



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TRABALHANDO A RELAÇÃO PESSOA A PESSOA NA ÁREA DA  
SAÚDE MENTAL, DENTRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, NUMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS**

**ANA LÚCIA DREHMER  
ELENICE LOCH DE OLIVEIRA  
JÚLIO CÉZAR DE ALMEIDA FOGLIATTO**

**Florianópolis, Julho 2000**

**ANA LÚCIA DREHMER  
ELENICE LOCH DE OLIVEIRA  
JÚLIO CÉZAR DE ALMEIDA FOGLIATTO**

**TRABALHANDO A RELAÇÃO PESSOA A PESSOA NA ÁREA DA  
SAÚDE MENTAL, DENTRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, NUMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho de Conclusão de  
Curso da VIII Unidade  
Curricular do Curso de  
Enfermagem da  
Universidade Federal de  
Santa Catarina.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0328

Autor: Drehmer, Ana Lúcia

Título: Trabalhando a relação pessoa a p



972492935 Ac. 241546

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0328  
Ex.1**

**Orientadora: Ivonete T. B. Heidemann  
Supervisora: Maria Aparecida de Souza**

**Florianópolis, Julho de 2000**

*Cada dia é um novo começo,  
uma outra chance de aprendermos sobre nós mesmos,  
de nos importarmos mais com os outros,  
de rir mais do que ríamos,  
de realizar mais do que pensávamos ser possível,  
de ser mais do que éramos antes ...*

**(Autor desconhecido)**

## RESUMO

O presente trabalho trata-se da prática assistencial realizada na comunidade do Mont Serrat, Florianópolis, no período de 27 de março a 6 de junho do corrente ano, no cumprimento da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve por objetivo geral prestar assistência de enfermagem na área da Saúde Mental, dentro da Estratégia de Saúde da Família, fundamentado no referencial teórico de Joyce Travelbee e na Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire. A escolha por esta comunidade deu-se pelo fato da sua heterogeneidade socioeconômica e cultural, e por apresentar famílias cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família e que necessitavam de ajuda para a reestruturação dos seus lares. Os resultados foram obtidos através de visitas domiciliares, consultas com a aplicação do processo de enfermagem, educação em saúde, dinâmicas de grupo, aplicação de um questionário voltado para o perfil socioeconômico da comunidade e a criação de elos com outras instituições de referências. Concluímos que a realização deste trabalho serviu-nos de base para o fortalecimento de conhecimento teórico e da prática assistencial, proporcionando-nos o aprendizado e a experiência sobre o cuidado com a família/comunidade, possibilitando uma visão realista da saúde comunitária. Finalizando, acreditamos que esta comunidade necessita de ações efetivas no campo da educação em saúde, protagonizando o uso de drogas, álcool, saneamento básico, relacionamento interpessoal e outros de ordem político social que interferem na saúde mental individual e coletiva.

## ABSTRACT

This work is concerned with the practice; assistance, which took place in the community of Mount Serrat, Florianópolis between the 27 March and the 6 June of this year, as part of the Nursing Undergraduate Programme at the Federal University of Santa Catarina. Its general objective was to give nursing assistance in the area of mental health , as part of the government's family health initiative.

The work was based on the theoretical reference of Joyce Travelbee and the pedagogical work of Paulo Freire. The community was chosen because of its socio-economic and cultural heterogeneity and because it was indicated by the government family health initiative as a region that was requiring help in the rebuilding of family life.

The results were obtained through home visits, nursing consultations, health education programmes, group work, application of a questionnaire circulated in the community and the creation of them with other relevant institutions.

We concluded that this work served to strengthen our theoretical knowledge and practical assistance, giving us a realistic vision about caring for the family in the community.

Finally, we believe that this community needs effective actions in the field of healthcare education in areas such as drugs, alcohol, in basic sanitation, interpersonal relationships, and others in political and social areas which interfere in the individual and collective mental health.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS PROPOSTOS.....	15
2.1. Objetivo Geral.....	15
2.2. Objetivos Específicos.....	15
3. REVISANDO A LITERATURA.....	16
3.1. Definindo saúde mental.....	16
3.1.1. Fatores de influência sobre a saúde mental.....	16
3.1.2. Caracterizando a saúde mental.....	17
3.1.3. Mantendo a saúde mental.....	19
3.2. Um pouco da história da psiquiatria.....	19
3.3. Programas comunitários de saúde mental.....	21
3.3.1. Aquisição de respeito.....	22
3.3.2. Prevenção primária na saúde mental.....	22
3.3.2.1. Ação social.....	22
3.3.2.2. Ação interpessoal.....	22
3.3.3. Prevenção secundária.....	23
3.3.4. Prevenção terciária.....	23
3.4. A priorização da família na Estratégia de Saúde da Família.....	24

3.4.1. Falando um pouco mais de família.....	25
3.4.2. Estrutura e dinâmica familiar.....	25
3.4.3. Pressões internas e externas na vida familiar.....	26
3.4.3.1. Doenças crônicas.....	26
3.4.3.2. Problemas sociais.....	30
<b>4. PROGRAMAS DE ATENÇÃO À FAMÍLIA.....</b>	<b>33</b>
4.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	33
4.2. Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	34
4.3. Princípios da Estratégia de Saúde da Família.....	35
4.4. Implementando a Estratégia de Saúde da Família.....	37
<b>5. BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>39</b>
5.1. Conhecendo um pouco da vida e obra de Travelbee e Freire.....	39
5.2. Marco conceitual.....	42
5.2.1. Referencial teórico de Travelbee.....	42
5.2.1.1. Pressupostos da teoria de Travelbee.....	44
5.2.1.2. O processo de enfermagem para Travelbee.....	44
5.2.2. Referencial Pedagógico de Freire.....	46
5.2.2.1. O itinerário de Freire.....	47
5.3. Pressupostos do grupo.....	49
5.4. Os conceitos.....	50
5.4.1. Comparando os conceitos de Travelbee e Freire.....	55
5.5. Interligação dos conceitos.....	56
<b>6. METODOLOGIA APLICADA.....</b>	<b>57</b>
6.1. Aspectos gerais do campo de estágio.....	57
6.1.1. História do Mont Serrat.....	58
6.1.2. O Centro de Saúde.....	58
6.2. População alvo.....	61

7. RELATANDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	62
7.1. Objetivo 1.....	62
7.2. Objetivo 2 .....	67
7.3. Objetivo 3 .....	69
7.4. Objetivo 4 .....	70
7.5. Objetivo 5 .....	70
7.5.1. Apresentando as famílias.....	71
7.5.2. Primeira visita às famílias.....	73
7.5.3. Processo de Enfermagem .....	79
7.6. Objetivo 6 .....	88
7.7. Objetivo 7 .....	93
7.8. Atividades não planejadas mas desenvolvidas.....	93
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
10. ANEXOS.....	102
10.1. Parecer final do Orientador.....	103

---

## AGRADECIMENTOS

**À Deus**, incomparável e inconfundível na sua infinita bondade, fazendo-se presente em todos os momentos dando-nos coragem, sabedoria e humildade, fortalecendo-nos e iluminando nossos passos nessa desconhecida caminhada.

**Aos Pais**, que nos permitiram a vida nos ensinando a vivê-la com dignidade, muitas vezes renunciando seus sonhos para que pudéssemos realizar os nossos... A vocês pais por natureza, opção e amor, não bastaria dizer que não temos palavras para agradecer, mas é o que acontece nesse exato momento, quando procuramos uma forma de expressar uma emoção que dificilmente as palavras traduziriam.

**Ao Pai ausente**, onde a sua presença sempre se fará sentir, pois sou a continuidade do seu brilho...

**Ao meu filho Edson Henrique Drehmer**, sempre presente com um sorriso amigo e um beijo carinhoso nas horas de despedida. Te amo!

**Aos nossos esposos Edson e Jáuber**, dedicamos as alegrias de hoje, pelo seu amor, carinho e compreensão nos momentos de ausência, fortalecendo-nos nessa jornada. *Amamos muito vocês!*

**Às famílias**, que mesmo distante, mantiveram-se ao nosso lado.

**À nossa orientadora e amiga Ivonete**, que além de compartilhar conosco seus conhecimentos e experiências, soube tantas vezes apoiar-nos em nossas dificuldades, com palavras de carinho e estímulo, deixando-nos a saudade das tardes agradáveis que juntos passamos.

**À supervisora e amiga Maria Aparecida**, que caminhou conosco nesta jornada, acreditando em nossos ideais, reafirmando a fé em nossos propósitos com sua sabedoria e paciência.

**À nossa colaboradora e amiga Tânia Mara Xavier Scoz**, que tão pacientemente soube compreender nossas angústias e sofrimentos com palavras de apoio e incentivo, deixando-nos a convicção de que sua presença foi um dos alicerces da nossa formação.

**Aos ACS e equipe de saúde do CSI do Mont Serrat**, pelos momentos compartilhados, os nossos mais sinceros agradecimentos!

**Às famílias e entidades trabalhadas na comunidade do Mont Serrat**, que nos permitiram a concretização deste trabalho, o nosso muito obrigado!

**Aos Colegas**, por vivermos tantas lutas juntos e delas carregarmos a marca da experiência... Que a amizade iniciada nos bancos acadêmicos seja maior que a distância que nos separam.

**A todos**, que de alguma forma colaboraram para que este caminho fosse percorrido, a nossa mais eterna gratidão!

**Ao grupo**, que junto trilhou momentos de tristezas e alegrias, superou com dignidade as divergências e celebrou as vitórias. Pedimos a Deus que a amizade seja cada vez mais fortalecida.

*Dedico este trabalho a minha avó, Ana Vedoin Fogliatto (in memoriam), por muito ter me ensinado, e que infelizmente não pôde compartilhar diretamente desta alegria.*

*Júlio César A. Fogliatto*

*Dedico este trabalho ao meu pai, José Loch e ao meu avô Jacó Loch (in memoriam) pela educação e exemplo de vida a mim transmitido.*

*Elenice Loch de Oliveira*

*Dedico este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a realização do mesmo.*

*Ana Lúcia Drehmer*

## 1. INTRODUÇÃO

Em todos os momentos de nossas vidas, nos deparamos com questionamentos do tipo; o que há de novo? Quais são as esperanças? O que podemos fazer como profissionais da área da saúde para melhorar a saúde da população?

Acreditamos que o ser humano tem necessidades físicas, sociais, espirituais e psíquicas. As necessidades físicas referem-se as funções corporais tipo: água, alimento, oxigênio, repouso, entre outros e que necessidades psíquicas por sua vez, tem haver com amor (amar e ser amado), segurança, aprovação, respeito, reconhecimento, produtividade, expressão e comunicação. Essas necessidades do ser humano na sua maioria encontram-se interligadas desde o início da vida, podendo ou não serem satisfeitas.

Quando as necessidades não são adequadamente atendidas, o ser humano pode adquirir não só deficiências nutricionais e doenças físicas, mas também hábitos que dificultam a interação com outras pessoas, causando o que podemos denominar de “crises de ansiedade”.<sup>1</sup> Esta crise de ansiedade pode aumentar com a não solução das dificuldades, podendo causar por vezes, um efeito debilitante sobre a personalidade.

Com a atual situação socioeconômica do país, onde o desemprego ocorre em proporções astronômicas, a miséria é sentida por muitas famílias de forma drástica, tendo como conseqüências, pratos vazios, crianças chorando de fome, falta de condições adequadas de moradia, saneamento, e muitos outros problemas. Problemas estes que muitas vezes podem ocasionar um desequilíbrio mental individual ou coletivo, desestruturando famílias e até comunidades. Mediante tais situações, percebemos que a

---

<sup>1</sup> Definimos crise de ansiedade como: um estado no qual o indivíduo se sente angustiado, agitado ou deprimido, com sensação de impotência diante do iminente acontecimento ou do acontecido.

população necessita de um modelo de saúde que venha contrapor o modelo vigente que segue a lógica Flexneriana, que segundo Da Ros, (2000), é pensar e atuar na saúde como algo apenas biológico onde o corpo é visto de forma fragmentada, o raciocínio é mecanicista, e o tratamento hospitalocêntrico, em que trabalha-se apenas a doença e não o contexto que o indivíduo está inserido.

