam o diagnóstico como algo de difícil compreensão.

Na subcategoria *Desconhecimento sobre o diagnóstico*, verificou-se que este desconhecimento decorre, em parte, do não acesso às informações necessárias. Em muitos

casos, os profissionais de saúde não se preocuparam em tornar acessível a informação ao usuário, corroborando outros estudos (Severo & Dimenstein, 2009). O diagnóstico psiquiátrico foi (e ainda é) utilizado como uma forma de legitimação do saber médico (Basaglia, 2005). O diagnóstico, então, acaba por servir de instrumento de operacionalização da exclusão, ocorrendo, assim, um distanciamento da realidade cotidiana do sujeito que o recebe (Severo & Dimenstein, 2009).

O entendimento do processo de adoecimento parece se tornar mais compreensível se este for dado através de uma explicação que leve em consideração algum aspecto orgânico/físico ou de caráter objetivo (Cardoso, Oliveira & Piani, 2016). Essa concepção do adoecimento está respaldada no modelo cartesiano, que busca uma causa orgânica para explicar o sofrimento psíquico.

Não obstante, os participantes procuram compreender e explicar o sofrimento psíquico, conforme a subcategoria *Explicações*. Frequentemente, nas comunidades tradicionais, é encontrado um modelo explicativo próprio, que incorpora questões místicas e não explicáveis cientificamente, que tem por finalidade facilitar a compreensão do processo de adoecimento da população. Muitos dos entrevistados trouxeram em suas narrativas tais aspectos para explicar o seu sofrimento.

“(...) ai eu não sabia o que era, não sabia o que era que tava acontecendo comigo, ai fiquei, ai fui perdendo o sono, levei um susto, eu tava dormindo levei um susto, eu tava mais meu irmão morando, meu irmão, ai saí meia noite, ai bateu na porta ai levei um susto, nesse susto eu fiquei perdendo o sono (...)”. (Zumbi dos Palmares, Comunidade quilombola do Tigre).

“me alembro que eu tava na roça, levei uma chuvada quando cheguei em casa me deu esse problema” (Benedito Meia-Légua, Comunidade Quilombola Barro Branco).

A compreensão e as explicações que cada pessoa constrói, durante sua trajetória de vida, sobre o sofrimento psíquico se dão a partir do seu sistema simbólico e cultural. Isto colabora para a construção de múltiplos sentidos que estarão relacionados com a condução dos itinerários terapêuticos (Dalmolin, 2006). Tais modelos explicativos, por mais que não encontrem respaldos científico, dão e fazem sentido aos sujeitos que as narram. Cabe aos profissionais de saúde compreender que essas construções estão situadas no campo vivencial dos sujeitos. É a partir das suas vivências que as pessoas constroem narrativas que são satisfatórias para elas e que é, por vezes, tão distante da realidade do saber técnico/científico.

Os resultados demonstraram, ainda, que o processo de adoecimento também possui relação com a história de vida das pessoas, apontando para a determinação social do processo saúde e doença, como exemplificado na fala de Ganga Zumba (Comunidade Quilombola do Tigre),

“(...) aí aí a gente trabalhava muito passava muita fome, trabalhava muito mesmo com uma garra da poxa trabalhando pra sustentar a família, aí passado um tempo aí começemo se envolver com cachaça, com droga, cachaça bebida – tendi – aí a gente não se deu conta que a bebida tava tomando a gente, tomando nosso cérebro (...)”.

Os relatos evidenciam a relação entre condições de vida e sofrimento psíquico. O modelo excludente capitalista impacta na saúde das populações em razão do desencadeamento de desigualdades sociais, vulnerabilidades e exclusão social, que interferem no processo de saúde e doença dos sujeitos e na sua saúde mental (Augusto & Oliveira, 2011).

A subcategoria *Vivências associada ao estigma da loucura* abarcou as narrativas dos participantes sobre suas vivências ante o sofrimento psíquico, as quais perpassam pela significação através da ideia da loucura, bem como sendo algo relativo à “safadeza” ou “espírito ruim”. Este aspecto foi evidenciado nas falas de Dandara e Zacimba Gaba.

(...) eu também já escutei depressão não é doença, eu escutei isso a muitos anos, que depressão não é doença, é servegonhesa, é safadeza (...)" (Dandara, Comunidade Quilombola do Tigre).

Ah o pessoal que mora aqui só vem pra criticar, pra dizer que a pessoa tá com um espírito ruim no corpo (Zacimba Gaba, Comunidade Quilombola do Tigre)

Historicamente, o transtorno mental foi associado a imagens como possessão demoníaca, agressividade, perigo, frescura, entre outras representações negativas. Nas narrativas aparecem a associação entre o adoecimento psíquico e elementos de ordem espiritual, colocando em questão a veracidade do adoecimento, o que acaba por fragilizar ainda mais as pessoas que já não possuem uma compreensão sobre o seu processo de adoecimento, como já evidenciado.

Estes significados são construídos a partir de concepções socioculturais. São descrições que evidenciam estigmas sobre a loucura e aponta para o preconceito subjacente, os quais, historicamente, delegou ao sujeito com diagnóstico de transtorno mental um lugar de exclusão, isolamento social e de (des)razão (Neto & Alves, 2012).

Itinerários terapêuticos

Esta categoria foi a que apresentou maior frequência de unidades de conteúdo, representando 71,31%, as quais abarcaram quatro subcategorias: Vivência em hospital Psiquiátrico; Cuidados formais e medicação; Saber popular e crenças religiosas e Atividades ocupacionais. A partir dos relatos, foi possível identificar os itinerários terapêuticos percorridos.

Na tentativa de cuidar de sua saúde, as pessoas desenham múltiplas estratégias, perpassando por diferentes sistemas de cuidados (assistências formais e informais). Esse desenho é delineado a partir dos recursos sociais disponíveis e da resolutividade que cada sistema possibilita ao sujeito (Cardoso, Oliveira & Piani, 2016).

A concepção da construção de itinerários terapêuticos em saúde pressupõe que os sujeitos, ao tentarem retornar o seu estado de saúde, adotam uma postura dinâmica que os implica a mobilizar-se em múltiplas direções. Para Cabral, Hemáez, Andrade e Cherchiglia (2009, p. 4434) “itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes”.

Ao narrar suas trajetórias em busca de cuidado, os participantes narram muito mais que escolhas, mas trazem à tona suas condições de vida, vulnerabilidades e dificuldades de acessarem o cuidado integral em saúde (Fernandes, 2016). Neste estudo, os resultados demonstraram que o cuidado formal aparece como um dos primeiros modelos assistenciais procurado pelos usuários e familiares. Contudo, esse tipo de assistência conflui com outros tipos de práticas de cuidado informais.

Na subcategoria *Vivência em hospital Psiquiátrico*, a internação psiquiátrica apareceu como um dos recursos utilizados pelos participantes. Dos nove entrevistados, quatro passaram por internamento em hospitais psiquiátricos. No entanto, todos os entrevistados possuem algum tipo de vivência de internamento em decorrência do adoecimento psíquico, especialmente em hospitais gerais. Dalmolin (2006) afirma que tais dispositivos aparecem como a “porta de entrada” mais acionada por familiares e cuidadores como forma de conter a crise, após terem recorrido a outros recursos informais.

Nas quatro narrativas sobre a vivência do internamento, não houve consenso sobre o tipo de assistência prestada a pessoa com transtorno mental. Embora alguns participantes não tenham relatado a experiência como negativa no momento específico da pergunta sobre o internamento, no transcorrer de suas narrativas, a experiência é narrada como dolorosa.

“(...) só que eu não gostei não, eu fiquei 45 dias – foi triste, foi muito triste, foi desumano o que fizeram comigo (...) era horrível demais, lá é horrível, era muita zuada, muito barulho, ninguém dormia, era muito roubo, era muita briga, muita discursão, o próprio paciente roubava o outro, ninguém dormia direito, queira passar, um queria comer o outro, era horrível demais era muito triste (...)”. (Ganga Zumba, Comunidade Quilombolas do Tigre).

“Foi não, não foi experiência ruim, não. Eu aprendi muito é, o tratamento que eles faz, que dá na gente, só só uma coisa que foi ruim que faz o canto é você, se você for uma pessoa boa, o canto é bom, se for uma pessoa mau o canto é mau, eu aprendi isso. Lá eu tinha alimentação certinha, o lanche, a refeição, comia bastante, brincava de bola, eles brincavam, batia papo mais os amigos lá, mais os pacientes (...)”. (Zumbi dos Palmares, Comunidade Quilombolas do Tigre).

Ao mesmo tempo que na narrativa de Zumbi ele compreende a internação numa perspectiva “positiva”, em outra fala, quando questionado sobre o período de alta, ele relata a importância da liberdade, e reconhece o processo de internamento psiquiátrico como um aprisionamento que limita a existência do sujeito. Este aspecto é apontado por Goffman (1961), quando discorre sobre a mortificação do eu ocorrida durante o período de internação, no sujeito é despersonalizado/descharacterizado e enquadrado num padrão institucional altamente violento.

“Rapaz eu senti uma sensação boa, eu me senti, me senti livre, quando eu sai da providencia eita agora eu to livre, agora eu posso fazer as coisas que eu quero, eu posso passear, agora pra o futebol, é e [pensativo] se cuidar mais pra não pra não cair de novo, é eu pensei também quando tava ali tava preso tava um passarim preso, também me senti mais legal depois que eu sai de lá , quando eu tava lá, não, tava alegre, mas num tava aquela alegria, como cara fica na sua casinha, né? na casa da pessoa hoje posso sair pra

algum canto, hoje posso sair pra uma brincadeira, diversão, lá não podia, né? Lá não podia(...)" (Zumbi dos Palmares, Comunidade Quilombolas do Tigre).

Na subcategoria *Cuidados formais e medicação*, destaca-se a busca de cuidado através da medicação e consulta médica (na rede pública e privada), apresentando 31 unidades de conteúdo, sendo referenciado como primeiro recurso acionado pelos participantes e familiares nos momentos de crise.

O itinerário percorrido pelos participantes, dentro do sistema formal, tem início com a busca por consulta médica, não necessariamente o especialista em saúde mental (psiquiatra). Outros especialistas foram acionados, como neurologista e clínico geral. Frequentemente, este primeiro contato ocorre através do setor privado e só ao longo do processo de adoecimento é que os sujeitos recorrem ao SUS (Cardoso, Oliveira & Piani, 2009).

"eu procurei o médico, logo de cara eu procurei um psiquiatra, um psiquiatra não, o neurologista, eu fui logo pra o neuro, onde eu tive, ai entrei em tratamento, ai começava tendo crises, tinha mais entrada no hospital do que tudo nesse mundo" (Dandara, Comunidade Quilombola do Tigre).

Sobre os percursos trilhados dentro do sistema formal, a medicação aparece como estratégia recorrente, sendo uma das principais formas de auxílio para o sujeito lidar com as consequências do transtorno mental (Lima & Ferreira, 2018). O uso contínuo da medicação foi referenciado por sete entrevistados, e os demais apontaram que, em momentos de crise, recorrem a esse tipo de estratégia para lidarem com os sintomas da doença.

A prática da automedicação também apareceu nas narrativas dos entrevistados. Em geral, os participantes já fizeram o uso de psicofármaco indicado por um vizinho ou familiar. Corroborando este dado, outros estudos apontaram (Fernandes, 2016; Santos & Silva, 2014) que os sujeitos incidem nessa prática seja em decorrência do baixo custo, seja pela dificuldade e morosidade para o agendamento com um profissional médico especialista.

Outra dificuldade é a inadequação da medicação que, mesmo sob prescrição médica, os participantes afirmaram que não conseguiram se adaptar. Ademais como os recursos financeiros são limitados, ocorre certa dificuldade para retornar à consulta juntos aos profissionais do sistema privado, que são os primeiros a serem procurados. Isto colabora para que muitos usuários não retornem para reavaliar o uso da substância.