Frente esta realidade, gostaríamos de trabalhar através da relação pessoa a pessoa de Travelbee e da pedagogia problematizadora de Freire, o nível de saúde mental das famílias, cujos problemas cotidianos podem desencadear uma desestruturação familiar.

O presente trabalho é uma exigência da disciplina de Prática Assistencial Aplicada na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A idéia deste trabalho surgiu quando na disciplina de Contexto Social III nos foi atribuído a tarefa de pesquisar em um Centro de Saúde o que era Estratégia de Saúde da Família e quando a mesma havia surgido. Durante a entrevista com a enfermeira do Centro escolhido, nos contagiamos com a sua dedicação na busca da resolutividade dos problemas existentes na comunidade. Naquele momento percebemos que havíamos encontrado a resposta para a nossa grande pergunta: o que podemos fazer para melhorar? Naquele instante estava mais do que claro as nossas vontades, ou seja, trabalhar diretamente com a comunidade, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da família o que vinha de encontro com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família, pretendendo justamente contrapor a lógica Flexneriana anteriormente citada. Acreditamos que a saúde da população não se transforma apenas dentro de hospitais providos de aparelhos de alta tecnologia, mas também, trabalhando a saúde pública.

Hoje, um ano depois do surgimento da idéia, muitas coisas mudaram. O Programa de Saúde da Família cresceu, expandiu-se e deixou de ser um simples Programa para transformar-se no que chamamos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em nossas vidas muitas coisas amadureceram, novas idéias surgiram. Nossa participação em vários eventos na área da família, em especial a **I Mostra de Produção em Saúde da Família - Construindo um novo modelo**, realizado em Brasília e organizado pelo Ministério da Saúde, nos permitiu perceber a necessidade de trabalhar a saúde mental das famílias da comunidade, porém faltava um elo de ligação para podermos chegar nelas. Este intermediador, ou seja, a nossa porta de entrada para trabalhar diretamente a família veio após a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II, através da qual percebemos o sofrimento

e o abandono das famílias que tinham algum membro internado no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina (IPQ).

Naquele momento a vontade tomava novas formas, direções e definições, no entanto, ainda faltava o local para realização do estágio. Foi então, que encontramos nos corredores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, a enfermeira Maria Aparecida de Souza, que atua junto a saúde da família no Mont Serrat, um bairro muito carente em que famílias necessitam de ajuda para estruturarem seus lares e garantir uma melhor qualidade de vida dentro da realidade existente no seu contexto familiar e comunitário.

Para Nery e Vanzin (1998, p.50), a saúde comunitária é “organizada pela comunidade, onde seus membros, conscientes de constituir um grupo com interesses coletivos comuns, refletem e se preocupam com os problemas de saúde de sua comunidade, expressam suas aspirações e necessidades e participam ativamente dos serviços de saúde na solução de seus problemas, através dos programas locais de saúde.”

Segundo a OMS 1992 apud Nery e Vanzin (1998, p.49) saúde pública “é a ciência e a arte de prevenir as enfermidades, melhorar a qualidade e a esperança de vida, e contribuir para o bem-estar físico, mental, social e ecológico da sociedade. Isto se alcança mediante esforço concentrado da comunidade que permita o saneamento e a prevenção do meio ambiente, assim como o controle das enfermidades. O que demanda serviço de atenção a saúde para o diagnóstico e tratamento precoces das enfermidades, conhecimento dos princípios de higiene que possibilita a todas as pessoas participarem no melhoramento da saúde individual e coletiva”.

Com isso ficou claro que queríamos trabalhar o indivíduo e sua família, dentro da Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Mont Serrat, identificando e promovendo a estes indivíduos/famílias, a busca de soluções viáveis para seus problemas.

Para que pudéssemos trabalhar a saúde mental na comunidade, dentro de um modelo de assistência voltado para o indivíduo, família e comunidade, houve a necessidade de mudar nossa visão de saúde, ou seja, começamos a trabalhar a pessoa e não a doença.

Para tanto, buscamos no referencial da relação pessoa a pessoa de Travelbee e nos princípios da educação problematizadora de Freire o embasamento para a consolidação de nossa mudança.

## **2. OBJETIVOS PROPOSTOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Prestar assistência de enfermagem na área da saúde mental dentro da Estratégia da Saúde da Família, na comunidade do Mont Serrat, fundamentado no referencial teórico de Joyce Travelbee e da Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Conhecer a realidade do contexto social e familiar em conjunto com os agentes comunitários e/ou equipe de saúde.
2. Identificar em conjunto com a equipe do CSI três famílias com desestruturação familiar que necessitem de assistência de enfermagem.
3. Aprimorar os temas abordados na revisão de literatura e os que emergirem no decorrer do estágio.
4. Construir instrumento para a aplicação do processo de enfermagem.
5. Assistir o cliente/família dentro do referencial teórico proposto.
6. Traçar um perfil socioeconômico dos clientes definidos/comunidade.
7. Compartilhar com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social os resultados do trabalho desenvolvido.

### 3. REVISANDO A LITERATURA

Abordaremos neste capítulo, aspectos gerais relacionados a saúde mental, história da psiquiatria, estratégia de saúde da família, além de outros que emergiram no decorrer do estágio, sendo estas doenças crônicas e outras de cunho social.

#### 3.1. Definindo saúde mental

Embora não haja uma definição universal, as pessoas da área da saúde parecem concordar que saúde mental é um estado positivo onde o indivíduo é responsável, auto-direcionador e mostra autoconsciência, Shives, 1994.

Segundo Marmor e Pumpion - Mundling apud Shives, 1994, saúde mental é o inter-relacionamento entre o indivíduo e o seu meio ambiente, mantendo a estrutura da personalidade relativamente estável, no qual o estresse do meio está dentro da capacidade de absorção do indivíduo.

#### 3.1.1. Fatores que influenciam a saúde mental

Segundo Shives, há três fatores que influenciam no desenvolvimento da saúde mental: *características herdadas, criação durante a infância e causados por circunstâncias durante a vida.*

- **Características herdadas:** alguns autores colocam que ninguém é completamente normal e que a capacidade de manter-se mentalmente saudável durante sua vida é, em parte, devido aos genes, como os defeitos genéticos predispõe uma pessoa a deficiências no aprendizado, esquizofrenia ou transtornos afetivos. Esses indivíduos

tem diferenças inatas na sensibilidade e temperamento que propiciam várias respostas ao seu meio.

- **Criação na infância:** refere-se a interação pais - filhos, que também afeta o desenvolvimento mental saudável.

**Uma criação positiva** começa com vínculos desde o nascimento e inclui sentimentos de amor, segurança e aceitação.

**Uma criação negativa** inclui circunstâncias como depreciação materna, rejeição dos pais, rivalidade com irmãos e fracasso na comunicação desde cedo.

- **Circunstâncias no decorrer da vida:** as circunstâncias da vida podem influenciar na saúde mental desde o nascimento.

Exemplo: como circunstâncias positivas pode-se citar o sucesso na escola, segurança financeira, boa saúde física, ter uma ocupação agradável e um casamento feliz. Como circunstâncias negativas pode-se colocar a pobreza, uma saúde física debilitada, o desemprego e um insucesso no casamento.

### 3.1.2. Caracterizando a saúde mental

Maslow (1954) apud Shives, 1994, desenvolveu algumas idéias sobre a saúde mental das pessoas:

- Eles possuem a capacidade de aceitar a si mesmos, aos outros e a natureza, tem auto-conceitos positivos e se relacionam bem com outras pessoas e seu meio ambiente;
- São capazes de formar laços fortes, demonstrar simpatia, paciência e compaixão com os outros;
- São capazes de perceber o mundo e as pessoas como eles realmente são. Os problemas são resolvidos porque esses indivíduos são capazes de tomar decisões baseadas na realidade dos fatos e não em algo fantasioso;
- São capazes de apreciar a vida e responder com otimismo as coisa do dia a dia;
- São independentes em seus pensamentos, atos e se baseiam em padrões pessoais de comportamento e valores.
- Essas pessoas são capazes de agir com certa tranquilidade diante de circunstâncias que

levariam outros a comportamentos destrutivos. São criativos, utilizam uma variedade de métodos para realização de tarefas ou para resolver problemas, apresentam comportamento consistente ao apreciar e respeitar os direitos alheios, mostram disposição para ouvir e aprender além de respeito pela unicidade e diferença dos outros.

Maslow faz também uma comparação de algumas características da saúde e doença mental, que seriam basicamente as idéias citadas acima e o oposto delas seria considerado característica da doença mental. Entretanto, uma pessoa saudável não tem que necessariamente apresentar todas essas características. Sob estresse, pode apresentar algumas características da doença mental por um período transitório. Essas características são respostas inconscientes de comportamento que serve para satisfazer as necessidades básicas do ser humano de uma maneira socialmente aceitável.

Em Shives (1994, p.8), são sumariados os seguintes itens a respeito das **interpretações errôneas do comportamento anormal e doença mental**, originalmente listadas por Altrocchi (1980):

- Comportamento anormal é facilmente reconhecido. Essa é uma interpretação errônea pois todos nós podemos apresentar um comportamento irracional ou diferente em alguma época. O comportamento inadequado pode aparecer subitamente, como por exemplo, um indivíduo pode começar a suspeitar de todos e evitar contatos com outras pessoas. Pessoas diagnosticadas com depressão (doença mental) podem parecer quietas, rabugentas ou distraídas, mas não necessariamente apresentam comportamentos anormais ou bizarros.
- Pode ser previsível e avaliado. Os meios de comunicação nos provam o contrário todos os dias, com casos de pessoas que segundo famílias e amigos, sempre tiveram um comportamento normal e de repente com uma arma matam pessoas totalmente desconhecidas sem aparente razão.
- Forças interiores são responsáveis pelo comportamento anormal. Embora forças internas possam ser responsáveis pelo aparecimento de um comportamento inadequado, outros fatores como pessoas, cultura e meio ambiente podem também influenciar no comportamento.
- Pessoas que apresentam comportamento anormal são perigosas. Indivíduos com

esquizofrenia, depressão, autismo, crises de ansiedade entre outros e que buscam ajuda para lidar com seus problemas, não oferecem risco à comunidade.

- Comportamento mal ajustado é herdado. Hereditariedade pode ser a causa do desenvolvimento em alguns casos de comportamento anormal, entretanto, o aprendizado também influencia o comportamento. A criança aprende como atender suas necessidades através do choro que pode se tornar excessivo, teimoso, acessos de raiva ou manipulador dos pais para alcançar seus objetivos imediatamente. Na vida adulta como na infância pode-se imitar comportamentos que se acredite serem aceitos pelos outros a fim de atender suas necessidades.
- Doença mental é incurável. Há muitos avanços no diagnóstico e tratamento das doenças mentais. O precoce diagnóstico e tratamento, podem aliviar os sintomas e permitem que a pessoa tenha uma vida normal na sociedade. Indivíduos com doenças crônicas devem receber doses de medicação para manutenção, terapias alternativas ou auto-cuidado com certa supervisão.

### **3.1.3. Mantendo a saúde mental**

Muitas pessoas acreditam que são capazes de resolver todos os problemas que lhes aparecem e são capazes de manter o controle de suas vidas e dos outros, sem a ajuda de nada ou ninguém. A verdade é que aqueles que tentam resolver seus problemas sozinhos podem acabar sofrendo algum tipo de desordem mental.

A saúde mental é em parte determinada por relacionamentos entre aqueles que ou amam ou recusam-se a amar outros (Shives, 1994, p.9).

Fatores como comunicação interpessoal, lidar diretamente com as emoções e utilização dos mecanismos de defesa, tem influência na habilidade de alcançar e manter uma maturidade emocional (Powel, 1969 apud Shives, 1994, p.9).

Para a melhor compreensão da saúde mental na atualidade é importante que conheçamos um pouco da história da psiquiatria.

### **3.2. Um pouco da história da psiquiatria**

Na nossa sociedade sempre houve doentes mentais, que eram temidos, admirados,

ridicularizados, rejeitados ou torturados, mas raramente curados. Para explicar estas doenças teve-se a necessidade de uma ciência capaz de investigar o universo da mente humana.

As tendências no pensamento psiquiátrico, conforme Alexander & Selesnick, 1980, podem ser traçadas, até os tempos mais antigos, através de três formas: *aspectos físicos* (método orgânico), *psicológico* (método psicológico), ou da *magia* (método mágico).

Segundo Alexander & Selesnick, a história da psiquiatria começou quando um homem, influenciado por outro homem, tentou aliviar o seu sofrimento. Não havendo distinção entre o sofrer físico e o psíquico, o precursor da psiquiatria era qualquer homem que cuidasse de outro homem com dor. Assim começou a história da psiquiatria, com a história do primeiro cuidador profissional, o médico feiticeiro.

No decorrer da história, as doenças mentais definem-se a partir da intensidade do desvio do que é considerado como procedimento padrão ou personalidade normal. Assim, a falta de conhecimento na área da psiquiatria entre outros motivos, fizeram os profissionais escolherem os manicômios como forma de tratamento mental, pois, ao isolar o doente do mundo exterior e submetê-lo a regras determinadas pelas autoridades de saúde, acreditava-se que se recuperaria e conseguiria se adaptar às regras da sociedade. Esse tipo de atendimento baseia-se na psiquiatria clássica, que considera a doença mental como sendo um distúrbio ou anomalia de natureza anatômica ou fisiológica, que provocam distúrbios do comportamento, da afetividade, do pensamento.

No Brasil, o atendimento na área da saúde mental também se fundamentou na hospitalização. A década de 70 e início da década de 80 foi o período de maior ampliação da rede hospitalar.

Segundo Kawamoto (1995), a psiquiatria brasileira não é considerada de boa qualidade devido à centralização da assistência nos hospitais psiquiátricos, à violação dos direitos humanos dos pacientes internados, e ao grande número de indivíduos que não tem acesso ao atendimento.

Os avanços na psiquiatria, a melhor compreensão do conceito de saúde/doença, e a insatisfação com o modelo assistencial, fizeram com que ocorresse uma mudança da atuação na área da saúde mental.

A abordagem psicológica considera a doença mental como uma desorganização da

personalidade que gera uma alteração de sua estrutura ou um desvio progressivo em seu desenvolvimento.

Baseando-se na abordagem psicológica e na compreensão de que os indivíduos transitam em diferentes níveis de saúde e doença, ou seja, não estão constantemente em profunda dependência física e/ou mental, propõe-se tratar o doente mantendo os seus vínculos familiares e sociais, ao invés de retirá-lo desse convívio.

Conforme Kawamoto (1995), para que ocorra a substituição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico pelo modelo de atendimento diversificado, há necessidade de uma política de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e aumento dos serviços extra-hospitalares. Assim a porta de entrada da assistência passaria a ser as Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios de saúde mental, ficando estes, responsáveis pela prevenção primária e secundária, visando a promoção, recuperação e manutenção da saúde mental, e os hospitais como uma retaguarda para atender as situações em que não se deve indicar a permanência do doente na sociedade.

### **3.3. Programas comunitários de saúde mental**

Caplan, 1980, coloca os problemas para a implantação de um programa preventivo de saúde mental nas comunidades, já que estas variam em termos de parâmetros históricos, políticos, econômicos, socioculturais e outros, os quais são significativos tanto para o conteúdo dos programas preventivos quanto para a estratégia e tática de um profissional da saúde mental comunitária.

Para a iniciação de uma atividade comunitária é importante que o profissional faça sua primeira visita formal à comunidade a fim de aprender o máximo possível acerca da comunidade.

O ganho da confiança da comunidade é fator fundamental para o bom andamento do trabalho. A essência da confiança é a crença em que uma pessoa deseja sinceramente nosso bem-estar e não nos causará intencionalmente mal algum; em que ela tem suficiente simpatia pelos nossos valores e objetivos para não os contrariar; e que podemos confiar em sua honestidade e sinceridade. Um profissional deve estabelecer uma relação de confiança com os colegas das equipes multiprofissionais.

### **3.3.1. Aquisição de respeito**

A reputação de um profissional comunitário depende não só de ser visto como pessoa merecedora de confiança, mas também de ser aceito como especialista cuja competência tem importância direta para questões locais e de quem se pode esperar, portanto, uma valiosa contribuição para a solução dos problemas comunitários.

### **3.3.2. Prevenção primária na saúde mental**

As metas desse programa são assegurar a provisão adequada de suprimentos básicos aos membros de uma população e ajudá-los a enfrentarem construtivamente suas crises de desenvolvimento e acidentais. Isso pode ser assegurado por duas abordagens afins, a ação social e a ação interpessoal. A primeira delas almeja produzir mudanças na comunidade; a segunda propõe-se mudar determinados indivíduos (Caplan, 1980).

#### **3.3.2.1. Ação social**

Além de assegurar suprimentos básicos adequados, a ação social também opera para melhorar o ajustamento e a adaptação da população durante crises na vida, através da atenuação de circunstâncias perigosas, e do fornecimento de serviços para incentivar uma interação saudável.

#### **3.3.2.2. Ação interpessoal**

A ação interpessoal é dirigida tanto para assegurar suprimentos básicos como para promover uma superação saudável da crise, e tem por objetivo assegurar que as pessoas em crise escolham formas eficazes, baseadas na realidade de enfrentar suas tarefas, para que saiam do período de perturbação com menor vulnerabilidade ao distúrbio mental. Esse objetivo pode ser realizado intervindo diretamente na vida dos indivíduos e suas famílias durante a crise, e por contato pessoal com os profissionais de assistência que, por seu vez, intervém nas situações de crise.

### **3.3.3. Prevenção secundária**

Em saúde pública é o nome dado aos programas que reduzem a taxa de incapacidade causada por um distúrbio, na medida em que baixam a prevalência do distúrbio na comunidade.

Uma redução na prevalência pode ocorrer de duas maneiras: diminuição da taxa de novos casos através de medidas preventivas, e a redução da taxa de casos antigos pelo encurtamento da duração dos casos existentes através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz.

O profissional que trabalha em programas de prevenção secundária deve preocupar-se com problemas de planejamento e prática comunitárias, tais como diagnóstico precoce; encaminhamento precoce; questões clínicas de diagnóstico e terapia; assim como programas de triagem que tem por objetivo ganhar acesso a população e avaliar o funcionamento de seus membros, de modo que aqueles que manifestam os primeiros sinais de distúrbio mental possam ser identificados sem ter que recorrer a um processo de encaminhamento.

### **3.3.4. Prevenção terciária**

A prevenção terciária tem por objetivo reduzir a taxa de funcionamento defeituoso devido a distúrbios mentais na comunidade. Assim como a prevenção secundária inclui a prevenção primária, também a prevenção terciária abrange as outras duas. Entretanto a prevenção terciária limita-se mais à redução da taxa de defeito residual, a capacidade diminuída para contribuir para a vida ocupacional e social da comunidade que continua após o término do distúrbio mental, (Caplan, 1980).

Para trabalharmos esses níveis de prevenção, acreditamos ser a vida familiar constituída por um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimento e informações, e para compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto.

### 3.4. A priorização da família na Estratégia de Saúde da Família

Assim como em muitos países, o Brasil vem também priorizando as intervenções no nível familiar como forma de integração e dinamização das diversas políticas sociais, que no setor saúde resultou no Programa Saúde da Família apoiado pelo Ministério da Saúde.

Apesar de haver ocorrido vários movimentos setoriais de racionalização integradas das políticas sociais (ex.: INPS em 1966 e SUS em 1988), as mesmas continuam fragmentadas. Os vários direitos sociais da mulher, criança, idoso, trabalhador nos campos da saúde, educação, lazer, segurança e meio ambiente, geraram diferentes programas e instituições, conflitando e competindo entre si. A grande maioria se dirige para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem.

Segundo Durham apud Vasconcelos, 1999, para muitos intelectuais brasileiros progressistas tem sido decepcionante constatar que os membros das classes subalternas são extremamente apegados às famílias. As análises para explicar isso pode tomar diferentes enfoques. Um desses enfoques pode ser importante para a compreensão dos movimentos sociais e da participação política. A família significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida. Se na fábrica, no ônibus, nos serviços, na rua e na relação com os dirigentes políticos, o trabalhador é um indivíduo sem uma identidade própria, é na família que ele experimenta uma vivência de coletividade e liberdade.

Têm-se expandido muito os estudos e publicações de artigos sobre a família brasileira e o trabalho social com a mesma. Nesses estudos têm-se ressaltado a existência de famílias nas classes populares que vivem situações especiais de risco (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais intensos, envolvimento em atividades ilícitas e perseguidos pela polícia, dependência de drogas, distúrbios mentais, etc) que as tornam incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de ação diferenciada do estado para garantir os direitos da cidadania.

Em relação aos serviços públicos comunitários, vale ressaltar que na medida em que lidam com famílias extremamente fragilizadas, necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular, para não as massacrar. Em vez de estruturarem suas práticas no fornecimento de serviços e bens que substituam as iniciativas da família, devem centrar suas ações no seu fortalecimento, tentando apoiar a

recomposição dos vínculos afetivos internos ameaçados e a sua reintegração na rede de solidariedade local.

### **3.4.1. Falando um pouco mais de família**

Ao buscar um conceito de família na literatura, percebe-se a dificuldade para defini-la, pois a mesma pode variar de acordo com a cultura e época. Atualmente são encontrados vários tipos de famílias como: família nuclear, família extensa ou ampliada, família monoparental, família substituta e famílias formadas por casais homossexuais (Elsen et al, 1998).

A família pode ser considerada como uma unidade viva pois forma um sistema que está continuamente em busca de equilíbrio, que protege a unidade contra desintegração. Desse modo, é importante compreender a estrutura e dinâmica familiar.

### **3.4.2. Estrutura e dinâmica familiar**

“A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem” (Minuchin, 1982:57 apud Elsen et al, 1998).

Dentro do sistema familiar existem subsistemas que desempenham funções e que podem ser formados de acordo com a geração, sexo, interesse ou função.

As regras para organização familiar, hierarquia de poder, complementaridade de funções, expectativas mútuas são mecanismos que fazem o sistema manter a si próprio, regulando o comportamento de seus membros. Desta forma, o sistema familiar cumpre a função homeostática, de perdurar, cabendo a este a função de se tornar flexível o bastante para evoluir.

A comunicação é outro aspecto importante da dinâmica familiar, é o veículo onde circula tudo que se passa. Quando a comunicação é clara, sem segredos, possibilita aos membros negociar regras e espaços conforme a necessidade, levando a família ao crescimento mútuo.

### **3.4.3. Pressões internas e externas na vida familiar**

Segundo Elsen et al, 1998, a capacidade de cuidado e proteção dos grupos familiares depende diretamente da qualidade de vida que eles têm no contexto social no qual estão inseridos.

As mudanças provenientes do interior das famílias estão relacionadas aos acontecimentos intra-familiares: doenças, mortes, separações, e ao processo de desenvolvimento de seus membros que marcam seu próprio ciclo vital.