“ele vei o carrrom, me levou na hora – ela levou pra onde? – pru hospital de São Bento, mas no hospital de São Bento passou uns comprimidos pra mim, passou lá uns comprimidos e a minha irmã comprou, mas era um comprimido que eu tomava agora mas se eu não me deitasse, caia minha filha oxe via o mundo, ficava ceguim, aí tomei até uns comprimidos, tomei até uns 10 sabe e os outros até hoje eu tenho um envelope dele ali que eu di um pra minha irmã a de Lajedo (...)” (Andalaquituche, Comunidade Quilombola Barro Branco).

O saber biomédico, através das tecnologias ditas duras, como o uso de psicofármacos, serviços e equipamentos (Fertonani, Pires, Biff & Scherer, 2015), tem se destacado cada vez mais em comunidades tradicionais. Contudo, a partir dos relatos dos participantes, não se verifica, por parte dos profissionais, a inclusão de outras alternativas de cuidado que emanem do território onde transitam.

Não obstante, as pessoas fazem uso de outras formas mais reflexivas de cuidado com a vida nas comunidades quilombolas. Destaca-se, por exemplo, o cuidado baseado no saber popular e em atividades ocupacionais, como o cuidado com a terra. Tais estratégias de cuidado apareceram, frequentemente, nas narrativas dos participantes. Ao destacar essas estratégias de cuidado, os sujeitos falam sobre compartilhamento de crenças, valores e regras do seu grupo de pertencimento, que são essenciais ao delineamento dos itinerários terapêuticos (Gerhardt, 2006).

No cotidiano das comunidades quilombolas é muito comum o uso de ervas medicinais para o tratamento de patologias leves, como dores de cabeça, resfriados e mal-estar (Fernandes, 2016). Na subcategoria *Saber popular e crenças religiosas*, os participantes falaram sobre o uso de benzeduras e chás como uma das alternativas para amenizar o sofrimento psíquico.

“Já, foi minha tia, eu tava bem, todo duro, andando todo duro, como meu pai, me chamava lá na estrela que eu tava andando que nem meu pai, todo duro, ai minha tia correu, percebeu, ai deu, ai chamou eu atenção assim, se quer ir lá em casa, fazer um remédio pra você? Eu disse quero, ai me chamou pra me dar um remédio pra eu, ai quando eu cheguei lá era um banho, era um banho, um banho de ervas, ai deu um banho de ervas ai eu esmoreci, ai eu me recuperei-me”. (Ganga Zumba, Comunidade Quilombolas do Tigre).

A prática das benzeduras é antiga, e era utilizada como alternativa para aquelas populações que não tinha acesso aos mecanismos de saúde convencional, mesmo com o avanço da medicina e a interiorização do saber médico. Nas comunidades quilombolas, estas práticas apresentam-se como movimento de resistência e necessidade no cotidiano, ainda que forma tímida, pois estas possibilitam o resgate, a reconstrução e atualização de uma memória coletiva (Aguiar, 2009).

A partir dos relatos dos participantes, verificou-se que o direcionamento dessas práticas para o cuidado do transtorno mental aparece anterior a crise e aos sintomas mais graves. Os entrevistados relatam que o uso dos chás e de ervas medicinais são utilizados como calmantes para diminuir agitação e ajudar no sono, e como uma estratégia de não retornar à medicação controlada.

“Quando eu to sem sono, as vezes quando eu to agitada, eu faço chá de camomila e bebo, pra não ter que tomar remédio, porque eu tenho uma cartelinha de rivotril, ai eu já escondi, já escondi, porque quando eu to sem sono, que eu to impaciente, se eu for até

ele eu pego, ai eu pego faço um chá, alguma coisa do tipo pra conseguir dormir”.
(Zacimba Gaba, Comunidade Quilombola do Tigre).

Quando os sintomas são mais graves, os participantes relataram que o uso do chá e das práticas não dão conta de os fazer retornar ao estado de equilíbrio, necessitando, assim, acionarem o sistema de saúde formal: “Não, chá, chá, sempre me falam vai tomar chá. Mas se eu tiver nervosa não vai me acalmar não, nem chá, nem suco, nem nada. Tem que entrar no remédio, vai me acalmar não. Tem que ser a medicação” (Dandara, Comunidade Quilombola do Tigre).

Práticas religiosas e/ou espirituais também foram relatadas como estratégia de cuidado à saúde. Ademais, a religiosidade aparece nas narrativas dos entrevistados como modelo explicativo da doença. Verificou-se, nos relatos, que muitas pessoas da comunidade associavam o problema psíquico a uma questão de ordem espiritual.

“só não ajudou mais porque começaram a dizer que era coisa ruim [risos] que tava em mim, ai eu peguei e falei não não é porque não tem condição não, ai eu peguei e parei, porque aquilo me deixou um pouco pra baixo também, porque era mais pela minha história, do que por qualquer coisa espírita” (Zacimba Gaba, Comunidade Quilombola do Tigre).

A espiritualidade apresenta-se como via de explicação para o adoecimento, mas também como dimensão de acolhimento singular ao seu sofrimento (Cardoso, Oliveira & Piani, 2016). Nesse sentido, a religiosidade apareceu como forma de enfrentamento no processo de adoecimento e na busca pela cura e/ou pelo consolo, como evidenciado na narrativa de Ganga Zumba (Comunidade Quilombola do Tigre) “aí me peguei com Deus forte, me peguei com Deus forte, aí Ele me levantou, nossa senhora aparecida, aí eu comecei a recuperar (...)”.

O enfrentamento religioso (ER) ajuda a lidar com os agentes estressores e a sobrecarga emocional advindas do adoecimento (Faria & Seidl, 2005), o que favorece no manejo da

esperança e a adesão ao tratamento. Nos relatos, os participantes atribuíram a Deus a cura de suas enfermidades e a superação do adoecimento, colocando a medicação como ferramenta secundária do processo de enfrentamento: “Foi mais o remédio do médico, mas a solução que teve foi Jesus, né? (inaudível) Pra aliviar as portas, porque eu tava ruim, fiquei bom, né?” (Ganga Zona, Comunidade Quilombola Barro Branco). Considerar a dimensão da espiritualidade, da fé e das crenças que os sujeitos possuem é necessário para o êxito no processo saúde e doença, principalmente quando se considera a construção dos projetos terapêuticos singulares.

Como última subcategoria de análise os sujeitos desta pesquisa trouxeram como estratégias de cuidado as *Atividades ocupacionais* desenvolvidas no cotidiano como o cuidado com a terra, com os animais e o artesanato. A terra para comunidades tradicionais representa muito mais que a possibilidade de moradia e produtividade. Tem um sentido existencial, ligado a questões de ancestralidade e ao sentimento de pertença (Fernandes, 2016), o que foi evidenciado no relato Ganga Zona (Comunidade Quilombola Barro Branco): “(...) eu me sinto melhor dentro dos matos. é, é, pronto, é. Eu to muito agitado eu vou me embora trabalhar, oxe, passo o dia todinho bem assusegado, ai chego tomo banho, me janto, cum pouco durmo a noite todinha.”.

As atividades localizadas no interior do território e que não demandam de recursos tecnológicos colaboram e favorecem o cuidado e a promoção de saúde dos entrevistados, como observado na fala a seguir: “(...) e o que me ajuda é os afazeres do dia a dia, pintar a casa, brincar com o cachorro, cuidar do jardim, essas coisas, não fica só no remédio”. (Zacimba Gaba, Comunidade Quilombola do Tigre). Nesse sentido, os relatos apontam para a necessidade de um modelo assistencial em saúde, que invista nas tecnologias leves como ferramenta de cuidado, as quais tem por objetivo atender as necessidades dos sujeitos a partir do campo

relacional (Fertonani et al., 2015). Essas práticas já são utilizadas no cotidiano dos sujeitos, mas perde força quando confrontada pelo sistema formal.

Os participantes entenderem e referenciam o sistema formal de cuidado em saúde mental. Contudo, antes dos sintomas mais graves aparecerem, verificou-se que os participantes trilham percursos dentro do próprio território. Em parte, isto decorre da falta de assistência das Políticas Públicas, principalmente na comunidade quilombola Sítio Barro Branco, o que impacta nos itinerários terapêuticos construídos por cada sujeito. Ao mesmo tempo, os itinerários terapêuticos favorecem encontros cotidianos com os agentes de saúde da própria comunidade, possibilitando que o cuidado não se torne uma ação mecânica, mas permeada por laços afetivos e de solidariedade.

Apoio familiar e comunitário

Esta última categoria abarcou os relatos dos participantes sobre a família e a comunidade. A qualidade e a manutenção dos vínculos familiares podem implicar no modo como sujeito se posiciona ante ao tratamento. É através da família que os itinerários terapêuticos são traçados e conduzidos. Os familiares cuidadores participam, dentre outras coisas, das escolhas a serem realizadas, da indicação de um rezador, da troca de informação ou até mesmo na busca do profissional médico e do manejo da medicação (Fernandes, 2016; Alves & Backstrom, 2012). A fragilidade dos vínculos familiares pode agravar o sofrimento e dificultar o acesso aos serviços de saúde (Gerhardt, 2006).

Neste estudo, a participação familiar apareceu nos relatos como *colaboradora no cuidado*, mas também como potencializadora do sofrimento. O convívio familiar pode ajudar ou desempenhar papel negativo na trajetória dos sujeitos, dificultando ou facilitando o acesso às estratégias de cuidado e aos recursos terapêuticos (Cardoso, Oliveira & Piani, 2016).

Em muitas narrativas, os vínculos familiares aparecem fragilizados em decorrência da longa trajetória percorrida em busca de tratamento. Contudo, é no vínculo familiar que alguns participantes encontraram o apoio emocional e instrumental necessário à sua trajetória.

“(…) ai foi ai que meu marido mostrou quem ele era, foi nesse tempo que ele mostrou quem ele era, porque ele gastou tudo o que tinha e o que não tinha [ênfase] ele tinha acabado de começar o negócio dele, acabado de começar, tava ali engatinhando, e tudo que ele tinha foi comigo, foi comigo. Então o meu principal cuidador foi ele, minha sogra também, eu não vou negar, porque ela me ajudou muito”. (Zacimba Gaba, Comunidade Quilombola do Tigre).

Em todas as narrativas os sujeitos trazem referência (explícita ou implicitamente) a algum familiar que contribuiu, ativamente, na busca por cuidado e superação da crise. Silveira et al. (2011), em seu estudo sobre apoio social em comunidades quilombolas, afirmou que a família é fonte importante de apoio emocional, sendo esta o primeiro lugar que o sujeito irá recorrer, caso venha precisar de algo. Esse apoio foi evidenciado no relato de Ganga Zona (Comunidade Quilombola Barro Branco), ao falar do vínculo entre ele, a esposa e o filho: “é, tudo, tudo no mundo é ela e o outro o Murilo, tu nunca visse ele, não?”.

Em outra perspectiva, alguns participantes trouxeram a *família como potencializadora do adoecimento*. Os participantes falaram da incompreensão da família sobre a patologia, associando o comportamento depressivo a frescura e a falta de Deus, e sobre a dificuldade de manejar os momentos de crise.

“(…) ai quando eu chego, chega Roberto, Roberto vem sem experiência pra me pega me, eita eu só não me desmantelei mais ele. Minha sorte foi Deus, viu? (...) O caba não pega uma pessoa assim não, sem ter experiência, sem ter experiência, sem conversar, porque o doido gosta muito de conversar, pra, que ele quer entender o que tá acontecendo no mundo (...)”. (Zumbi dos Palmares, Comunidade Quilombolas do Tigre).

Essa dificuldade de os familiares lidarem com o sujeito em crise aponta para a necessidade de um suporte mais efetivo do sistema formal junto as famílias. Para a família, o processo de cuidado é, frequentemente, solitário e incerto, especialmente em comunidades quilombolas localizadas distante dos centros urbanos (Severo, Dimenstein, Brito, Cabral & Alverga, 2007).