Para que ocorra a manutenção da estrutura familiar é necessário que as pressões internas como por exemplo as doenças crônicas e externas como os problemas sociais estejam sempre em equilíbrio. Com isso sentimos a necessidade de ampliarmos um pouco mais a respeito desses temas.

#### **3.4.3.1. Doenças crônicas**

As doenças crônicas são fontes de dificuldades nas famílias no que diz respeito a administração de tal situação.

Quando uma doença crônica aparece gradualmente, dá à família um maior tempo de reajustamento familiar. Entretanto, nas doenças crônicas agudas a família possui um período muito curto para o reajustamento, exigindo dessa família maior rapidez na administração da crise (Elsen et al, 1998).

Elsen et al, 1998, classificam as doenças crônicas quanto ao seu curso em: progressivas, constantes e recorrentes. Nas doenças progressivas como a AIDS por exemplo, levam a severidade do quadro, havendo muita tensão nos cuidadores, com risco de exaustão em suas tarefas de cuidado. Nas doenças de curso constante como no acidente vascular cerebral (AVC) e paralisia cerebral, o quadro se estabiliza após a crise inicial, ficando com déficit funcional, embora não há exaustão familiar, o risco de tensões é menor pois as mudanças que ocorrem são previsíveis e semi-permanentes. Nas doenças de curso recorrente como a hipertensão, diabetes e esquizofrenia, o sistema familiar convive com a normalidade podendo ser alterado a qualquer momento pela manifestação dos sintomas, o que gera na unidade familiar uma certa tensão permanente.

Com relação às consequências da existência de doença crônica na família, essa trará

consigo uma diminuição na funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo portador, assim como poderá levá-lo a morte. A doença crônica dependendo das perspectivas do indivíduo portador, pode causar um desequilíbrio na família que poderá ter o desejo de afastar-se ou aproximar-se física e emocionalmente do mesmo.

Assim, para que pudéssemos compreender a família com a presença da doença crônica, procurarmos listar algumas doenças de maior incidência e prevalência no seio familiar, encontrados no decorrer do estágio.

- **Diabete Mellitus:** é um distúrbio caracterizado por uma elevação do nível de glicose no sangue. Existe basicamente dois tipos de diabetes, tipo I e tipo II. O diabetes tipo I é causado por uma falência completa do pâncreas em produzir insulina. Já no diabetes tipo II ocorre uma diminuição na secreção da insulina e uma resistência a nível celular a mesma.

Normalmente há uma quantidade de glicose circulante que resulta dos alimentos ingeridos, e da formação de glicose pelo fígado. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas que controla os níveis glicêmicos do sangue, regulando a produção e armazenamento da glicose. Idade, obesidade, história familiar, e o grupo étnico são fatores de riscos associados com o desenvolvimento do Diabetes.

Um diabetes descompensado pode levar à complicações agudas (hipo e hiperglicemia) e crônicas que aparecem de 10 a 15 anos após o início da doença e inclui problemas como: doenças macrovasculares (coronárias, circulação periférica e cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatias) e doenças neuropáticas, afetando os nervos autônomos sensoriomotores, contribuindo para problemas de impotência e úlceras nos pés.

- **Hipertensão Arterial:** pode-se dizer que hipertensão é a “pressão aumentada do sangue” no interior das artérias com a presença de um nível persistente de pressão arterial, onde a pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e/ou a pressão diastólica acima de 90 mmHg. A hipertensão é um distúrbio comum e geralmente progressivo que, se não tratado corretamente, apresenta elevada mortalidade resultante de grande aumento da probabilidade de trombose coronariana, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal. É mais comum em mulheres e homens negros.

A hipertensão arterial pode ser melhor considerada como uma doença dependente de

qualquer fator (fatores de risco) que possa alterar as relações entre o volume sanguíneo e a resistência arteriolar total. Pode-se citar como principais fatores de risco a obesidade, dieta hipersódica, aterosclerose, tabagismo, sedentarismo, estresse, álcool, hereditariedade e uso de pílula anticoncepcional.

- **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** é o comprometimento do cérebro pela restrição de suplemento sanguíneo ou extravasamento de sangue dentro do tecido cerebral causado pela ruptura de um vaso, podendo comprometer movimentos, sensibilidade, visão, fala ou intelecto. Qualquer distúrbio na distribuição de sangue para o cérebro priva as células nervosas de oxigênio e nutrientes. Essas células então, ficam incapacitadas de comunicar-se com as partes do corpo que elas servem, resultando numa perda de função temporária ou permanente. As hemorragias prejudicam o cérebro por compressão e irritação do tecido cerebral.
- **Paralisia Cerebral:** é uma desordem neuromuscular que gera uma dificuldade em controlar os movimentos voluntários dos músculos, devido a um prejuízo em algum local do cérebro.

Ainda não se conhece a causa exata da lesão cerebral, mas sabe-se que pode ocorrer no período pré-natal relacionado a infecção, falta de circulação do sangue para o feto, mal formação do cérebro, entre outros; durante o parto causado por eritoblastose fetal, hemorragia intracraniana, etc; ou durante a infância por meningite e traumatismos craniano grave. Outras causas ainda não são conhecidas.

Como ainda não há um tratamento que possa recuperar os prejuízos que o cérebro sofreu, a pessoa deve ser aceita pelos pais, parentes e pessoas próximas a ela. Os cuidados devem ser prestados com carinho, pois, a pessoa enferma não compreende o que ocorre ao seu redor e se torna muito sensível psicológica e afetivamente.

- **Depressão:** é caracterizada pela lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e ou irritável, associado a ansiedade e angústia; redução da energia com desânimo, cansaço fácil; incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anodinia); desinteresse; lentificação; apatia ou/e agitação psicomotora; dificuldade de concentração e pensamento de cunho negativo. Os sintomas podem variar muito de um deprimido a outro.
- **Esquizofrenia:** trata-se de uma entidade mórbida muito ampla que inclui um grupo de

distúrbios psicóticos que se manifestam por alterações do pensamento, da afetividade e do comportamento.

A esquizofrenia manifesta-se, em geral, no fim da adolescência ou início da idade adulta, existindo duas maneiras básicas de início da mudança de comportamento que pode ser lenta ou gradual.

Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa (subtipos clínicos) e ao longo da evolução da doença na mesma. Entre os sintomas mais comuns, podemos destacar: delírios, alucinações, alterações do pensamento, alterações da afetividade, diminuição da motivação.

- **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ( AIDS):** é causada por um vírus da Imunodeficiência Humana(HIV). O vírus destrói um tipo de célula branca, os linfócitos CD<sub>4</sub>. À medida que o número de células diminuem, o sistema imune torna-se menos eficiente. O HIV é transmitido através da via sexual e sangue contaminado.

Muitas pessoas infectadas podem ser assintomáticas por muitos anos. Em estágios mais avançados, eles perdem peso, desenvolvem sudorese noturna, febre e diarreia, evoluindo para uma baixa imunidade tornando-se vulneráveis a infecções oportunistas e tipos de câncer.

Com relação a manifestação da AIDS, podemos dizer que os conflitos familiares e as dificuldades impostas pela sociedade geram um estresse muito grande nos indivíduos fazendo com que o seu sistema imunológico seja deprimido, facilitando assim a manifestação do vírus.

- **Alcoolismo:** é hoje considerado como uma doença crônica progressiva, e como tal necessita de cuidados constantes.

---

Concordamos com Elsen et al, 1998, quando colocam que a disfunção familiar relacionado com o alcoolismo pode tornar-se aparente no início do problema ou permanecer não identificada, vindo a manifestar-se em fases posteriores “a disfunção para o indivíduo na família ocorre ao longo do tempo e seu ritmo é diferente em diferentes indivíduos e famílias” (Cater, 1995 apud Elsen et al, 1998).

Em presença do alcoolismo, o reconhecimento do problema é inicialmente negado pelo indivíduo, assim como pela família e seus efeitos tendem a destruir a auto-estima e a autoconfiança deixando os padrões de comportamento e emoções afetados podendo

causar impacto de longo alcance atingindo outras gerações.

### 3.4.3.2. Problemas sociais

Assim como as doenças crônicas, os problemas sociais como a violência sexual, a pobreza, desemprego e o suicídio também podem ser entendida como questões que tangenciam o setor de saúde do país, uma vez que interferem na saúde mental do indivíduo e família.

- **Violência sexual contra a mulher:** esta não se inscreve, necessariamente, num quadro de psicopatologia individual de marginalização socioeconômica, e nem é questão de âmbito privado. Ao contrário, é inserida no contexto normal da relação entre os sexos, e até mesmo inserida na nossa sociedade e aceita de forma amena pelos cidadãos.

Nos casos de violência sexual, além das conseqüências físicas tem as psicológicas que são mais difíceis de serem superadas e que podem acompanhar e influenciar toda a trajetória de vida da pessoa. Como conseqüências da violência sexual podemos citar a dificuldade de adaptação afetiva, a dificuldade de adaptação interpessoal que é caracterizado pela insatisfação e sofrimento, e a dificuldade de adaptação sexual, (Campos et al, 2000).

- **Pobreza:** a questão da pobreza como fonte de preocupação familiar é bem colocado por Carvalho, 1995:13 apud Elsen et al, 1998, quando diz que a crescente interdependência causada pela globalização da economia e os conseqüentes ajustes econômicos ocorridos nos últimos dez anos no Brasil, tem colocado as nossas famílias em acelerado processo de empobrecimento, alterando profundamente sua estrutura, seu sistema de relações, papéis e formas de reprodução social.

---

O problema maior em nossa sociedade é que o estado tem se compromissado cada vez menos com relação as ações sociais que garantiriam a cidadania das nossas pessoas (Elsen et al, 1998).

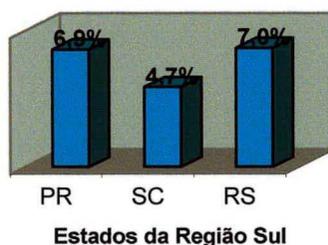
Concordamos com Elsen et al quando coloca que o relacionamento entre a situação econômica e o nível de funcionamento familiar não é linear, quer dizer, ser pobre não significa necessariamente ser uma família disfuncional. Existem muitas famílias pobres que lutam pela sobrevivência com seus recursos inadequados, mas conseguem satisfazer as necessidades básicas de seus membros. No entanto, a pobreza é um fator

que pode levar a pessoa mais “sadia” a dar-se por vencida, principalmente quando todos os fatores sócio-políticos existentes, servem para mantê-la numa posição de miséria e impotência. Acrescentamos ainda que são esses fatores que geram um desgaste mental constante, na maioria das vezes sofrida pelas famílias, podendo causar problemas na estrutura familiar evidenciando progressivamente a ausência da saúde mental.

- **Desemprego:** no Brasil, onde existem constantes mudanças nas políticas econômicas, as famílias sofrem com a instabilidade do país sendo afetadas diretamente pelo desemprego.

Os três estados que compõem a Região Sul apresentam índice de desemprego de acordo com o IBGE, de 1998, diferenciados apesar de próximos. Conforme o gráfico abaixo podemos observar que o Estado de SC apresenta a menor incidência de desemprego, 4,7% em relação aos outros Estados da Região Sul. Porém, este dado demonstra a sua prevalência que consequentemente interfere na vida familiar.

**Índice de desemprego na  
Região Sul**



Fonte: IBGE 1998.

As famílias inseridas no contexto de desemprego tornam-se discriminadas e parecem ficar extremamente limitadas na sua capacidade de funcionamento, impedindo o progresso de seus membros. Devemos ainda salientar quanto ao fato de que a situação desemprego e subemprego, exigem em muitas famílias a necessidade do trabalho infantil e também a inserção da mulher no mercado de trabalho como forma de garantir um mínimo de sobrevivência (Carvalho,1995).