Quanto aos vínculos estabelecidos dentro da comunidade, estes aparecem fragilizados. O modo como a comunidade interpreta as pessoas com transtorno mental está associado ao estigma da loucura, sendo reproduzido o discurso que os sujeitos são doidos, agressivos ou que o comportamento decorre de frescura ou de questões espirituais. No entanto, ao falar da comunidade no sentido de território vivo, os participantes relataram que são felizes na comunidade em decorrência do convívio com pessoas íntimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que, mesmo com a precariedade de equipamentos sociais e a fragilidade/inexistência das Políticas Públicas em comunidades quilombolas, os sujeitos (re)desenharam suas próprias estratégias de cuidado, construindo, assim, itinerários terapêuticos múltiplos e práticas de cuidado resistentes.

As práticas de cuidado baseadas no saber biomédico foram frequentes nos relatos dos participantes, ocorrendo em paralelo ao uso de práticas baseadas no saber popular e em crenças espirituais/religiosas. Os relatos apontam para a possibilidade (e necessidade) de diálogo entre esses saberes, uma vez que o encontro desses sistemas produz novos modos de vida e de cuidado em saúde. Esse encontro, no entanto, não ocorre sem tensionamentos e de forma linear, ora se incorporam, ora se negam, num constante movimento de ruptura e reconciliação. É neste espaço que vivem e resistem as populações, dando conta de suas necessidades de saúde e produzindo novas formas de cuidado no cotidiano, com ou sem a presença dos dispositivos formais.

O estudo possibilitou a escuta das narrativas dos sujeitos que são os mais afetados pela ausência dos mecanismos de cuidado e, mesmo assim, permanecem cuidando de si frente ao descaso do poder público. Por vezes, os itinerários terapêuticos em saúde mental, na comunidade quilombola, subverte a lógica biomédica, demonstrando que a integração com os territórios de pertencas e o contato com a terra são terapêuticos e promovem o bem-estar.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, G. O. (2009). Mulheres negras da montanha: as benzedeadas de Rio de Contas, Bahia, na recuperação da saúde. *Ciberteologia – Revista de teologia & Cultura* – ano III, n. 21, pp. 48-51.
- Augusto, A. M. C., Oliveira, J. F. P. (2011) Exclusões sociais na doença mental: o caso da esquizofrenia e da depressão. Dissertação – Universidade da Beira Interior <http://hdl.handle.net/10400.6/2807>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.
- Cabral, A. L. L. V.; Martinex-Hemáez, A.; Andrade, E. I. G. & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*.16(11):4433-4442.
- Cardoso, M. R. de O., Oliveira, P. de T. R. de, Piani, P. P. F. (2016) Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará *Saúde Debate* | rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, ABR-JUN 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201610907
- Dalmolin, B. M. (2006) *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Faria, J. B. & Seidl E. M. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 18(3), pp. 381-389.
- Fernandes, M. E. (1995) A “história de vida” como instrumento de captação da realidade social. Cadernos CERU- nº6- Série 2.
- Fernandes, S. L. (2016) Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil/ São Paulo, Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Fernandes, S. L., Santos, A. de O. dos, (2016) Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil. V. 16, N.2 DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/INTERFACES.V16I2.7562>
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. de, Biff, D. Scherer, M. D. dos A. (2015) Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1869-1878. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014.
- Gerhardt. T. E. (2006) Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov.
- Goffman, E. (1961) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Neto, C. Alves, F. (2012) A experiência subjetiva com a doença mental O caso da depressão. *SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS*, n.º 70, pp. 111-129. DOI:10.7458/SPP2012701213
- Santos, R. C. & Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063.
- Severo, A. K. de S Dimenstein, M. (2009) O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 59-67. ISSN (versão eletrônica): 1678-4669
- Severo, Ana Kalliny de Souza, Dimenstein, Magda, Brito, Monique, Cabral, Clariana, & Alverga, Alex Reinecke. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde

mental. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 59(2), 143-155. Recuperado em 24 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200005&lng=pt&tlng=pt.

Silveira, C. L. et al. (2011). Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescentes de quilombo. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Jul/Set; 10 (03); 585-592.

Família êh! Família ah! Família! Experiências de familiares de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas sobre estratégias de cuidado em saúde mental.

Family êh! Family ah! Family! Strategies for mental health care of relatives of people in psychological distress in quilombola contexts

Danila Cristiny de Araújo Moura Aciole

Josevânia da Silva

Resumo:

Este estudo teve como objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental por familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. Foram participantes dessa pesquisa seis familiares cuidadores de duas comunidades quilombolas do interior do estado de Pernambuco. Os dados foram coletados através de questionário sócio demográfico e uma entrevista semiestruturada, e analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin. Os resultados evidenciaram quatro categorias temáticas (Concepções sobre o Sofrimento Psíquico; Estratégias de Cuidado; Cuidado em saúde mental nos serviços de saúde e Relações sociais) e doze subcategorias. Os participantes relataram ter pouco entendimento sobre o transtorno mental. Dentre as estratégias de cuidado, destacam-se as práticas as religiosas e estratégias pautadas no cuidado biomédico. O estudo demonstrou que os familiares cuidadores estão implicados no processo de cuidado. Contudo, necessitam de maior suporte da Rede de Atendimento Psicossocial e comunitária.

Palavras-chave: Familiares, estratégias de cuidado, saúde mental, contexto quilombolas.

Abstract: This study aimed to analyze the conceptions about psychological and distress and mental health care by relatives of people diagnosed with mental disorder, living in quilombola communities. This is a qualitative approach and exploratory-descriptive type research. Participants were six family caregivers from two quilombola communities in the interior of the state of Pernambuco. Data was collected through a socio-demographic questionnaire and a semi-structured interview, and analyzed with the thematic content analysis, proposed by Bardin. The results showed four categories (conceptions of psychic suffering; care strategies; mental health care in health services and social relations) and twelve subcategories. Participants reported little understanding of the mental disorder. Among the care strategies, there are the religious practices and strategies based on biomedical care. The study showed that family caregivers are involved in the care process. However, they need greater support from the psychosocial and community care network.

Keywords: Family members, care strategies, mental health, quilombola context.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental no contexto brasileiro, historicamente, foi marcada pela forte inserção do paradigma hegemônico do saber biomédico, que pauta suas intervenções em práticas curativistas, individualizadas e com foco na ministração de medicações, afastando o sujeito do seu grupo social e familiar (Severo, Dimenstein, Brito, Cabral & Alverga, 2007). Mudanças nesse paradigma só foram possíveis após a criação do Sistema Único de Saúde e de movimentos sócio políticos, como da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A partir desses movimentos o cuidado em saúde passa a adotar nova perspectiva, que leva em consideração o contexto ambiental, social, reposicionando a família como partícipe do processo de cuidado (Severo et al., 2007).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a família tem papel central como agentes de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, tendo em vista que a principal proposta da Reforma Psiquiátrica é a possibilidade de reinserção social do sujeito em sofrimento. Para tanto, as ações em saúde mental, que visem o bem-estar dos usuários, passa pela criação dos vínculos familiares, muitas vezes rompidos no período de internação psiquiátrica (Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz & Bastos, 2007).

Anterior à Reforma Psiquiátrica, a família já exercia o papel de principal cuidadora das pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, com a reforma, o seu papel se expande do âmbito privado (cuidado realizado dentro do contexto residencial/familiar) e adentra ao âmbito público. Com a Reforma Psiquiátrica, são criados espaços de controle social e, nos dispositivos substitutivos, grupos específicos para familiares e cuidadores, bem como a estimulação destes na construção do projeto terapêutico singular (PTS) (Jorge et al., 2007; Mângia & Muramoto, 2008).

A inserção e participação das famílias e cuidadores nos dispositivos de saúde e no cuidado ao sujeito em sofrimento nem sempre é fácil. Dentre as dificuldades, destacam-se

disponibilidade de tempo para as demandas exigidas pelo cuidado, condições econômicas para garantir o deslocamento aos serviços de saúde e o interesse dos familiares e cuidadores para participarem das ações nos serviços substitutivos. Também são frequentes problemas de relacionamento entre cuidadores e as pessoas em sofrimento psíquicos, que evidenciam dificuldades de convivência e o despreparo da família para lidar com as situações (Silva, Dimenstein & Leite, 2013). Romagnoli (2005, p. 252) aponta que “a reinserção do portador de transtorno mental na sociedade dá-se prioritariamente nos espaços familiares, em famílias carentes e sem preparo para prover cuidado familiar e subjetivo”.

A família nesta perspectiva pode aparecer como agente de cuidado ou potencializadora de sofrimento. A volta das pessoas em sofrimento psíquico para o ambiente familiar precisa ser preparada pelas equipes de saúde, a fim de capacitar a família para o manejo das situações de crise. Este preparo, dentre outros aspectos, considera que as pessoas com algum transtorno mental não se resumem a patologia, promovendo espaços de socialização junto à comunidade e à família (Colvero, Ide & Rolim, 2004).

A Reforma Psiquiátrica, desde o seu início, tem proposto um novo modelo de relacionamento entre sociedade e as pessoas em sofrimento. Contudo, ainda existe um longo caminho para criação, consolidação e fortalecimento dos equipamentos sociais necessários à sua efetividade (Gonçalves & Sena, 2001). Muitos avanços ocorreram para a desconstrução do aparamento manicomial. Mas ainda são necessárias melhorias no que diz respeito a ressocialização dos sujeitos e o cuidado deste em seu território (Cardoso et al. 2017). Em geral, as ações voltadas para a socialização estão centralizadas na realidade urbana, com pouco direcionamento para os territórios tradicionais, rurais, indígenas e quilombolas.

Dentro desses territórios a realidade do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico sempre perpassou o seio familiar, e a gestão desse cuidado se dá através do uso de medicamentos, do acionamento dos dispositivos biomédicos e, principalmente, pela utilização

dos insumos próprios da cultura local, à exemplo do uso das ervas medicinais e da espiritualidade (Carvalho, 2004). Considerando esta diversidade de práticas de cuidados, Kleinman (1979) propôs um modelo conceitual denominado sistema de cuidado à saúde, que tinha por objetivo compreender como os sujeitos organizam, pensam e decidem sobre o cuidado à saúde. Este sistema compreende o cuidado à saúde em três subsistemas: familiar, profissional e popular.

O subsistema familiar abarca a cultura popular e o senso comum, e é composto pelo o indivíduo e suas redes sociais (família e amigos) (Kleinman, 1979). Já o subsistema profissional, segundo o referido autor, contempla as pessoas que participam do cuidado e que são reconhecidas oficialmente, cujo saber está legitimado pela ciência e os mecanismos formais e oficiais de cuidado. Por último, o subsistema do saber popular tem sua composição formada por uma gama de especialistas que não possuem suas ações respaldadas pelo saber oficial, porém têm suas práticas reconhecidas e legitimadas pela sociedade (Kleinman, 1979). A busca por cuidado por parte das pessoas e seus familiares, nesta perspectiva, é permeada pelos três subsistemas, sem percurso definido hierarquicamente e seguindo a sua própria lógica e sentido (Cardoso et al., 2017).

É especialmente nos meios rurais que encontramos maior incidência sobre a utilização de múltiplos recursos terapêuticos e sistemas de saúde na tentativa de buscar a “cura” para doenças físicas e mentais. Essa utilização ocorre de forma combinada (uso de medicação + práticas religiosas) (Carvalho, 2004). A combinação desses saberes (saber profissional/científico e o saber popular/tradicional), às vezes, ocorre de forma tímida, muito em decorrência de como o território quilombola tem sido afetado pelo saber colonizador biomédico.

O saber médico, não raras vezes, se torna distante da realidade dos sujeitos e insuficientes para dar clareza as inquietações que o diagnóstico produz (Heezlich, 1991). Assim,

o saber popular se apresenta com uma linguagem mais clara e próxima ao cotidiano destes, trazendo também mais acolhimento às angústias produzidas pelo processo de adoecimento.

No momento de escolha sobre quais estratégias de cuidado serão acionadas no momento da crise e pós, a família, cuidadores e vizinhos apresentam-se como atores e aliados fundamentais no cuidado a pessoa em sofrimento psíquico (OMS, 2001). Sendo estes que direcionam o sujeito em sofrimento na construção do seu itinerário terapêutico e na escolha de quais estratégias de cuidado serão acionadas. Perez e Marqués (2018) apontam que esse fato ocorre em decorrência da perda natural de autonomia no momento de crise, o que impossibilita que o sujeito em sofrimento desenhe seu próprio caminho, necessitando, assim, de maior suporte afetivo, social e econômico por parte de sua rede de apoio familiar e comunitário.

Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo analisar as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental por familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva e de cunho qualitativa (Minayo, 2010).

Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas comunidades quilombolas, localizadas no interior do estado de Pernambuco (Comunidade Quilombola do Tigre – Garanhuns/PE e Comunidade Quilombola Sítio Barro Branco – Belo Jardim/PE). A comunidade quilombola do Tigre possui maior número de equipamentos sociais presentes no seu território, a saber: o CRAS Quilombola volante, ponto de apoio para equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) onde o médico e enfermeira atendem, semanalmente, além de uma equipe multiprofissional de residentes;

Agente Comunitário de Saúde (ACS) próprio; uma escola; uma benzedeira; uma oradeira; Igrejas (católicas e protestantes); Associação de Moradores e uma Cooperativa. Por sua vez, na comunidade do Barro Branco as políticas públicas de saúde e assistência social estão ausentes. O território possui os seguintes equipamentos sociais: a associação de moradores; um benzedeiro, uma escola e Igreja. A comunidade já contou com a assistência de uma ACS, mas, em razão de questões de reconhecimento territorial, ela foi relocada para outra comunidade. Este fato implica diretamente no processo de saúde e doença desta comunidade, na qual se verifica poucos dados epidemiológicos sobre os moradores.

Participantes

Participaram de forma não probabilística e por conveniência seis familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico, moradores de duas comunidades quilombolas, localizadas no interior do estado de Pernambuco. Para delimitar o número de participantes desta pesquisa, foi utilizado o critério de saturação das entrevistas.

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2018. Foi realizado o contato com as lideranças comunitárias para se ter acesso as famílias, conforme os critérios de inclusão dos participantes. Vale salientar que contato com as lideranças comunitárias foi facilitado em razão da experiência anterior da pesquisadora responsável enquanto residente de saúde da família nas duas comunidades. Depois, foi realizado visitas no domicílio das famílias. Na ocasião, foram explicitados os objetivos da pesquisa e a disponibilidade para a participação voluntária. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Gravação de voz. Depois, foi realizado a aplicação do questionário sócio demográfico e econômico, seguido da entrevista

A entrevista foi realizada pela entrevistadora responsável, de forma individual e reservada, em local escolhido pelo entrevistado, com duração média de 50 minutos. Os dados foram gravados para posterior transcrição e análise.

Instrumentos

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário sócio demográfico, com a finalidade de caracterizar os participantes; e uma entrevista semiestruturada (Silva, 2005). A entrevista foi constituída a partir de questões norteadoras, pautadas no objetivo do estudo, com possibilidades de inclusão de outros temas, caso fossem suscitados pelos entrevistados.

Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo do tipo categorial temática, conforme proposta de Bardin (2011). Segundo esta autora, a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47). Este tipo de análise prevê três fases fundamentais: *pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados* (a inferência e a interpretação).

Aspectos éticos

Durante o desenvolvimento desta pesquisa todos os participantes tiveram acesso e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização desta pesquisa teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento-CESED/PB, sob o parecer nº 2.925.682, cumprindo-se os preceitos éticos da

pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinado pela Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do perfil dos familiares foi relevante nesta pesquisa para caracterizar como é constituída a rede de apoio sócio/emocional/material dos sujeitos em sofrimento. Tendo em vista que as questões de renda, de vínculo laboral, escolaridade podem interferir na maneira como os familiares contribuem no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e econômico dos Familiares Cuidadores.

Variáveis		Frequência
Estado Civil	Solteiro (a)	01
	Casado	03
	Divorciado (a)	01
	Viúvo(a)	01
Sexo	Feminino	05
	Masculino	01
Religião	Católica	04
	Sem religião	02
Raça	Parda	01
	Branca	01
	Preta	03
Se reconhece quilombola	Não declarado	01
	Sim	05
	Não declarado	01
Escolaridade	Analfabeto	03
	Sabe ler e escrever	01
	Ensino Médio completo	02
Condições de renda	Salário Mínimo	02
	< Salário Mínimo	03
	Não declarado	01
Função Laboral	Agricultor(a)	04
	Autônomo	01
	Aposentada	01
Benefício Social	Sim	03
	Não	03
Vínculo com o sujeito em sofrimento psíquico	Mãe	02
	Filha	01
	Esposo(a)	03
Algum outro parente já teve diagnóstico semelhante	Sim	05
	Não	01

A partir do perfil sociodemográfico dos participantes, verificou-se que parte (três) dos familiares cuidadores não foram alfabetizados e um afirmou saber ler e escrever, mas não indicou os anos de escolaridade. A baixa escolaridade dificulta a compreensão dos familiares em relação à ministração da medicação e no entendimento sobre quais serviços seriam mais pertinentes para levar o seu familiar no momento de crise.

Quanto a função laboral, a agricultura é o principal meio de sustento familiar. A renda mensal familiar foi menor que um salário mínimo para a maioria dos participantes. Ademais, a maioria dos participantes afirmaram que as pessoas em sofrimento psíquico, das quais cuidavam, não possuíam Benefício de Prestação Continuada (BPC), ficando, assim, na dependência financeira da sua rede de apoio. Além de impactar nas condições de vida, a baixa renda familiar dificulta o acesso aos serviços de saúde, como o CAPS, bem como limita a compra dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde (Silva, Dimenstein & Leite, 2013).

Dos vínculos familiares, se sobressaiu o marital (três), sendo duas esposas cuidadoras e apenas um esposo, que foi o único homem referenciado como cuidador entre os participantes; e duas cuidadoras tinham um vínculo materno. Essa caracterização traz à tona as implicações das questões de gênero nas relações de cuidado (Severo et al., 2007). Souza e Araújo (2014), em seu estudo sobre a invisibilidade da mulher quilombola, discorreu sobre os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres, com dupla e tripla jornada de trabalho, ocupando funções centrais dentro do âmbito familiar e comunitário.

Historicamente, a mulher desempenhou o papel de cuidadora do lar e dos familiares, além questões emocionais e de saúde (Severo et al., 2007). E mesmo com os avanços alcançados nos âmbitos político/econômico/social, a mulher ainda continua sendo a principal cuidadora no processo de adoecimento de familiares (Carvalho, 2002). É a mulher-mãe que, ainda, assume a responsabilidade pelo manejo do cuidado cotidiano da pessoa com transtorno mental, abrindo

mão de sua rotina e articulando as estratégias necessárias para o tratamento do sujeito (Rosa, 2011). São essas mulheres, também, que colaboram com o compartilham de crenças sobre o uso de plantas medicinais no processo de cuidado das comunidades (Fernandes, 2016).

Dentre os seis participantes, cinco relataram que outros familiares próximos já passaram pela mesma problemática de saúde ou semelhante. Em uma das famílias entrevistadas, o avô, o pai e quatro filhos possuíam diagnóstico do transtorno mental, com histórico de internamento. A participante do referido histórico familiar era a cuidadora cinco dos familiares acometidos pela patologia, gerando sobrecarga emocional para essa mulher.

Em relação aos dados das entrevistas, a partir da análise de conteúdo do tipo categorial temática foram evidenciadas quatro categorias temáticas, doze subcategorias e 101 unidades de conteúdo, conforme apresentado a seguir.

Tabela 2

Categorias temáticas e subcategorias com suas respectivas frequências

Categorias	Subcategorias	UC (f)	UC (%)
Concepções sobre o sofrimento psíquico	Pouco entendimento	11	19,80
	Explicações baseadas no senso comum	09	
	Cuidado impositivo	03	
	Cuidado colaborativo	04	
Estratégias de Cuidado	Cuidado biomédico	13	51,49
	Uso de plantas medicinais	06	
	Atividade ocupacionais e sociais	09	
	Práticas religiosas	17	
Cuidado em saúde mental nos serviços de saúde	Insatisfação com a rede de atenção psicossocial	10	14,85
	Experiência Manicomial	05	
Relações sociais	Preconceito	11	13,86
	Rede de apoio	03	
Total		101	100

UC: unidade de conteúdo; f: frequência; %: porcentagem.

Concepções sobre o sofrimento psíquico

A primeira categoria foi constituída por narrativas que remetem as concepções que os familiares cuidadores constroem sobre o sofrimento psíquico do seu parente. Os familiares demonstraram pouco entendimento sobre o sofrimento psíquico (patologia) e um modelo explicativo ao sofrimento baseado no senso comum. Essas concepções formadas pelos familiares sobre a doença são construídas a partir de elementos baseados nas experiências cotidianas, bem como em razão da dificuldade que os profissionais de saúde possuem em estabelecer uma comunicação clara e eficiente com os cuidadores sobre o diagnóstico do seu familiar (Villares, Redko & Mari, 1999).

Na subcategoria *Pouco entendimento*, as narrativas demonstram que os profissionais de saúde não fazem com que as explicações sobre o diagnóstico fiquem acessível para os familiares, ficando a cargo destes inferirem sobre o que estava ocorrendo com do seu parente.

“(…) ai eu não seio direito, num dixero o que é, sim não disseram o que é (…) Não o médico não me falou, o médico passou um medicamento, só sei o que eu desconfo que foi depressiva porque eu já tive, só que a minha foi fraca (…)”. (Mãe de Aquatune, Comunidade Quilombola do Tigre)

Quando as informações são insuficientes, os familiares e pessoas em sofrimento constroem seus próprios modelos explicativos para casualidade da doença, buscando informações em outros meios para conseguirem, minimamente, compreender o processo de adoecimento do seu familiar (Silva & Moreno, 2004).

“(…) ela é, tem esquizofrenia, no caso eu acho que é um avança, um negócio avançado que já não é mais depressão, ela é esquizofrênica. Que é aquela pessoa que vê vozes, esse tipo de coisa.” (Filha de Luiza Mahin, Comunidade Quilombola do Tigre).

A explicação do diagnóstico e preparação da família para essa nova realidade deveria ser protocolo dos serviços de saúde, tendo em vista que ao receber o diagnóstico ocorre uma

mudança no modelo organizativo das famílias. Essa nova situação pode ocasionar o adoecimento de outros membros familiares, em decorrência alta carga emocional que o cuidado cotidiano pode provocar (Silveira, Budó, Ressel, Oliveira & Simon, 2011; Giovenardi, s.d).

Na subcategoria *Explicações baseadas no senso comum*, os familiares buscam explicações que estejam presentes dentro do seu contexto relacional e cultural. As explicações sobre a casualidade do processo de adoecimento são permeadas por noções mágicas, místicas, espirituais, assombramento e objetivas (Villares, Redko & Mari, 1999).

“eu me lembro, foi em 1993 aí eu tava mais ele na roça, e deu uma dor de cabeça bem forte nele, desde aquele dia ficou tremendo, não quis entrar dentro de casa, não comia, não dormia, aí foi da vez que nois levou ele pra Garanhuns” (Esposa de Benedito Meia-Légua, Comunidade Quilombola Barro Banco).

“De Sandra quando ela tava pequena com 12 anos eu criava um garrote e fui tirar um capim na beira do rio, ai menino não pode ver nada ai ela e outro menino, o menino foi tirar uma jaca, num pé de jaca bem alto ai ela pequena (inaudível) ela pequena ai ficou debaixo do pé de jaca, ai eu tirando capim, ai o menino soltou uma jaca, porque era assim lá de riba quando a jaca veio debaixo a jaca caiu rapando a cabeça dela, oxe ai ele gritou, vem corre de pressa que Sandra tá aqui caída, caiu uma jaca na cabeça dela (inaudível) eu peguei ela mais ele, levei pra beira do rio quando acabar dei um banhe nela, levei pra casa quando ela vei tornar umas cinco hora. (...) tem, tem, sabe porquê? porque atingiu o cérebro dela, a jaca atingiu o cérebro dela também, atingiu.” (Mãe de Zumbi dos Palmares e Ganga Zumba, Comunidade Quilombola do Tigre).