- **Suicídio:** foi o termo usado originalmente pelo francês Desfontaines, em 1737 para significar a morte de si mesmo, onde etimologicamente sui = si mesmo e cades = ação de matar.

Kaplan, 1997, coloca que o suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade. Pelo

contrário, trata-se do escape de um problema ou crise que está causando, invariavelmente, intenso sofrimento, estando associado com necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimento de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um estresse insuportável, além de um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga.

- **Tentativa de suicídio:** o grupo de pessoas que tentam o suicídio não apresenta necessariamente intenção suicida. A função da tentativa de suicídio seria um grito de socorro “cry for help”, um desejo de comunicação numa dada circunstância da vida.

A tentativa de suicídio ocorre mais freqüentemente em mulheres do que em homens (cerca de 3:1), sendo que 2/3 tem menos que 35 anos. A maioria está inserida em classes pouco favorecidas, morando em zonas urbanas com superpovoamento e más condições. Em geral, os indivíduos que tentam o suicídio podem apresentar uma anormalidade psiquiátrica, onde os quadros de depressão reativa entre as mulheres de meia idade são as mais comuns.

Kaplan, 1997, coloca ainda que pode haver fatores genéticos para o suicídio, principalmente aqueles na transmissão bipolar, e dependência de álcool. Nos dependentes de álcool, até 15% dos alcoólicos cometem suicídio, Murphy e cols, apud Meleiro & Wang, 1995, colocam que a gravidade e a seriedade da intenção suicida em alcoolistas são de difícil avaliação, dada a grande quantidade de ameaça e/ou comunicação suicida: do índice de 92%, somente 30% cometem suicídio.

A família deve ficar alerta para as comunicações diretas e indiretas da intenção suicida. Pesquisas tem mostrado que pessoas que cometeram o suicídio anunciaram previamente as suas intenções. Todas as ameaças de suicídio devem ser encaradas com seriedade, mesmo que possam parecer manipulação, pois, os indivíduos que realmente desejam se matar um dia conseguirão fazê-lo.

O suicídio é um problema sério que quando presente pode abalar toda estrutura familiar, necessitando de auxílio de profissionais especializados. Nesse momento é importante a inserção dos programas de atenção à família que serão citados no capítulo seguinte.

## 4. PROGRAMAS DE ATENÇÃO À FAMÍLIA

Atualmente no Brasil, os programas de atenção à família, que podem ser aplicados de forma mista em um mesmo município, ou de forma exclusiva por um dos elos que depende das possibilidades locais são: Estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde.

### 4.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)\*

O PACS foi institucionalizado no Brasil em 1991-1994 pelo Ministério da Saúde. O programa atual reflete as experiências ocorridas no processo de implantação com base filosófica a contribuição para a redução dos problemas dos serviços públicos de saúde das regiões Norte, Nordeste e Centroeste. A partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará, houve a percepção pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde dos Municípios. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) se constitui em um profissional ativo para mobilizar e melhorar a capacidade da população de cuidar da saúde, e pode converter-se assim em um agente imprescindível para promoção e prevenção da saúde da população. A equipe do PACS poderá funcionar com até 30 ACS sob a coordenação de um profissional enfermeiro que atua como instrutor e é supervisionado pela direção da Secretaria de Saúde do Município.

Segundo o Ministério da Saúde, 1993, qualquer pessoa pode ser um agente comunitário, desde que resida na própria comunidade em que trabalha, tenha idade acima de 18 anos e saiba ler e escrever. Ele constitui um elo de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde. O PACS consolidou-se em 1994 e impulsionou a formulação da ESF.

---

\* O PACS, no ano 2.000, deixou de ser um programa e passou a ser uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, adotada pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional.

#### 4.2. Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, com a intenção de mudar o atual sistema de saúde do país que visa quase que exclusivamente a cura e não a prevenção das doenças.

A ESF é um modelo de assistência que vai desenvolver ações de promoção e proteção a saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Constitui a estratégia fundamental no nível de atenção primária que é o pilar mais importante do Sistema Único de Saúde.

A atenção primária da saúde e a ESF se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população a partir do controle dos fatores meio-ambientais, sociais e naturais e da mudança do estilo e conduto de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis (Dominguez, 1998 apud Corso e Schwerz, 1999. p.62).

Segundo o Ministério da Saúde, 1996 apud Corso e Schwerz, 1999, a compreensão da ESF só é possível em contraposição ao modelo vigente, o qual busca transformar e superar, através da mudança do objeto de atenção, a forma de atuação e organização geral dos serviços.

O quadro a seguir faz uma comparação entre os dois modelos.

<b>Modelo Vigente</b>	<b>Estratégia de Saúde da Família</b>
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Trata do indivíduo como objeto de ação	Trata do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada a ação setorial	Promover ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação com os profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo benefício desvantajosa	Relação custo benefício otimizada

(Ministério da Saúde, 1996 apud Corso e Schwerz, 1999, p.63)

As unidades de saúde da família correspondem aos estabelecimentos denominados pelo Ministério da Saúde de centros de saúde. Já os estabelecimentos denominados postos de saúde, poderão estar sob responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de saúde da família.

A unidade de saúde da família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo dos números de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 pessoas.

Para reconhecer a realidade econômica/social na área de abrangência as equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias, através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré estabelecida para a descrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde estas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

É recomendável que uma equipe de saúde da família seja composta de, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (um ACS para cada 250 família).

As funções básicas da equipe de saúde da família são: visitas domiciliares; internações domiciliares e participação em grupos comunitários.

#### **4.3. Princípios da Estratégia de Saúde da Família**

“A estratégia da Saúde da Família visa mudar o enfoque de atendimento a doença, para um enfoque de promoção e atenção integral ao usuário e sua família. Partimos da lógica do que todo o contato com o usuário é momento para a ação de educação e promoção da saúde. Porém, é básico reconhecer que para o sucesso de uma proposta como esta, temos que aprender um novo modo de trabalho, orientado em princípios que norteiam a proposta. Reconhecendo a necessidade de um processo de reciclagem a todos os

profissionais que venham a participar do programa.

Os princípios básicos do programa de saúde são os seguintes:

- O profissional de saúde da família é hábil;
- O profissional de saúde da família é fonte de recursos para uma população definida;
- A saúde da família é uma disciplina baseada na comunidade;
- A relação equipe - paciente - família é alvo central na Saúde da Família.

**1º Princípio:** *O profissional de saúde da família é hábil:*

Trabalhar em saúde da família é ter a noção clara que o foco da nossa atenção é o *cliente*, temos de aprender a olhar o problema pela ótica do paciente, perceber o que ele sente e sermos solidários com os seus problemas.

Temos de ser capazes de identificar e lidar com as situações comuns, com as quais nos defrontamos no dia a dia.

**2º Princípio:** *O profissional de saúde da família é fonte de recursos para uma população definida:*

A mudança da proposta entre a saúde da família e o modelo tradicional reside em tratar a população como um todo, saudável ou não, como de risco, buscando a promoção da saúde, a identificação de fatores de risco e situações que poderão fragilizar as pessoas e famílias. Não nos contentamos a estudar doenças e sua epidemiologia, mas pessoas em quem estas doenças se instalam.

Temos de ser críticos sobre todas as situações e informações, buscando uma interpretação mais ampla que privilegie diversos ângulos e pontos de vista. Assim saberemos do risco real de cada situação e no que implicaria mudanças de atitude e/ou terapêutica.

O registro dos dados dos usuários e suas famílias deve ser detalhado, subsidiando a tomada de decisões ao longo do tempo, e permitindo um relacionamento mais profissional com os nosso usuários.

**3º Princípio:** *A saúde da família é uma disciplina baseada na comunidade:*

Estando próximos dos nossos usuários, conhecendo a sua realidade e modo de vida, temos que nos apropriar da epidemiologia da área, reconhecendo os problemas que mais afetam a comunidade. É em cima destes problemas que fazemos nosso planejamento, dando uma resposta mais eficiente a população.

#### **4º Princípio:** *A relação equipe - paciente é alvo central na saúde da família:*

Todo o trabalho em saúde deve se concentrar no relacionamento com o paciente, mas na saúde da família é fundamental. A parceria com o usuário muda o enfoque, sendo necessário reconhecer que o doente se instala no seio da família, que não somos os donos da verdade, mas que é através da integração do usuário e sua família que obteremos os resultados desejados de promoção e recuperação da saúde. Não é a nossa verdade, transplantada ao usuário, que o levará a mudar seus hábitos e atitudes. É o reconhecimento de suas necessidades e aspirações que permitirá, através de um processo contínuo de relacionamento, a mudança de seus hábitos e atitudes. Aí teremos melhoria das condições de vida, mudando o perfil epidemiológico da comunidade” (Wagner, 2000).

#### **4.4. Implementando a Estratégia de Saúde da Família**

A implementação da ESF é operacionalizada no município, com a capacitação do nível federal e estadual.

O processo consta de várias etapas que podem ser realizadas de forma sequencial ou simultânea de acordo com as diferentes realidades dos sistemas de saúde. As etapas são as seguintes:

- **Sensibilização e divulgação:** discussão dos princípios e diretrizes da estratégia de saúde da família e suas bases operacionais, visando disseminar as idéias centrais. Compreende a “venda da idéia”, com clareza sobre a verdadeira proposta.
- **Adesão:** o município que decidiu optar pela ESF deve elaborar um projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, o qual deve ser submetido a apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Sendo aprovado, deve ser encaminhado à Secretaria do Estado de Saúde para análise e apreciação e aprovação da Comissão de Intergestores Bipartite. Ao estado cabe o apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios, a co-responsabilidade pela implantação da ESF, além do processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.
- **Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos:** como todo processo seletivo, deve ser dada atenção a identificação do perfil profissional não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidades com o campo de atuação específico

da ESF. Os critérios de seleção devem ser justos e devem atender os princípios éticos, que selecionem profissionais com perfis adequados a concepção da ESF.

- **Capacitação das equipes:** para alcançar os objetivos da ESF, o processo de capacitação desses profissionais deve apresentar um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades imediatas, bem como garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das equipes de saúde.
- **Treinamento introdutório:** este treinamento visa capacitar os profissionais para a compreensão do seu objeto de trabalho nas equipes de Saúde da Família.

Neste, são trabalhados os aspectos gerais das atividades desenvolvidas pelas equipes, no seu caráter assistencial, gerencial e administrativo, e o conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais, tanto dos serviços, quanto da característica de formação dos profissionais e do perfil epidemiológico da região.

- **Educação continuada ou permanente:** deve ser contínua, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes.

O planejamento das ações educativas deve ser adequado às peculiaridades locais e regionais, com a utilização dos recursos técnicos disponíveis e integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos.

- **Financiamento:** o financiamento da ESF está claramente definido na Norma Operacional Básica em vigor, a NOB – 01/SUS/96.

Ao nosso entendimento todas essas etapas para a implantação da ESF são imprescindíveis, pois serão o suporte para o bom desempenho dos profissionais, principalmente no que se refere, ao tratamento da saúde mental da comunidade.

## **5. BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

Na busca de um referencial que nos ajudasse a trabalhar a relação interpessoal e o indivíduo como um todo através de uma proposta educativa, elegemos a teoria das relações interpessoais de Joyce Travelbee e a pedagogia problematizadora de Paulo Freire, na qual podemos trabalhar a interação mediada pelo diálogo e a parceria.

### **5.1. Conhecendo um pouco da vida e obra de Travelbee e Freire**

#### **Biografia de Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee foi uma enfermeira psiquiátrica, educadora e escritora. Nasceu em 1926 e morreu em 1973. Recebeu seu diploma de enfermagem pelo Charity Hospital em New Orleans, o Bacharelado em Ciências em Enfermagem na Louisiana State University e fez seu mestrado em enfermagem na University of Yale.