Essas explicações não estão contempladas nos Compêndios da Psiquiatria, porém são os modelos explicativos palpáveis para realidade dos sujeitos. Tais explicações apresentam-se como possibilidade de tornar a “doença invisível” em algo explicável (Moreira & Melo, 2008), saindo da ordem do abstrato e tornando o diagnóstico um pouco mais concreto.

A dimensão espiritual aparece em dois contextos: o primeiro na tentativa de explicar o processo de adoecimento e o que ele pode proporcionar ao sujeito; e o segundo como possibilidade de cura, tendo em vista o prognóstico negativo por parte do profissional médico. Neste primeiro contexto, destaca-se o relato da Mãe de Zumbi dos Palmares e Ganga Zumba (Comunidade Quilombola do Tigre) sobre o que acontece após o adoecimento: “E eu digo mais quando a pessoa tá doente, tá com isso o demônio se aproveita, sabe porquê? porque ele tá com corpo aberto, ele se aproveita daquela matéria pra fazer o que não presta (...)”.

As explicações sobre o sofrimento psíquico, que tem por viés a dimensão espiritual constituem um sistema de crenças utilizado pelo conhecimento popular e médico. Tais crenças ajudam a preencher processos inexplicáveis ou incompreensíveis para as pessoas, trazendo conforto e resignação frente ao sofrimento enfrentado” (Villares, Redeko & Mari, 1999, p. 43). Assim, as explicações construídas pelos familiares cuidadores não estão alinhadas, necessariamente, ao que o modelo biomédico descreve sobre esse processo de adoecimento. Mas são criadas dentro do território, baseadas nos saberes prévios dos sujeitos (Falkenberg et al. 2014).

Estratégias de Cuidado

A categoria sobre as estratégias de cuidado em saúde mental foi a que apresentou maior frequência de unidades de conteúdo. A partir dos relatos, os participantes falaram sobre diversas estratégias, as coisas foram dispostas em seis subcategorias temáticas, a saber: cuidado impositivo, cuidado colaborativo, cuidado biomédico, uso de plantas medicinais, atividades ocupacionais e sociais e práticas religiosas.

Historicamente, a família tem sido a principal agente de cuidado à saúde de seus componentes (Gutierrez & Minayo, 2010). Contudo, a condução familiar do processo de cuidado pode ocorrer de diversas maneiras. Segundo Bocchi (2004), este cuidado pode ser

realizado numa perspectiva que incentive as pessoas em adoecimento a recuperar sua autonomia. Neste caso, existe uma participação ativa do sujeito nas decisões, reconhecendo-o como protagonista de seu cuidado e da sua saúde. De outro modo, esse cuidado pode ocorrer de forma a tutelar o sujeito, não estimulando a autonomia (Bocchi, 2004).

A condução e exercício do cuidado direcionado ao familiar apareceu de forma ambivalente nos relatos dos participantes. Em algumas narrativas o cuidado é realizado como uma prática impositiva e, em outras, como colaborativa. O *cuidado colaborativo* apareceu nas narrativas para demonstrar que, em alguns momentos, o sujeito participa, contribui e opina sobre quais estratégias de cuidado vão ser adotadas no seu tratamento. Contudo, fica evidente que esta participação ainda ocorre de forma sutil e fragilizada, acontecendo apenas nos períodos que a pessoa não está em crise.

O “*cuidado*” *impositivo* foi mais presente no cotidiano familiar, conforme evidenciado no seguinte relato: “não, na realidade ela não participa porque ela não tem noção de que não esse aqui é melhor pra mim, ela não tem essa noção, ai eu digo tem que ir pra tal médico, ela não se recusa (...)” (Filha de Luiza Mahin, Comunidade Quilombola do Tigre). Essa perspectiva de cuidado torna o sujeito passivo e invisível, reforçando o imaginário que a pessoa em sofrimento psíquico seria o sujeito da desrazão, e que a patologia o tornaria incapaz de assumir responsabilidades (Torre & Amarante, 2010; Randemark, Jorge & Queiroz, 2004).

Os familiares apontam que, no momento da crise, torna-se difícil manter uma relação de diálogo com o familiar com transtorno mental, sendo necessário tomar atitudes mais enérgicas para garantir o tratamento. É possível que essa dificuldade decorra do fato de a família não ter sido orientada/capacitada para manejar corretamente os períodos de crise de seu familiar.

“conversava, mas ele não queria ir; até a polícia vir 3 vezes aqui que conseguia levar ele e ele corria pra dentro do mato ai com muito tempo é que ele voltava aí nós enganava

ele, até corda nós pegou pra amarrar ele pra ele não correr no dia de internar ele” (Esposa de Benedito Meia-legua, Comunidade Quilombola Barro Banco).

Esse tipo de prática impositiva remete ao modelo intervencionista do hospital psiquiátrico, que visava conter os sujeitos, descaracterizando-os de todo e qualquer desejo e autonomia, o sujeito é silenciado em prol de um tratamento intransigente que nunca poderá ser considerado cuidado (Prado, 2015).

O *cuidado biomédico* se apresentou como a segunda modalidade mais acionada pelos familiares, sendo superada apenas pelas práticas religiosas. Nas narrativas, esse cuidado é caracterizado através do uso da medicação como forma de controle a crise e a procura por médicos especialistas (psiquiatra e neurologista).

“ôi eu, nós morava no outro sítio, nós correu atrás de meu pai pra levar ele pra Garanhuns pru médico, aí quando chegou lá o médico passou remédio e não serviu de nada o remédio, aí nos trouxemos pra aqui pra uma doutora, doutora Ana, aí foi que ela passou uns remédios e foi controlando, aí depois repetiu dinovo aí foi da vez que ele foi internado” (Esposa de Benedito Meia-légua, Comunidade Quilombola Barro Banco).

Apesar do uso dos psicofármacos possuir centralidade nas narrativas, este surge em movimento de ambiguidade. Por um lado, os participantes consideram o medicamento como possibilidade mais efetiva para controlar os dos sintomas. Por outro, os familiares lançam mão de outras estratégias de cuidado, que sejam mais contextualizadas com as demandas dos sujeitos, conforme os familiares cuidadores. Na maioria das narrativas, a medicação não surge isolada de outros recursos, como observamos na fala da Mãe de Zumbi dos Palmares e Ganga Zumba (Comunidade Quilombola do Tigre), respectivamente: “primeiramente mais em Deus e nos remédio”; “Porque quem não tomar esses remédio eles adoce, porque assim eles é parar ai pronto já fica estranho (...)”.

Em seu estudo sobre a experiência de familiares no cuidado em saúde mental, Severo et al. (2007) apresentam a ineficácia da medicação diante dos sintomas do transtorno mental, sendo este considerado apenas um paliativo que controla a crise momentânea, o que gera insatisfação dos familiares. Neste estudo, verificou-se que as estratégias de cuidado apresentadas são múltiplas e não anulam a potência e importância uma das outras. Ao contrário, a trajetória do cuidado em saúde mental necessita desses múltiplos recursos, principalmente em comunidades que sofrem com o difícil acesso aos dispositivos formais de saúde. É frequente a associação o uso das plantas medicinais e a medicação (Silva, 2018;).

“Agrego, é, eu dou o chá de foia de laranja, eu dou o chá de de de cidreira e de capim santo a ele e também suco de maracujá” (Esposa de Ganga Zona, Comunidade Quilombola Barro Branco).

O uso das plantas medicinais não aparece como recurso capaz de curar o sofrimento psíquico, mas como uma medida a ser tomada para aliviar os sintomas, prevenir as crises e promover a sensação de bem-estar ao sujeito (Theotônio, 2010). Frequentemente, tem sido uma estratégia utilizada no controle da insônia, sintoma muito comum nas narrativas dos familiares, que relataram fazer uso de chás e sucos para que seus parentes durmam melhor.

Outra estratégia de cuidado evidenciada foi a realização de *atividades ocupacionais e sociais*, que envolvem desde o exercício das atividades cotidianas, o contato e cuidado com a terra (plantas), com os animais, até o contato com outras pessoas no território e fora dele. Dentro do território quilombola, a ligação e cuidado com a terra e natureza são formas de perpetuação do saber e de um modo de vida (Fernandes, 2016), onde se constroem e consolidam vínculos de solidariedade e sobrevivência. A terra, para o povo quilombola, não representa apenas um meio de vida econômico e produtivo, mas um modo de vida que possui ligação afetiva e de ancestralidade (Fernandes, 2016).

Este recurso aparece nas narrativas dos familiares ainda de forma tímida, sendo caracterizado por eles como um entretenimento, uma maneira do sujeito ocupar sua cabeça: “aí ela começou fazendo e tudo ela e mãe cuidando de planta aí ela começou se distrair, ocupar a cabeça aí melhorou, melhorou bastante” (Esposo de Zacimba Gamba, Comunidade Quilombola do Tigre). No entanto, são através dessas práticas territoriais que pode se estimular a autonomia do sujeito e uma prática que não se concentre, apenas, no controle do sintoma, mas que vise resgatar a capacidade existencial.

Como último elemento evidenciado em relação às práticas de cuidado, os familiares falaram sobre as *práticas religiosas*. Tais práticas não aparecem ligadas a uma religião, mas são vivenciadas enquanto recurso de esperança. Os participantes relatam sobre a fé em ver seus familiares com a saúde restaurada, embora o saber biomédico aponte para o caráter de cronicidade das patologias. Dentre os relatos, os familiares cuidadores mencionam que, nos momentos mais críticos das manifestações dos sintomas, eles recorreram ao sagrado na tentativa de auxílio.

“Eu acredito, primeiro, eu acredito, primeiramente Deus, né?” (Mãe de Aquatune, Comunidade Quilombola do Tigre)

“Não, eu levei e a pro lado de poço cumprido pro um rezador, levei ela quando ela tava bem doente, ai levei pra ela ir pro rezador lá, levei pra cá pra cima, e também? aqui pra cima tem gente que reza (...)” (Mãe de Aquatune, Comunidade Quilombola do Tigre)

“Primeiro, antes na época que Tão ele adoeceu, é, depois eu procurei o médico, ai como não teve solução de dele ficar, dele dormir e essas coisas, ai eu procurei a igreja, né? o pastor pra orar. E ele também o pastor sempre tá orando por ele, tá tendo a medicação, não tá tomando direto (inaudível) mas eu to achando ele bem melhor, assim eu acho que ele, quando ele, quando ele vai pra igreja, também, ajuda muito.” (Esposa de Ganga Zona, Comunidade Quilombola Barro Branco)

A prática religiosa ou da fé aparece, nesse cenário, como uma estratégia de enfrentamento às dificuldades que surgem no cotidiano, possibilitando ao sujeito e familiares conforto e esperança para superação do problema (Reinaldo & Santos, 2016). A espiritualidade tem sido apontada como importante elemento na promoção e produção de bem-estar e saúde (Marin & Comin, 2017).

As práticas de benzeção ultrapassam gerações e falam de uma realidade cultural que não podem ser desassociadas da vida dos sujeitos, mas precisam dialogar com as práticas formais de cuidado em saúde. Os resultados evidenciaram que as práticas religiosas aparecem, também, como um modo de sustentação e apoio aos familiares, tendo em vista a elevada sobrecarga emocional vivenciada pelos participantes.

“Eu acredito, primeiro, eu acredito, primeiramente Deus, né? se eu fosse uma pessoa que não tivesse muita fé, porque o que eu já passei, já passei. Precisa ser muito forte pra passar o que eu já passei.” (Mãe de Aquatune, Comunidade Quilombola do Tigre).

Muitos familiares não possuem rede de apoio ou suporte de outros familiares. Nesse sentido, é através da espiritualidade e da fé que as pessoas encontram energia, força e motivação para prosseguirem nessa trajetória de cuidado (Smolak, 2013), inclusive como recurso para não adoecerem. Nesse sentido, as práticas religiosas e de fé são importantes não apenas para o enfrentamento da pessoa que tem o diagnóstico, mas também para o familiar que encontra, nos recursos religiosos, tanto o suporte para cuidar do parente adoecido, como também uma rede de apoio emocional.