Travelbee foi um membro pertencente a várias escolas de enfermagem. Trabalhou como professora assistente no departamento da Louisiana State University, New Orleans. Atuou também como instrutora de psiquiatria e enfermagem na saúde mental, no departamento de enfermagem da New York University, e como professora na University of Mississippi school of Nursing em Jackson, e finalmente no Hotel Dieu School of Nursing em New Orleans.

Em virtude da dificuldade de encontrarmos literaturas que abordassem mais a respeito da biografia de Travelbee, abordamos apenas uma síntese de sua vida.

#### **Biografia de Paulo Freire**

Paulo Freire é, talvez, o educador mais conhecido do Terceiro Mundo e seu

trabalho tem inspirado toda uma geração de professores progressistas e socialistas. Seu princípio de educação como ação cultural, seu método de *conscientização* e suas técnicas para alfabetização têm sido adotados e adaptados para ajustar milhares de projetos onde a situação de aprendizagem é parte da situação de conflito social .

Nascido aos 19 de setembro de 1921, em Recife, PE, começou a aprender a leitura da palavra, orientado pela mãe, escrevendo palavras com gravetos das mangueiras, à sombra delas, no chão do quintal de sua casa (Godotti, 1996, p.28).

Órfão de pai aos treze anos, conheceu o prazer de conviver com os amigos e conhecidos, que foram solidários naqueles tempos difíceis. A ausência do pai fortaleceu seu amor com os irmãos.

Em Jaboatão, concluiu a escola primária. Seus estudos secundários foram realizados no colégio Oswaldo Cruz, em Recife. Aos 22 anos de idade, ingressou na faculdade de direito, também em Recife (Corso e Schwerz, 1999).

Casou-se em 1944, antes de ter concluído seus estudos universitários, com a professora primária Elza Maria Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos. Nesta época, tornou-se professor da língua portuguesa no colégio Oswaldo Cruz. Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, o que assegurou-lhe a nomeação de professor efetivo da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade do Recife.

O método de alfabetização teve origem no Movimento de Cultura Popular do Recife, onde lavradores do Nordeste foram os primeiros homens a serem alfabetizados de dentro para fora através do seu próprio trabalho. Os resultados obtidos com a aplicação do método de Freire foram surpreendentes, tanto que decidiu-se aplicá-lo em todo o território nacional com o apoio do Governo Federal.

Com o Golpe militar de 1964, educadores foram presos e trabalhos de educação condenados. Paulo Freire foi preso e exilado indo viver e trabalhar no Chile, em um órgão do governo Democrático Cristão responsável pela extensão educacional no interior do programa de reforma agrária. Freire teve a oportunidade de experimentar sua metodologia num novo ambiente intelectual, político, ideológico e social, trabalhando com os setores mais progressistas do Jovem Partido Democrata Cristão. Em 1970, Freire deixou o Chile após aceitar um convite do Conselho Mundial de Igrejas em Genebra para trabalhar como

o principal consultor para o Departamento de Educação. Enquanto isso, a popularidade do método de Freire e de sua filosofia da educação problematizadora cresceu e alcançou educadores progressistas na América Latina, sendo adotada em quase todos os lugares, em experiências pequenas ou nacionais de educação de adultos, tais como no Uruguai, Argentina, México, Chile, Peru e Equador.

Os primeiros escritos de Freire apareceram durante um período de intenso conflito político em que a luta de classes na América Latina adquire força expressiva; por isso o *momento histórico* é extremamente importante para se entender a popularidade de Freire na América Latina.

Após viver no exílio durante dezesseis anos e retornado em 1980, Freire tentou "reaprender" o Brasil, viajando incessantemente por todo o país, ministrando palestras, publicando e engajando-se em diálogos com estudantes e professores. Trabalhou como professor na Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica e na Faculdade de Educação da Universidade de Campinas em São Paulo. Além de seu envolvimento com a educação superior, ele criou o "VEREDA - Centro de estudos em educação", reunindo muitas pessoas que trabalharam nos projetos originais da educação popular nos anos 60. Politicamente, Freire colaborou com a Comissão de Educação do Partido dos Trabalhadores (um partido socialista-democrático do qual Freire fez parte desde 1979, quando ainda estava em Genebra) e aceitou a posição honorária de Presidente da Universidade dos Trabalhadores de São Paulo - uma instituição financiada pelo Partido dos Trabalhadores e preocupada com o sindicato e a educação política.

O fato que marcou mais profundamente Paulo Freire na década de 80 foi a perda de sua esposa, Elza, que faleceu em outubro de 1986. Com o repentino falecimento de Elza, Freire perdeu não apenas sua companhia de existência, amiga e amante, mas também seu otimismo e desejo vitais. Freire casou novamente em 1988, com uma antiga amiga de sua família e aluna, Ana Maria Araújo.

Mais recentemente, com sua nomeação como Secretário de Educação da Cidade de São Paulo, em janeiro de 1989, Freire tornou-se responsável por 662 escolas com 720.000 alunos, do Jardim de Infância à 8ª série, além de liderar a educação de adultos e o treinamento de alfabetização na cidade de São Paulo, que possuía onze milhões e quatrocentas mil pessoas, sendo uma das maiores cidades da América Latina. Como Secretário de Educação, Freire achou uma oportunidade ímpar de implementar sua

filosofia de educação em seu próprio país, não como um orientador acadêmico, mas como um ativista político.

Freire saiu da Secretaria de Educação em 22 de maio de 1991, mas um de seus colaboradores foi indicado para substituí-lo. Freire aceitou permanecer como um tipo de "Embaixador Honorário" da administração municipal, vindo a falecer no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo.

## **5.2. Marco conceitual**

Para George, 1993, teoria constitui uma forma sistematizada de olhar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. As teorias compõem-se de: conceitos, definições, modelos, proposições e são baseadas em suposições.

Stevens (1979) e Nilman (1992) citados por Santos (1991, p. 93), conceituam referencial teórico ou marco conceitual como sendo "um conjunto de definições interrelacionadas com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente".

### **5.2.1. Referencial teórico de Travelbee**

Segundo Travelbee, a promoção da saúde mental é considerada uma função do enfermeiro psiquiátrico. Para promover a saúde mental deve-se conhecer primeiro o que se está promovendo. Uma premissa básica é a idéia de que a saúde mental está caracterizada por três atitudes importantes. A primeira e mais importante é "amar a si mesmo e aos outros". Aceitando-se isso, o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental torna-se claro; constitui-se nas funções de estimular, ensinar, fomentar e ajudar as pessoas a amarem a si mesmas como quesito para amar ao próximo. A Segunda atitude é "enfrentar a realidade". As funções do enfermeiro neste campo é ajudar as pessoas a identificar e enfrentar os problemas de forma realista, para reconhecer seu papel nas experiências e encontrar (se possível) soluções práticas. A enfermeira ajuda as pessoas a compreender, que como seres humanos, estes são vulneráveis a todas as experiências e limitações de sua conduta. A terceira atitude é "encontrar um propósito e sentido para a vida".

A função da enfermagem é auxiliar as pessoas a desenvolverem concepções

práticas e/ou teóricas acerca dos seres, do homem e do seu papel no universo, que tenha sentido e propósito, e que as sustente nos momentos de pressão e sofrimento.

Segundo Travelbee, os aspectos da relação pessoa a pessoa dividem-se em:

*Compromisso emocional*, onde o enfermeiro necessita comprometer-se emocionalmente se espera estabelecer uma relação com um paciente ou qualquer outro ser humano. O compromisso emocional é cognitivo e afetivo; requer o reconhecimento e a aceitação de si mesmo e a capacidade de perceber os outros como seres humanos únicos.

*Aceitação e atitude não julgadora* aceitar o paciente tal como ele é, significa não realizar trocas no seu comportamento. A aceitação, pode ou não ser um processo automático, é provável que aceitemos automaticamente indivíduos que tendem a satisfazer nossas necessidades, podendo-se afirmar que não aceitamos pessoas que baixam nossa auto-estima e que de alguma maneira são incapaz de satisfazer nossas necessidades. Intellectualmente as enfermeiras podem compreender o por que a pessoa enferma comporta-se desta maneira. Sugere-se que se a enfermeira não pode aceitar o paciente, é melhor para ambos que se reconheça este sentimento e busque ajuda para resolver os problemas. Em relação a atitude não julgadora significa não formular juízos morais sobre o paciente ou culpá-lo pelo seu comportamento.

Travelbee acredita que abster-se de julgar é um mandato irreal e um mito, não existe, pois o ser humano sempre formula juízo. Cabe a enfermeira saber que juízos formular sobre o paciente para poder intervir com eficácia.

*Objetividade e a relação enfermeiro paciente* define-se como a capacidade para observar o que realmente está acontecendo, excluindo-se prejuízos derivados de sentimentos pessoais. Travelbee refere que a objetividade absoluta é inalcançável. A compreensão que a enfermeira possui de objetividade pode afetar o tipo de relação que estabelece com o paciente, ou seja, algumas acreditam que ser objetivo é ter um atitude neutra, outras interpretam como um rosto indiferente e inexpressível. As enfermeiras devem estar conscientes das suas expressões não verbais, pois a objetividade razoável não será alcançada por uma criatura fria, distante, sem expressão que se relacionam com pacientes como eles fossem espécies destinados a serem dissecados e analisados, construindo assim uma barreira que impede o estabelecimento de uma relação significativa com outro ser humano.

### 5.2.1.1. Pressupostos da teoria de Travelbee

- Em toda relação pessoa a pessoa far-se-á necessário o estabelecimento, manutenção e término da relação, e constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática da enfermagem. Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.
- O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação pessoa a pessoa constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalhos em grupo. Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia a capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas, aprende a ser menos estranha à comunidade e deriva prazer em comunicar-se e socializar-se com seu semelhante.
- A interação ocorre durante um período particular da vida de ambos, cliente e enfermeiro, e portanto não pode ser repetido ou imitado, sendo cada encontro único e original. O enfermeiro aumenta a sua habilidade para abordar e enfrentar situações reais e ajustar-se a suas próprias expectativas e a dos demais.
- Deve-se considerar como premissa básica, que a saúde mental não constitui somente algo que uma pessoa possui senão algo que a pessoa é.
- O processo de interação ocorre também através da educação em saúde com vista a resgatar a cidadania das pessoas.

### 5.2.1.2. O processo de enfermagem para Travelbee

Para a aplicação do processo de enfermagem segundo Travelbee, faz-se necessário que o indivíduo possua atitude ou destreza para tanto, isto é: que o indivíduo tenha conhecimento que serve de base para as atitudes; desempenhe sua tarefa com eficácia, segurança e com sentido de oportunidade e avalie o trabalho realizado. Com o conhecimento o indivíduo é capaz de identificar e comunicar conceitos a outros, entende as razões e natureza do trabalho que realiza, atribuindo o conhecimento a uma base teórica. Conhece os meios e métodos para alcançar as mesmas metas, visto que, não existe uma única maneira para interpretar as observações, e sim vários métodos. Para a realização de um trabalho eficaz, a enfermeira necessita de um certo grau de perícia que a capacite a

exercer ações com fim e sentido determinados. Pode-se dizer então, que ela possui a capacidade de saber o quê e como fazer, bem e com segurança. Além disso, a enfermeira deve possuir um sentido de oportunidade; em situações interpessoais, ela compreende e antecipa as necessidades do paciente, atua no ritmo do paciente e reconhece quando deve agir ou não, falar e calar. Em última instância, para avaliar seu desempenho, a enfermeira deve observar se houve utilidade para o paciente a sua atividade e se os objetivos foram cumpridos.

Para desempenhar suas funções a enfermeira participa de um processo interpessoal que evolui por etapas superpostas: observação, interpretação, tomada de decisão, ação (intervenção de enfermagem) e apreciação (avaliação) de suas ações.