Cuidado em saúde mental nos serviços de saúde

Esta categoria dedicou-se a refletir sobre o relacionamento e a percepção que os familiares possuem com os serviços formais de saúde, e foi subdividida em duas subcategorias. Na primeira subcategoria, nomeada de *insatisfação com a rede de atenção psicossocial*, os

participantes relataram que a insatisfação decorre da dificuldade de acessar os serviços substitutivos, como o CAPS; da ausência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de outros profissionais de saúde no território; da ineficácia do tratamento apresentado pelos profissionais; como também decorre da relação entre Profissional-Família-Usuário. Somado a isto, tem o distanciamento territorial e as dificuldades estruturais do sistema para garantir integralidade e assistência longitudinal a toda população (Oliveira, 2007).

“É muito difícil, é difícil demais, é porque se tivesse é uma ajuda na saúde, um serviço de saúde que beneficiasse não só os meus mais os outros também, que tem outras pessoas, seria muito bom, era muito bom, era muito bom, ia ajudar muito a ele, né, porque é difícil, é difícil pra quem tem essas pessoas.” (Esposa de Ganga Zona, Comunidade Quilombola Barro Branco).

A insatisfação é relatada por todos os familiares participantes. As dificuldades vão desde a marcação de consultas e exames, incluindo as longas distâncias para terem acesso ao profissional de saúde, além do modo como os profissionais acolhem as demandas trazidas pelos usuários (Oliveira, 2007). Estes aspectos, ao longo de tempo, geram angústias aos familiares por não saberem como intervir em situações nas quais os seus direitos são negligenciados e, mais ainda, por não vislumbrarem interesse do poder público para modificar a realidade (Moreno, 2009).

Na comunidade quilombola do tigre, existe um modelo de assistência por parte da equipe de saúde da família, principalmente por parte da ACS, que aparece nos relatos como a profissional mais próxima da comunidade. Esta aproximação possibilita o suporte mínimo e é possível em razão da ACS residir na comunidade e ser uma das lideranças comunitárias, o que não ocorre na comunidade quilombola barro branco.

A reforma psiquiátrica ainda está em processo de construção, como aponta Oliveira (2007), não conseguindo ter o devido alcance nos territórios rurais, quilombolas, ribeirinhos,

indígenas, deixando-os a mercê de sua própria capacidade de mobilização ante as enfermidades (Silva, Dimenstein & Leite, 2013). Em parte, isto colabora para que os familiares pensem no modelo de internação psiquiátrica com saudosismo, como observado no relato a seguir:

“É e agora eu to achando muito ruim, sabe porquê? vai ser ruim porque antes tinha providença, se eles param esse remédio vai ser ruim porque não tem providença, eu digo: pelo amor de Deus vocês não parem esse remédio, eu compro o remédio de vocês pra vocês não parar, ai dou a eles pra não parar pelo amor de Deus, pra tomar todos os dias. Porque se parar ai quem vai sofrer sou eu, porque não tem providença.” (Mãe de Zumbi e Ganga Zumba, Comunidade Quilombola do Tigre)

Por desconhecerem as práticas de serviços, como o CAPS, e terem ficado sem referência no momento de urgência, os familiares lamentam o fechamento do hospital psiquiátrico e se questionam sobre o que farão nos momentos de crise. A experiência do internamento psiquiátrico, na concepção dos familiares cuidadores, aparece como uma modalidade de tratamento positivo: “era bom viu, porque era o hospital da providência (...), lá era bom que eles cuidavam direitinho dele, lá era muito bom, mas disse que fechou agora né (...). Mas lá era bom demais porque eles tratavam eles muito bem lá” (Esposa de Benedito Meia-légua, Comunidade Quilombola Barro Banco).

Essa representação positiva do internamento psiquiátrico aparece também em outros estudos, à exemplo do realizado Maciel, Barros, Camino e Melo (2011). Ao se debruçarem sobre as representações sociais de familiares acerca da loucura e da internação psiquiátrica, os familiares representam a instituição psiquiátrica como sinônimo de “acolhimento e cura”, ou seja, como o local em que a família ficaria despreocupada por acreditarem que o familiar estaria sendo bem tratado (Maciel et al., 2011). Em geral, o que se verifica é o abandono do poder público e a fragilidade das políticas públicas, que gera certo desamparo não só para os familiares, mas também para as pessoas em sofrimento psíquico.

Relações Sociais

A última categoria temática versou sobre como estão estabelecidas e nutridas as relações sociais dos sujeitos em sofrimento psíquico a partir do olhar do outro (cuidador). As percepções desse relacionamento social são permeadas pelo o estigma da loucura, uma vez que o comportamento do usuário passa a ser associado a frescura, fraqueza do “juízo”, agressividade e perigo (Maciel et al., 2011; Moreira & Melo, 2008).

Na subcategoria *Preconceito*, os familiares apontam, em seus relatos, que a comunidade, vizinhos e a própria família deixaram de se relacionar com a pessoa em sofrimento psíquico e visitar sua casa após os sintomas do transtorno mental. Contudo, após a reforma psiquiátrica, os participantes relataram outro modo de abordagem na atualidade. Este aspecto é evidenciado no seguinte relato: “se tiver que ir ali no posto ela vai, e antigamente, não. Antigamente todo mundo tinha medo dela, ninguém vinha aqui visitar ela, vivia trancada.” (Filha de Luiza Mahin, Comunidade Quilombola do Tigre).

Esse estigma social construído através do fenômeno da loucura, o que para Goffman (1963) seria uma espécie de identidade comprometida, abre espaço para práticas de exclusão social e distanciamento da pessoa do território de convívio. Com a reforma psiquiátrica, verifica-se maior inserção social, quando os participantes comparam o “antigamente” com o hoje. No entanto, o controle comportamental da pessoa que vive com transtorno mental ainda é central nos relatos, sendo esta uma condição para que as pessoas da comunidade não tenham medo: “eu acho que tem, quando ele tava doente eles tinham, mas agora não, agora não tem não que ele ta bem controladinho, ninguém tem medo de agora não” (Esposa de Benedito Meialéguas, Comunidade Quilombola Barro Banco). A expressão “controladinho” aponta para o comportamento que foge à regra e ao controle social, precisando ser contido para que, no futuro, possa voltar a ser um sujeito social (Canguilhem, 2009).

Na última subcategoria temática, *Rede de apoio*, os participantes discorrem sobre processos excludentes, que reflete no modo como estão organizadas as redes de apoio das famílias. Estas se mostraram fragilizadas e limitadas, tendo em vista que a maioria dos familiares ao longo dos seus relatos trouxeram elementos que falavam de um isolamento social e ausência de apoio social por parte de seus pares, a contribuição só aparece quando solicitada.

“Quase que não vem ninguém aqui, vem assim se a pessoa precisar, se a pessoa precisar, o vizinho aqui se eu precisar e gritar por ele, ele vem, outra vizinha ali se eu gritar por ela também vem, é o menino ali, comadre Simoni e Rosalio também vem, ai assim quando eu preciso eu chamo por eles.” (Mãe de Aquatune, Comunidade Quilombola do Tigre)

Silveira et al. (2008), em seu estudo sobre apoio social na percepção de familiares de uma comunidade quilombola, apresentaram várias modalidades possíveis de apoio social (emocional, informativo e instrumental/material). No relato dos entrevistados, verificou-se que o apoio recebido é mais instrumental/material, como levar a pessoas em sofrimento psíquico ao médico ou cuidar dos afazeres domésticos, enquanto o familiar cuidador faz o acompanhamento nas consultas. Oliveira (2007), em seu estudo sobre o processo de desinternação psiquiátrica, aponta sobre a necessidade desse apoio social para efetividade da reforma psiquiátrica. A ausência desse suporte social compromete, fundamentalmente, a reinserção desse sujeito na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os familiares cuidadores são os principais responsáveis no desenho do percurso pelo qual seu familiar em adoecimento vai trilhar. É através da família e da comunidade que os itinerários terapêuticos dos sujeitos vão se desenhando. Neste estudo foram analisadas as concepções sobre o sofrimento psíquicos e os cuidados em saúde mental de familiares de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas.

As estratégias utilizadas pelos familiares foram múltiplas. Ao mesmo tempo em que os participantes relataram insatisfação com os efeitos da medicação, em outros momentos falaram da necessidade de fazer o uso contínuo ao longo da vida. Os familiares cuidadores fazem uso de práticas religiosas (reza/benedura), mas também consideram que outros só o médico a medicação pode resolver. A própria compreensão sobre diagnóstico não parece com clareza para alguns participantes, além de não existir uma rede oficial de saúde que possibilite o suporte necessário as famílias.

O uso das plantas e ervas medicinais, das rezas, benzeduras, o cuidado das atividades cotidianas, a busca por mecanismos formais no sistema público e/ou privado, são estratégias que não se excluem. Ao contrário, são estratégias que falam da riqueza cultural e da força de enfrentamento que as comunidades quilombolas possuem para darem conta dos seus agravos em saúde. Tais estratégias aparecem como modos de viver em comunidade, tendo em vista que muitas dessas estratégias falam da construção e história de vida do povo negro.

Ressalta-se a necessidade de fortalecimento da reforma psiquiátrica tendo em vista ampliar o seu alcance, sobretudo em relação às populações do campo. Ademais, os achados demonstraram a necessidade de diálogo e aproximação entre os saberes construídos nas academias e o saber popular, num processo de respeito e não de apropriação. Há que se valorizar saberes construídos através da tradição oral, que resiste a todo movimento que invisibiliza o saber popular nos territórios quilombolas.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P.; & Torre, E. H. G. (2010). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. Em R. P. Nogueira (org.) Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária (pp. 151-160) – Rio de Janeiro: Cebes. Disponível em <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>

- Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(1),115-21.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2009.
- Carvalho, D. (2014). Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades. Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde.
- Colvero, L.A, Ide C. A. C., Rolim M. A. (2004) A família e doença mental: a difícil convivência com diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):197-205.
- Falkenberg, M. B. et al. (2014) Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
- Fernandes, S. L., Santos, A. de O. dos, (2016) Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil. V. 16, N.2 DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/INTERFACES.V16I2.7562>
- Giovenardi, M. (s.d) A inserção da família na rede de cuidados em saúde mental. Editora: PUCRS. Disponível em < <http://editora.pucrs.br/anais/sipinf/edicoes/I/31.pdf>>
- Goffman, E. (1961) Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Gutierrez, D. M. D., Minayo, M. C. de S. (2010) Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 supl.1 Rio de Janeiro jun. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.
- Herzlich, C. (2005). A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):57-70. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>>
- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O., & Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 135-142. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100018>

- KLEINMAN, A. (1979). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12:85-93.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. de. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado em 19 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Mângia, E. F.; Muramoto, M. T. Itinerários terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.
- Marin, R. C, & Comin, F. (2017). Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 446-460. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002352016>
- Moreira, V., Melo A. K. (2008) “Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental. *Interação em Psicologia*, 2008, 12(2), p. 307-314
- Moreno, L. S. V. (2004). A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, 3(2), 161-168.
- Moreno, V. (2009). Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 566-572. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300010>
- OLIVEIRA, J.A. (2007) *Querer ficar, querer sair: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de saúde mental*. 2007. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Prado, M. F. do (2015). *O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Pérez, J. J. N., Marqués, Á. C. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03351. Epub October 11, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017029403351>
- Randemark, N. F. R.; Jorge, M. S. B. J.; Queiroz, M. V. O. (2004). A Reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 13, n. 4, p. 543-

550, out.-dez. 2003. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072004000400006&lng=en&nrm=iso>.

- Reinaldo, A. M. dos S., & Santos, R. L. F. dos. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde em Debate*, 40(110), 162-171. doi: 10.1590/0103-1104201611012
- Romagnoli, R. C. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XVII , n. 180, p. 71-80, 2004.
- Rosa, L. C. S. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3.ed.São Paulo: Cortez.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013).
- Silva, V. H F. da, Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19),267-285
- Silva, V. H. F. da, Dimenstein, M. & Leite, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental - ano X - nº 19 - Barbacena-SP - jul./dez. 2013 - p. 267-285.*
- Silveira, C. L. et al. (2011). Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescentes de quilombo. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Jul/Set; 10 (03); 585-592.
- Smolak, A; Gearing, R E; Alonzo, D; Baldwin, S; Harmon, S; McHugh, K; (2013) Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Mental Health J.*, Lexington, v. 49, n. 4, p. 444-450, ago.
- Souza Severo, Reinecke, A. K. de; Dimenstein, M; Brito, M; Cabral, C; Alverga, A. (2007) A experiência de familiares no cuidado em saúde mental *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 59, núm. 2, pp. 143-155 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229017529005>
- Souza, P. B. de, Araújo, K. A. (2014). A mulher quilombola: da invisibilidade à necessidade por novas perspectivas sociais e econômicas. XXIII Congresso Nacional do CONPEDI - Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito.
- Theotonio, A. C. R. (2010). *Entre ramos de poder: rezadeiras e práticas mágicas na zona rural de areia – PB* (Dissertação de mestrado), Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB.

Villares, Cecília C., Redko, Cristina P., & Mari, Jair J.. (1999). Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(1), 36-47. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100008>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar as concepções de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e de seus familiares cuidadores sobre os cuidados em saúde mental e o sofrimento psíquico, residentes em comunidades quilombolas. Os achados deste estudo foram analisados e discutidos em dois estudos relacionados.

O primeiro artigo procurou-se escutar a história de vida (focalizada no processo de adoecimento e busca pelo cuidado em saúde mental) dos sujeitos acometidos pelo sofrimento psíquico. As histórias possibilitaram conhecer quais as concepções construídas sobre o sofrimento psíquico, quais os percursos trilhados em busca de cuidado e como se dá o apoio social e comunitário na percepção daqueles que sofrem o processo de adoecimento.

Nas concepções sobre o sofrimento psíquico, destaca-se a difícil compreensão para o sujeito do seu processo de adoecimento, e como o desconhecimento do diagnóstico pode interferir na adesão das pessoas ao tratamento. Em alguns relatos, os participantes se mostram reticentes ao uso contínuo da medicação, uma vez que para ele a medicação os deixava menos ativos e conscientes de si.

No segundo artigo, destinamos a escutar quem cuida, foi possível conhecer o processo de cuidado dos familiares. Nas narrativas sobre o sofrimento psíquico, que dialogaram com as narrativas dos sujeitos em sofrimento, verificou-se pouco entendimento sobre o diagnóstico do familiar. As estratégias de cuidado acionadas foram variadas, incluindo práticas baseadas no conhecimento biomédico, religioso e no saber popular.

A partir das narrativas, tanto dos sujeitos em sofrimento como dos seus familiares, é possível identificar processo de negligência dos direitos básicos, garantidos via Constituição Federal, como o acesso aos dispositivos de saúde. Contudo, o poder público tem se desresponsabilizado de garantir o acesso as políticas públicas, especialmente no caso da comunidade quilombola Barro Branco, onde nem o mínimo é garantido. No entanto, não com

a finalidade de romantizar, mas para evidenciar a força desse povo, os relatos de história de vida dessas pessoas apontam para uma resistência a iniquidades sociais. Mesmo com diversas barreiras e dificuldades, muitas vezes impostas pelos próprios profissionais de saúde, essas populações renovam suas crenças, se apegam no poder de sua cultura e na liberdade que é cuidar através da terra.

Através dos relatos dos sujeitos se observa a importância do vínculo familiar nesse processo de cuidado. Verificou-se que as pessoas que passaram por internações psiquiátricas não perderam o vínculo familiar. Ao contrário, foram acolhidos na “família” no momento da alta e recebem a assistência por parte desta. No entanto, ressalta-se a importância do trabalho junto a família, possibilitando a esta espaços de escuta, reflexão e de cuidado, em decorrência da sobrecarga emocional.

Por sua vez, em um cenário de tanta hostilidade, de legitimação das desigualdades, racismo e preconceito, de cortes abruptos nas principais políticas públicas (como a de assistência, saúde e educação), esta pesquisa torna-se muito mais que uma análise de dados, mas assume o compromisso de também demonstrar o descaso, que é histórico, com as populações do campo e das florestas, as quais nem possuem o reconhecimento de sua terra possuem.

Ressalta-se a necessidade de diálogo com os agentes de execução dessas políticas públicas. Ademais, que os profissionais de saúde possam perceber a importância de uma *práxis* diferenciada para essas populações, tendo em vista construir, cotidianamente, uma reforma psiquiátrica que inclua as especificidades e necessidades das comunidades quilombolas, rurais, indígenas, ribeirinhas, entre outras.

Por último, a relevância desta pesquisa reside no fato de dar voz e visibilidade as pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares cuidadores. É raro encontrar estudos que visem dialogar com as duas vozes (aqueles que cuidam e aqueles que recebem o cuidado). Porém,

essas páginas ainda são limitadas a tudo que escutamos, vimos e vivenciamos nesses 4 anos e meio de imersão nas comunidades. A realidade é muito mais impactante e transformadora do que qualquer análise que possamos desenvolver. Através da escuta comprometida, socialmente, aprendemos muito junto aos participantes dessa pesquisa. Foram aprendizados que nenhum artigo, livro ou especialização poderia proporcionar.

Foi uma escrita desafiante, porém tentamos possibilitar nestas páginas o início de um diálogo que precisa ocorrer dentro das comunidades, entre profissionais de saúde, familiares, sujeitos em sofrimento e comunidade. Espera-se que este estudo possa construir para a construção de um modo de cuidado que corresponda às necessidades dos povos tradicionais. Mais que isso, espera-se que seja construído com a participação e interferência dos próprios destinatários das políticas públicas. Que possa se constituir como um saber que não seja apenas para os povos, mas dos povos, pois muito temos a aprender com os modos de viver e de se cuidar dessas comunidades.

REFERÊNCIAS

- Alves, F.; & Bäckström, B. (2012). 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*, 21(3), 543-557. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300003>
- Alves, M. C.; Jesus, J. P. de; & Scholz, D. (2015). Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde em Debate*, 39(106), 869-880. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030025>
- Alves, P. C. B.; & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Em Rabelo, M. C. M., Alves, P. C. B., & Souza, I. M. A. Experiência de doença e narrativa [online]. (p.125-138). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>
- Amarante, P.; & Torre, E. H. G. (2010). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. Em R. P. Nogueira (org.) *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 151-160) – Rio de Janeiro: Cebes. Disponível em <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Mente&Cérebro* (164). Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/1370>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. São Paulo: FIOCRUZ.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Batista, M. D. G. (2014) breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Política & trabalho* Revista de Ciências Sociais, n. 40, Abril (pp.391-404). Disponível em <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>
- Belarmino, V. H.; Dimenstein, M.; Leite, J.; Macedo, J. P.; Dantas, C.; Torquato, J.; Silva, E.; Silva, M.; & Cirilo Neto, M. (2016) Em Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P., Dantas,

- C.(Orgs.) Condições de vida e Saúde Mental em Contextos rurais. (pp.95-118). São Paulo: Intermeios.
- Benvindo, D. dos S. (2003). Negro e Pobre – Sofrimento psíquico advindo do racismo e Representações Sociais. Em: Encontro Nacional De Psicologia Social Da Associação Brasileira De Psicologia Social (ABRAPSO), 12., 2003. Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social. Porto Alegre. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/EINPS/issue/view/660>
- Brasil (2013) Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra: uma política para o SUS / (PNSIPN). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/ADC1988_05.10.1988/ADC1988.asp
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Cirilo Neto, M.; Dimenstein, M.; Leite, J., Macedo; J. P.; Dantas, C.; Torquato, J.; Silva, E.; Belarmino, V. H; & Silva, M. (2016) Ordenamento da rede e oferta de cuidados psicossociais no meio rural. In Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P., Dantas, C.(Orgs.) Condições de vida e Saúde Mental em Contextos rurais. (pp.369 –420). São Paulo: Intermeios.
- Dalosto, C. D. (2016). As políticas públicas e o problema da concretização dos direitos quilombolas no brasil [manuscrito]: o exemplo kalunga (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiânia. Disponível em <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6013>

- Dimenstein, M., Santos, Y. F. Dos, Brito, M., Severo, A. K., & Morais C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003.
- Faro, André, & Pereira, Marcos Emanuel. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 271-278. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>
- Fernandes, M. E. (1995) A “história de vida” como instrumento de captação da realidade social. Cadernos CERU- nº6- Série 2.
- Fernandes, S. L., Santos, A. de O. dos, (2016) Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil. V. 16, N.2 DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/INTERFACES.V16I2.7562>
- Foucault, M. (1975). Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro LTDA.
- Foucault, M. (1978). História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva S. A.
- Freyre, F. S. de M. (2006). Entre a história no papel e o papel na história no âmbito das doenças mentais. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho – Departamento de Sociologia. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7060/1/Entre%2520a%2520hist%2520C3%25B3ria%2520no%2520papel%2520e%2520o%2520papel%2520na%2520hist%2520C3%25B3ria%2520no%2520%25C3%25A2mbito%2520das%2520doen%25C3%25A7as%2520mentais.%2520Francisca%2520Freyre..pdf>
- Gerhardt. T. E. (2006) Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>
- Gutierrez, D. M. D.; & Minayo, M. C. de S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl.1)1497-1508. DOI:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>
- Hirides, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Lages, S. R. C. (2012). Saúde da População Negra - a religiosidade afro-brasileira e a Saúde Pública. *Psicologia Argumento*, v.30, n.69, p. 401-410, abr./jun. Disponível em <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5986&dd99=view&dd98=pb>
- Lang, A. B. S. G., Campos, M. C. S. S., & Demartini, Z. B. F. (2010) História Oral, Sociologia e Pesquisa: a abordagem do CERU. São Paulo: Humanitas.

- Lopes, F. (2004) Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Em Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/download/Projeto%20914BRA3002%20Saude%20da%20Pop%20Negra.pdf>
- Loureiro, A.; Costa, C.; & Santana, P. (2016). Determinantes contextuais da saúde mental. Em Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P., Dantas, C.(Orgs.) Condições de vida e Saúde Mental em Contextos rurais. (pp.95-118). São Paulo: Intermeios.
- Marcantonio, J. H. (2010). A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicólogo informação*, 14(14), 139-159. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Millani, H.de F. B.; & Valente, M. L. L. de C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 4(2), 00. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Oliveira, F. (2003). Saúde da população negra: Brasil ano 2001 – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf>
- Oliveira, R. F. de; Andrade, L. O. M. de; & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-3078. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>
- Passos, I. C. F. (2009). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesas e italianas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Pessotti, I. (1994). A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34.
- Pires, V. M. M. M.; Rodrigues, V. P.; & Nascimento, M. A. A. (2010). Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. Disponível em www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf
- Queiroz, V. D. de C. (2009). Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental. (Dissertação Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social

- Rabelo, M. C. M., Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. (1999) Signos e Significados e Práticas Relativas à Doença Mental. In Rabelo, M. C. M., Alves, P. C. B., And Souza, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Available from SciELO. Books <<http://books.scielo.org>>.
- Ribeiro, E. O. (2017). Psicologia, racismo e saúde mental: formas de intervenção no trabalho do psicólogo. Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – UESB. Ano 2017, Volume 2, número 4. DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v0i4.2361>.
- Santos, L. H dos, (2014) A beleza etíope que atravessou oceanos nas marés digitais. Disponível em <http://www.conexaojornalismo.com.br/colunas/estetica/beleza/a-beleza-etiope-que-atravessou-oceanos-nas-mares-digitais-55-35021>
- Silva, A. L. Da (2005) Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva Saúde Coletiva, vol. 2, núm. 7, p. 71 Editorial Bolina São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220794001>.
- Silva, G. S. da & Silva, V. J. da. (2014). Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. Revista Mosaico, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/mos.v7i2.4120>.
- SILVA, M. L. da (2004) Racismo e os efeitos na saúde mental. Disponível em <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/129-132MariaLucia.pdf>
- Silva, R. P. da. (2017). Trauma Cultural e sofrimento social: Do banzo às conseqüências psíquicas do racismo para o negro. In XXIX Simpósio Nacional de História. Contra Preconceitos: História e Democracia. Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em http://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1488493521_ARQUIVO_Traumassoci_alesofreimentocultural.pdf
- Silva, V. H. F. da, Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285. Fonte: PePsic: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Siqueira, K. M.; Barbosa, M. A.; Brasil, V. V.; Oliveira, L. M. C.; & Andraus, L. M. S. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(1), 68-73. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>

- Torres, A. E.; Yasui, S., (2016) O campo e a atenção psicossocial: diálogos possíveis e uma experiência para refletir. In Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P., Dantas, C. (Orgs.) Condições de vida e Saúde Mental em Contextos rurais. (pp.353–368). São Paulo: Intermeios.
- Veloso, T. M. G., Filho, P. de O., Maia, L. M. & Melo, M. de M. E. (2010) relatos de sofrimento e cura: um estudo com material discursivo de fontes orais. X Encontro Nacional de história oral testemunhos: história e política. Recife. Universidade Federal de Pernambuco.