**Observação:** é um método ativo, dotado de um sentido e um propósito determinado. O propósito específico consiste em recolher a informação para interpretar e avaliar seu significado e logo traçar uma linha de ação.

A enfermeira pode ter objetivos provisórios baseados no conhecimento do cliente e de suas necessidades. É provável que seja necessário modificar ou substituir os objetivos durante a interação. A informação que a enfermeira recolhe consiste no que vê, ouve, olha, toca, ou seja, em tudo que se percebe através dos órgãos dos sentidos.

**Interpretação:** é a etapa do processo interpessoal, onde é necessário que a enfermeira tenha conhecimento e compreensão da informação percebida. Consiste na explicação da informação empírica, tentando situar o que foi observado dentro de um conjunto significativo. É possível tirar várias conclusões sobre o significado das informações, sendo que as interpretações podem classificar-se desde uma opinião sem fundamento a uma hipótese provisória de trabalho, relacionada com um corpo teórico. É fácil interpretar objetos e coisas com aparências externas visíveis. Porém, não se pode ver a angústia, como, por exemplo um objeto.

**Tomada de decisão:** uma decisão sobre como resolver um problema ou comprovar uma hipótese depende do conhecimento pessoal e da compreensão das possíveis alternativas disponíveis em uma dada situação. Isso requer não só uma bagagem teórica, mas também imaginação, criatividade e uma capacidade de compreensão flexível. Ao tomar decisões o enfermeiro observa, desenvolve interpretações acerca do significado da informação, trata de comprovar as conclusões e logo decide que linha de ação seguir, como dedução de suas análises críticas. As conclusões e interpretações requerem um

maior discernimento, já as decisões se adotam aplicando corretamente as análises críticas encontradas em qualquer situação.

**Ação de enfermagem:** a ação do enfermeiro põe em prática as decisões tomadas. A ação implica em desempenho e se refere a intervenção do enfermeiro sobre o que faz e como cumpre seus objetivos.

**Evolução das ações de enfermagem:** é o processo de julgar, apreciar e estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da intervenção.

Tanto o enfermeiro quanto o cliente no desenvolvimento de um processo passam por todas as etapas, a diferença básica é que a enfermeira tem um propósito determinado, assim como na teoria o conteúdo serve para entender planejar e avaliar os resultados obtidos no processo interpessoal.

### 5.2.2. Referencial Pedagógico de Freire

Para Freire é importante estudar o processo educacional partindo de dupla perspectiva: usando a lente da classe hegemônica, reprodução de relações sociais de produção e usando a lente das classes subordinadas tendo a educação como forma de construir uma nova hegemonia.

Completa ainda que a educação é importante para reconstruir a cultura do oprimido, particularmente através da noção de elaboração sistemática do conhecimento popular, conhecimento compreendido como um instrumento de luta da contra-hegemonia.

Freire acredita ainda que designar práticas educacionais autônomas inseridas nas comunidades urbano-rurais pobres pode ajudar a ampliar a organização e o poder do oprimido.

Finalmente, a noção de Freire de uma relação dialética entre a liderança revolucionária e as massas, tem um terreno rico nas práticas educacionais, terreno usado para desenvolver a liderança de trabalhadores jovens, sendo assim entendido por Freire como a auto-vigilância epistemológica<sup>2</sup> e a política da práxis<sup>3</sup>. Mediante estes pressupostos é possível concluirmos que há boas razões pelas quais, na pedagogia da atualidade,

---

<sup>2</sup> Estudo crítico dos princípios, hipóteses e resultados das ciências já constituídas, e que visa a determinar os fundamentos lógicos, o valor e o alcance objetivo delas; teoria da ciência.- Aurélio.

<sup>3</sup> O conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade e, particularmente, à atividade material, à produção; prática Aurélio.

podemos ficar com Freire ou contra Freire, mas não sem Freire.

### 5.2.2.1. O itinerário de Freire

A palavra itinerário significa caminho que vai percorrer, roteiro, descrição de viagem, caminhos (dicionário Aurélio, 1999).

Paulo Freire criou um método de educação baseado na relação dialógica educador e educando. Este método tem como objetivo buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade, seja ela coletiva ou individual. É um processo permeado por um rico diálogo, que busca a conscientização com o intuito de proporcionar o desvelamento e a transformação da realidade (Brito, 1997, apud Corso e Schwerz, 1999)

Para Freire, no trabalho de ensinar e aprender, há sempre “educadores - educandos” e “educados-educadores”, ambos ensinam e aprendem. Por isso, é um método que se constrói a cada vez que é coletivamente usado, dentro de um círculo de cultura (grupo de pessoas que se reúne para discutir seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, etc) de educadores e educandos (Brandão, 1981, apud Corso e Schwerz, 1999).

Esse método é bastante flexível e aberto, e constitui-se basicamente de três etapas: investigação, tematização e problematização.

**Investigação:** esta é a etapa da descoberta do universo vocabular em que são levantadas palavras e temas geradores, relacionados com a vida cotidiana das pessoas envolvidas e do grupo social a que elas pertencem.

“Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade (...) Captar estes temas é compreendê-los, e compreender, portanto, aos homens que os encarnam e a realidade à qual se referem (...) A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural de tipo libertador” (Freire, 1980, p.32).

O objetivo desta etapa é surpreender a maneira como uma realidade social existe na vida

e no pensamento de seus participantes, servindo para criar um momento comum de descoberta. São os pensamentos-linguagens da pessoa que, a seu modo, desvelam o mundo (Esmeraldino, 1999, p. 29).

Em geral são evidenciados através de encontros informais, onde são captados as preocupações cotidianas e elementos de cultura, que se constituirão em temas problemáticos que determinam a ação.

**Tematização:** nesta etapa são codificados e decodificados os temas levantados na fase de tomada de consciência, contextualizando-os substituindo a primeira visão mágica por uma visão crítica e social. Descobrem-se assim novos temas geradores, relacionados com os que foram inicialmente levantados.

A *codificação* representa uma dimensão dada da realidade tal como a vivem os indivíduos, e esta dimensão é proposta à sua análise num contexto diferente daquele no qual eles a vivem (Freire, 1980, p.32).

É a fase onde os participantes expõem seu entendimento sobre o tema, na busca de uma compreensão significativa através do diálogo.

Segundo Freire (1987, p.97), a *descodificação* é a análise da situação codificada. É a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida. Momento em que os indivíduos passam a transformar a realidade e sua consciência de mundo.

Heidemann (1994, p.29) ressalta que nessa etapa ocorrem quatro momentos subseqüentes, ou seja, admiração e silêncio, descrição, percepção da situação e análise crítica.

No primeiro momento, os participantes do grupo descrevem os elementos codificados como parte do todo. Entretanto é o silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidencia.

Segundo momento é caracterizado pela cisão da totalidade "admirada". Os sujeitos olham a realidade de dentro, mas não conseguem apreender ainda a sua totalidade.

Durante o terceiro momento, os sujeitos voltam a admirar e apreendem a situação de codificação na totalidade.

No quarto momento é realizada a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, a realidade.

**Desvelamento Crítico ou Redução Temática:** nesta fase ocorre a ida e vinda do concreto para o abstrato e do abstrato para o concreto, volta-se ao concreto problematizador. Descubrem-se os limites e as possibilidades das situações existenciais concretas captadas na primeira etapa. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política, social, visando à superação de situações limites (situações desafiantes fazendo-se necessário suas superações para prosseguir), isto é, de obstáculos à hominização (surgimento da capacidade de refletir e de atuar sobre a realidade para transformá-la). O objetivo final do método é a conscientização. A educação para a libertação deve desembocar na práxis transformadora, ato do educando como sujeito, organizado coletivamente (Gadotti, 1991, p.40).

Mediante o referencial teórico de Travelbee e a pedagogia problematizadora de Freire formulamos os nossos pressupostos.

### 5.3. Pressupostos do grupo

- Enfermeiro da família é um profissional da saúde que promove a saúde da família como um todo, através da interação e do diálogo, tornando-os capazes de enfrentar a realidade e descobrir soluções possíveis aos seus problemas.
- Ao se trabalhar a família deve-se conhecer e respeitar suas crenças, valores e experiências vividas.
- Cada família é única e seus membros têm características individuais as quais os diferenciam uns dos outros.
- A educação em saúde é um processo contínuo de troca de informação entre ambas as partes enfermeiro/cliente/família, e está diretamente ligada a prática da enfermagem na qual exerce atividades de educação visando a promoção da saúde e prevenção de enfermidades no indivíduo/família/comunidade.
- Os valores culturais, crenças e ambiente influenciam nas ações de enfermagem. Entendemos que estes fatores influenciam nas ações de enfermagem pelo simples fato da existência de métodos próprios de cura que são passados de geração em geração. Por isso devemos respeitar as crenças e valores culturais dos indivíduos, sem subestimar seus conhecimentos. Acreditamos também que para conseguirmos manter

um bom relacionamento no qual as ações de enfermagem sejam bem sucedidas, é necessário que as ações sejam adaptadas de acordo com realidade do indivíduo, ou seja, ao seu ambiente e costumes.

- Saúde Mental do indivíduo é quando ele se sente bem consigo mesmo, com os outros e com o seu meio ambiente, ou quando em presença de uma situação difícil, consegue reagir encontrando soluções reais ou adaptando-se a mesma.
- Diálogo é a base fundamental para o estabelecimento da interação entre o enfermeiro e o indivíduo/família/comunidade.

#### 5.4. Os conceitos

**SAÚDE:** A saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Constituição Federal, 1988, art. 196).

Embora a realidade seja um pouco diferente do que o conceito propõe, achamos ser este o que mais se adapta a ESF e a outros programas que visem a saúde.

**SAÚDE / DOENÇA MENTAL:** Para Travelbee, saúde mental é um juízo de valor, mais capaz de uma análise psicológica do que para uma rígida definição científica. Fundamentalmente depende do conceito que se tenha da natureza do homem. Os juízos de valor referentes a saúde mental estão determinados amiúde por normas culturais, regras ou conceitos de comportamentos "apropriados" inseridos em uma determinada sociedade.

A Associação Americana de Psiquiatria (The American Psychiatric Association), define saúde mental como um sucesso simultâneo no trabalho, no amor, e capacidade de encontrar soluções para conflitos mentais, com outras pessoas e com a realidade. E também define doença mental como manifestações psicológicas ou do comportamento / prejuízo funcional devido a distúrbio(s) social, psicológico, genético, físico, químico ou biológico.

Outras definições referem-se a saúde mental como capacidade de resolver problemas, de preencher suas necessidades de amor e trabalho, superar crises sem a ajuda de pessoas

além da família e amigos, estabelecer objetivos e limites reais entre outros.

Concordamos quando os autores descrevem saúde mental como a capacidade do indivíduo de reagir aos problemas, preencher suas necessidades de afeto e produtividade e superar crises sozinho ou com ajuda familiar/amigos.

Concordamos com Travelbee com o termo juízo de valor, pois um comportamento poderá ser considerado normal ou anormal dependendo da cultura e do período histórico em que vive.

**FAMÍLIA:** "Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comum, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de interesse e/ou afetividade. Reafirma a sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família têm direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver ". (GAPEFAM)<sup>4</sup>

Acreditamos que a família é o fator determinante da saúde mental do indivíduo. É ela que tanto promove e proporciona condições de adaptação e resolução dos estressores quanto pode ser o próprio estressor.

**SOCIEDADE/COMUNIDADE:** Vista como uma nova sociedade que sendo sujeita de si mesma tem no homem e no povo, sujeitos de sua história. Sociedade que se descobre inacabada, com um sem - número de tarefas a cumprir com uma participação atuante do povo no seu processo histórico, uma sociedade que tem voz e participação, e percebe que não existe mundo sem homem e nem homem sem mundo, e que a transformação do mundo significa a humanização de todos (Brito, 1997, p. 60).