Apêndice I

Instrumento de coleta de dados para as pessoas em sofrimento psíquico

1) Questionário sócio demográfico

Sexo: Masculino ___ Feminino ___

Idade:

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Divorciado(a) () Viúvo ()

Cor ou raça: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()

Se considera Quilombola? Sim () Não ()

Religião:

Escolaridade: Analfabeto () Sabe ler e escrever () Ensino fundamental completo () Ensino médio completo () Ensino Superior completo ()

Condições de renda:

Qual sua função laboral?

Recebe algum Benefício Social: Sim () Não ()

Com quem mora: Sozinho () Com a família () Com parentes () Com amigos ()

Já foi internado em hospital psiquiátrico? Sim () Não ()

Faz uso contínuo de medicação controlada? Sim () Não ()

Faz acompanhamento com médico psiquiatra? Sim () Não ()

2) Entrevista de História de Vida

Perguntas disparadoras para Relato de vida:

- Iremos falar sobre quais cuidados você recebeu e/ou buscou ao longo de sua vida como tratamento do transtorno mental. Conte-nos quando percebeu os primeiros sintomas:

Quando você percebeu os primeiros sintomas? Como você se sentiu?

Quais os primeiros locais ou pessoas você recorreu em busca de ajuda?

Alguém em sua família já tinha passado por problemas semelhantes/parecidos?

E ao longo dos anos, quais locais/pessoas você e/ou sua família procurou ajuda?

Você recebeu alguma ajuda dentro da comunidade?

O que é cuidar da sua saúde mental, na sua opinião?

Você já foi internado em uma Hospital Psiquiátrico?

Se sim, quando você saiu? Como se sentiu?

Atualmente, o que você tem feito para cuidar da sua saúde mental?

Apêndice II

Instrumento de coleta de dados para os familiares/cuidadores

1) Questionário sócio demográfico

Sexo: Masculino ___Feminino ___

Idade:

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Divorciado(a) () Viúvo ()

Cor ou raça: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()

Se considera Quilombola? Sim () Não ()

Religião:

Escolaridade: Analfabeto () Sabe ler e escrever () Ensino fundamental completo () Ensino médio completo () Ensino Superior completo ()

Condições de renda:

Qual sua função laboral?

Recebe algum Benefício Social: Sim () Não ()

Qual seu vínculo (familiar) com a pessoa em sofrimento psíquico?

2) Entrevista semiestruturada

- A sua família tem histórico de pessoas diagnosticadas com transtorno mental? Se sim, contem-nos um pouco sobre.
- Você compreende o que é o diagnóstico que ele recebeu?
- Como era sua relação antes das crises? E agora como está a relação?
- Quando surgiram os primeiros sintomas? Você lembra a situação/circunstância?
- Qual foram as primeiras atitudes tomadas?
- A quem a família recorreu no momento?
- Na sua opinião, como é a relação da família com a comunidade?
- E a relação do seu familiar com a comunidade?
- E com os serviços de saúde?
- Quais são as principais estratégias de cuidado acionadas para cuidar do seu familiar?
- Quais serviços de saúde vocês procuraram?
- Houve alguma estratégia de cuidado informal?
- Existe alguma religião ou prática religiosa que geralmente vocês recorrem?

- E a prática do uso de plantas medicinais?
- Quando tem necessidade, quem decide o tipo de serviço ou estratégia que vai ser utilizada?
- Como se dá o diálogo com o familiar que possui o sofrimento psíquico? Ele participou em algum momento da escolha desses itinerários terapêuticos?

ANEXOS**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM
CONTEXTOS QUILOMBOLAS**

Eu, **JOSEVÂNIA DA SILVA**, professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG _____, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 20 de Junho de 2018

Josevânia da Silva
Orientadora

Danila Cristiny de Araújo Moura Acirole
Pesquisador Responsável

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

Pesquisa:

Eu, Danila Cristiny de Araújo Moura Aciole, aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 8.612.169-SDS-PE e CPF: 083.967.904-18, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 20 de Junho de 2018

Danila Cristiny de Araújo Moura Aciole
Pesquisador Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS QUILOMBOLAS**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS QUILOMBOLAS** terá como objetivo geral analisar as concepções acerca das estratégias de cuidado em Saúde Mental utilizadas por pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores que residem em comunidades quilombolas.

Ao voluntário só caberá a autorização para participar de entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(087) 999112-9385** com **DANILA CRISTINY DE ARAÚJO MOURA ACIOLE**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma,

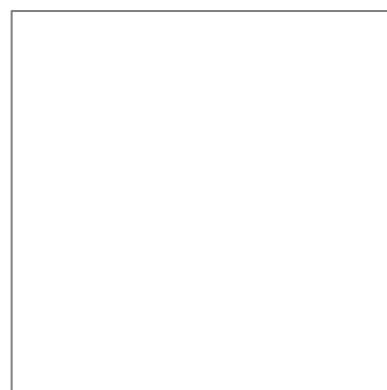
podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



CENTRO DE ENSINO
SUPERIOR E
DESENVOLVIMENTO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS

Pesquisador: Danila Cristiny de Araujo Moura Acirole

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96259818.5.0000.5175

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.925.682

Apresentação do Projeto:

As populações do campo e quilombolas vivenciam em seus cotidianos diversas situações de exclusão, desde o acesso à terra, a educação e aos serviços de saúde. Para superar tais dificuldades, essas populações desenvolvem em seus próprios territórios modos de vida diferenciados daqueles encontrados nas zonas urbanas. Especificamente no que diz respeito às questões da saúde, estudos apontam que as populações quilombolas desenvolvem novos sistemas de saúde pautados no saber popular, conhecimentos estes que perpassam gerações. Este estudo tem por objetivo analisar as concepções acerca das estratégias de cuidado em Saúde Mental utilizadas por pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores que residem em comunidades quilombolas. O estudo se caracteriza como exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Participarão, de forma não probabilística e por conveniência, pessoas que possuem histórico de sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores. Para delimitar o número de participantes, será utilizado critério de saturação das entrevistas. Para a coleta de dados com as pessoas em sofrimento psíquico será utilizando um questionário sócio demográfico e entrevista de história oral (relato de vida). Já a coleta de dados com os cuidadores/ familiares será realizada através de questionário sócio demográfico e entrevista em profundidade. Os dados serão analisados a partir da análise de conteúdo do tipo temática. Com esse estudo espera-se contribuir dando visibilidade aos diversos itinerários terapêuticos que são acionados por esses sujeitos e seus familiares no

Endereço: SENADOR ARCEMIR DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@oesed.br



**CENTRO DE ENSINO
SUPERIOR E
DESENVOLVIMENTO-**



Continuação do Parecer: 2.925.682

cuidado em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais acerca das estratégias de cuidado em Saúde Mental utilizadas por pessoas em sofrimento psíquico que residem em comunidades quilombolas.

Objetivo Secundário:

Identificar as práticas e estratégias de cuidado em saúde mental acessadas por pessoas em sofrimento psíquico residentes em comunidades quilombolas;

Descrever os itinerários terapêuticos em saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico em busca de cuidado;

Identificar como os familiares/cuidadores contribuem/influenciam nas estratégias de cuidado e itinerários terapêuticos dos seus familiares em sofrimento psíquicos.

Caracterizar as redes de apoio e solidariedade construídas por essas pessoas e familiares/ cuidadores ao longo de sua trajetória em busca de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

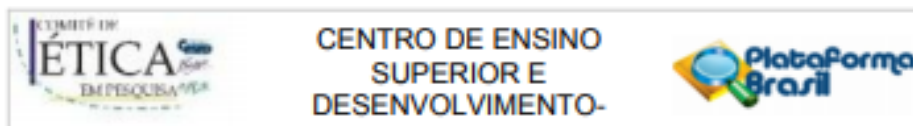
Riscos:

A presente pesquisa apresenta riscos mínimos aos envolvidos podendo, no entanto, ocorrerem desconfortos ou constrangimentos pela situação de pesquisa. Esse risco será minimizado realizando-se as entrevistas individualmente e em local reservado (sem a presença de terceiros como forma de garantir o sigilo e anonimato da situação de pesquisa) e horário de preferência do colaborador. Todo tempo estaremos atentas a possíveis sinais de incômodos e, caso ocorrendo tais situações, o processo de coleta de dados será imediatamente interrompido, sem danos ao participante, e nesta situação a pesquisadora se comprometerá a encaminhar imediatamente a pessoa ao serviço de saúde de referência (NASF e/ou CAPS).

Benefícios:

Quanto aos benefícios esta pesquisa possibilitará espaços de reflexão sobre a temática de saúde mental na população quilombola, dando assim visibilidade e possibilitando espaços de reflexão sobre o cuidado em saúde mental, tanto no âmbito acadêmico/científico como também nos espaços coletivos de sociabilidade.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 56.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@oesed.br



Continuação do Parecer: 2.925.682

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indiscutivelmente o projeto apresenta relevância. As comunidades quilombolas no Brasil representam uma coletividade essencial na história da sociedade brasileira, no entanto essas comunidades são pouco estudadas.

O projeto encontra-se bem estruturado. Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento anexados e adequados.

Com relação aos aspectos éticos, o projeto segue as diretrizes da Resolução 466/12. Foi descrito de forma detalhada todo o desenvolvimento do estudo, principalmente o procedimento de coleta de dados.

Os possíveis riscos inerentes ao estudo foram esclarecidos, assim como a forma que serão minimizados.

O TCLE atende as determinações da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verificou-se que o pesquisador atendeu as pendências e ao que preconiza a resolução 466/12 e a norma operacional 0001/13, que rege as pesquisas que envolvem seres humanos. Dessa forma somos do parecer APROVADO.

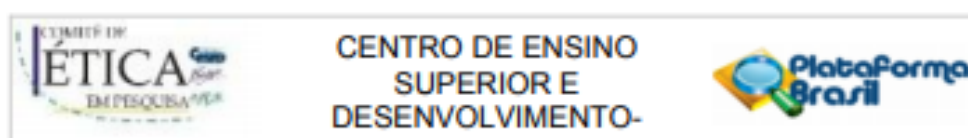
Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESED.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1198995.pdf	21/09/2018 13:35:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_modificado.pdf	21/09/2018 13:34:20	Daniela Cristiny de Araujo Moura	Aceito

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 56.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.925.682

Investigador	Projeto_modificado.pdf	21/09/2018 13:34:20	Aciole	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	21/09/2018 13:31:58	Danila Cristiny de Araujo Moura Aciole	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	21/09/2018 13:29:28	Danila Cristiny de Araujo Moura Aciole	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/08/2018 16:21:08	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito
Outros	termo_divulgacao_de_resultados.pdf	13/08/2018 00:07:18	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito
Outros	Termo_orientador.pdf	13/08/2018 00:05:20	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisadores.pdf	13/08/2018 00:03:41	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	12/08/2018 23:42:21	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/08/2018 23:40:26	Danila Cristiny de Araujo Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador(a))

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: ccep@cessd.br