Definimos sociedade/comunidade como um grupo de pessoas que dividem um determinado espaço, valores e possui objetivos em comum.

---

<sup>4</sup> GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa Educação em saúde da Família, vem atuando desde 1985 e é Coordenado pela Dra. Ingrid Elsen, é formado por professores, alunos de graduação e pós graduação de enfermagem e enfermeiros do HU-UFSC.

**EDUCAÇÃO:** De acordo com Freire, (1993), a educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo.

É compreendida como uma tarefa que deve corresponder a vocação do homem de ser sujeito e ser mais, ajudando-o a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social compreendendo o que acontece ao seu redor (Cunha, 1985, p.36).

Para Freire, esta educação é chamada de problematizadora, pois o educador participa de todo o processo educativo. Neste processo, a educação não é somente um momento pedagógico, já que pode ocorrer a transformação de determinada realidade enquanto ato político.

Em contraposição, ao modelo "bancário" que tem por finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre os oprimidos e opressores, negando a dialogicidade, Paulo Freire propõe uma "educação problematizadora ou libertadora", na qual "o educador não é apenas o que educa, mas o que enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que ao ser educado também educa" (Freire, 1978, p. 78).

Concordamos com Freire quando diz que a educação não deve seguir o modelo bancário, pois todos temos muito a aprender e também a ensinar.

**DIÁLOGO:** É entendido por Paulo Freire como um importante componente do processo educativo. "...é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado." "É um ato de fé no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens" (Freire, 1993, p. 79 e 81).

Concordamos com Freire quando diz que o diálogo é um importante componente no processo educativo e que não é um privilégio de alguns eleitos, mas um direito dos homens, não importando classe social, religião, cultura ou qualquer outro fator.

Acrescentamos ainda que diálogo é um ato de comunicação que se estabelece quando uma mensagem é enviada e recebida pelos participantes da mesma, podendo ser verbal

ou não verbal.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** "A educação em saúde é uma tentativa, através da qual se utiliza as mais variadas experiências e recursos para levar os indivíduos a atitudes e práticas que redundem em benefício de seu bem-estar, família e comunidade". (Mosquera et Stobaus apud Pereira, 1993. p.19).

"Neste sentido a educação e saúde pode contribuir para o conhecimento do processo saúde/doença. Pois este conhecimento permite ter uma maior compreensão da saúde/doença dos indivíduos, famílias e comunidades, principalmente para a melhoria da sua qualidade de vida, para um viver mais saudável. Entretanto, este conhecimento não é o único que pode manter e proteger a saúde de uma população, pois a saúde não é uma mercadoria a ser adquirida, utilizando-se da educação como moeda". (ibidem)

Acrescentamos que é também o diálogo e a troca de experiências referentes à saúde, respeitando as condições de vida, valores e crenças, que promovem uma qualidade de vida melhor do indivíduo/família e comunidade.

**INTERAÇÃO:** Para Travelbee (1979), todo contato entre indivíduos que exercem influência mútua através da comunicação verbal e não verbal, é definido como interação.

"Esta interação denota os comportamentos sociais envolvidos quando duas ou mais pessoas estimulam-se por diferentes meios de comunicação e como consequência ocorrem mudanças do comportamento dos mesmos" (Stahelin, Lagranha e Sell, 1999, p.51).

Concordamos com Travelbee, quando ela refere interação como uma influência mútua através da comunicação, pois o simples fato de estar se comunicando não necessariamente quer dizer que a interação esteja ocorrendo.

**CIDADANIA:** Para Souza, (1994), cidadania "é a consciência que todo ser humano possui em relação aos seus direitos e deveres em participação a todas as questões da sociedade, em tudo que acontece no mundo, seja no seu país, na sua cidade ou no seu bairro, e principalmente nas decisões que interferem em sua vida. O indivíduo com uma consciência forte de cidadania não abre mão do seu poder de participação" (Souza, 1994 apud Bauer, Oliveira e Schwartz, 1998, p.40).

Entendemos cidadania como o compromisso que todos tem consigo e para com os

outros, embora saibamos que a nossa realidade nos mostra o contrário, quando, por exemplo, ainda vemos um número exorbitante de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e que perdem totalmente sua identidade, e ao serem devolvidos a sociedade são marginalizadas.

**SER HUMANO:** Para Travelbee, o ser humano é definido como ser único, pensante, biológico, social, insubstituível e diferente de qualquer outra pessoa, que é influenciado por hereditariedade, meio ambiente, cultura e experiências. E este ser está sempre num processo de ser capaz de fazer suas próprias escolhas.

George (1993), define seres humanos como aqueles que diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir a cerca de si mesmos e seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no dimensionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos e aos outros.

Completamos ainda que o ser humano além de um indivíduo único, é também provido de sentimentos.

**MEIO AMBIENTE:** Travelbee não define meio ambiente, ela define apenas as condições humanas e experiências de vida em que o ser humano se depara como a dor, sofrimento, enfermidades, esperança e desesperança, entre outros. Segundo George (1993), o ambiente e o ser humano são identificados como uma unidade caracterizadas por trocas entre eles e pelo impacto que um exerce sobre o outro.

Entendemos que o meio ambiente é o contexto (local físico e social) no qual o indivíduo está inserido, se este estiver alterado, poderá interferir na vida cotidiana do indivíduo alterando seu bem-estar físico e mental.

**ENFERMAGEM:** "É um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado. Enfermagem é uma ação voluntária... uma função da inteligência prática das enfermeiras...de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes..." (Orem apud George, 1993, p.97).

Conceituamos enfermagem como uma profissão que envolve respeito e compromisso com a vida de outro ser humano, com sentimentos e que pertence a uma família que também sofre juntamente com este indivíduo enfermo.

**ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA:** Para Travelbee enfermagem psiquiátrica se constitui

num processo interpessoal, que se ocupa de pessoas. Sendo que estas pessoas podem ser pacientes, famílias ou grupos que necessitam da ajuda que o enfermeiro possa oferecer para promover a saúde mental, prevenir ou auxiliar no enfrentamento da experiência da enfermidade e do sofrimento mental e, se necessário, contribuir para descobrir um sentido a estas experiências.

Vemos enfermagem psiquiátrica como uma área da enfermagem que atua no sentido de trabalhar pessoas/famílias/comunidades com intuito de encontrar, juntamente com os mesmos, soluções possíveis para os fatores que estão influenciando o indivíduo/família/comunidade, interferindo assim em seu(s) comportamento(s).

#### 5.4.1. Comparando os conceitos de Travelbee e Freire

Para desenvolver este trabalho, fez-se necessário evidenciar a similaridade de alguns conceitos dos autores.

<b>Conceitos</b>	<b>Travelbee</b>	<b>Freire</b>
Ser humano/homem	É definido como ser único, presente, biológico, social insubstituível e diferente de qualquer outra pessoa.	É visto como um ser social, histórico e político, comprometido com a transformação da realidade. É um ser inconcluso, capaz de atuar e refletir.
Comunicação/diálogo	Comunicação, seja verbal ou não verbal, é o processo pelo qual ocorre a interação entre o enfermeiro e o cliente.	O diálogo é o instrumento fundamental para que ocorra trocas de experiências entre as pessoas.
Amor	É a capacidade de amar a si mesmo e a capacidade simultânea de transcender a si mesmo e amar os outros.	O amor é visto como um ato libertador dos indivíduos, é o que gera a criação e a recriação.

Cultura	A cultura é vista como um conjunto de normas e conceitos de comportamentos apropriados dentro de uma sociedade dada em uma época determinada, que determinarão o juízo de valor com relação a todas as coisas.	Cultura é tudo o que é criado e recriado pelo homem. É o processo de transformação do mundo pelo trabalho.
Aprendizado/educação	Nas relações interpessoais, o aprendizado é o resultado da interação de ambos os lados, onde, no final, há alguma mudança em todos.	Educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabada de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação.

Ao aprofundarmos na literatura de ambos autores pode-se observar que a diferença entre eles encontra-se no aprendizado, no qual Travelbee parte do indivíduo para transformar o grupo e Freire, parte do grupo para transformar o indivíduo, ou seja, ocorre o desvelamento e compreensão da realidade.

### 5.5. Interligação dos conceitos

O ser humano pertence a uma família, inserido em uma comunidade/sociedade, na qual estabelece interação, podendo ou não sofrer influências do seu meio ambiente. Este indivíduo é um cidadão e por isso deve exercer sua cidadania. Ele está em um processo de educação contínua, no qual o diálogo é um componente importante para o seu desenvolvimento e crescimento. Esse processo educativo é fundamental no campo da educação em saúde, na qual a enfermagem irá atuar, lá na comunidade, como um colaborador na promoção da saúde, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida, conseqüentemente uma boa saúde mental para o indivíduo/família/comunidade.

## 6. METODOLOGIA APLICADA

### 6.1. Aspectos gerais do campo de estágio

#### 6.1.1. História do Mont Serrat

*Uma história pouco contada:* por volta de 1737 na Ilha de Desterro (assim era chamada a ilha de Florianópolis) os portugueses desenvolvem com grande interesse o poderio para defesa militar e passam a investir em atividades econômicas beneficiando os interesses da colônia. Em torno de 1778, acontece o que se chamou de repovoamento do Desterro, com o deslocamento de negros da Bahia, Rio de Janeiro e até mesmo de Angola (África). O repovoamento da Ilha cumpria os interesses de substituir o índio, praticamente exterminado na segunda metade do século XVIII, passando a ser a mão-de-obra negra como sustentação do trabalho na Ilha e em toda Capitania.

A comunidade do Morro da Cruz, região que está ligada ao distrito da Trindade, por volta de 1926, com a prática da tradição religiosa da Bandeira do Divino, venerada em toda a Ilha do Desterro, dá início a irmandade de Nossa Senhora do Mont Serrat. No dia 12 de abril de 1926, é construído uma pequena capela para abrigar a imagem da santa, símbolo religioso da irmandade.

A religiosidade da comunidade foi determinante na definição de seu nome, hoje conhecida e respeitada como “Mont Serrat”.

A comunidade Mont Serrat se formou a partir do êxodo rural, através do encontro de migrantes vindo dos municípios da grande Florianópolis e dos descendentes de escravos. Nos últimos 76 anos, a igreja foi presença marcante nesta população que vive hoje a sua quinta geração. Na igreja passaram a ocorrer mudanças, frente a opção pelos marginalizados da sociedade. Diversas irmãs da congregação foram morar fora da grande

casa (convento) surgindo a “Fraternidade Esperança”, cujo os membros iniciaram no Mont Serrat trabalhos comunitários na área da saúde e educação (creche, que hoje continua a ser desenvolvida pelas irmãs da divina providência).

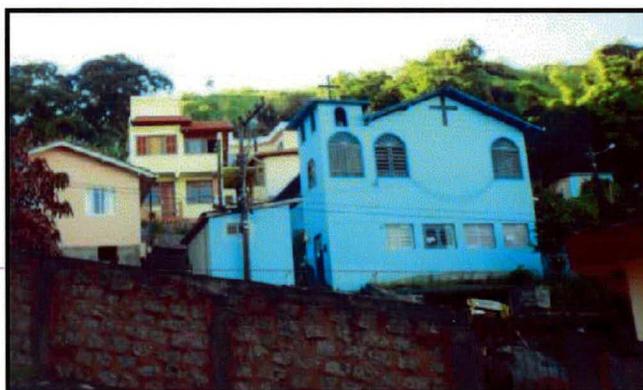
Ressurgindo a atividade comunitária, que a princípio foi incentivada pelo padre Agostinho, a comunidade retoma a participação e construção de sua organização, criando o conselho comunitário em 1978.

Os anos 80 foram intensos e marcados por atividades que contribuíram para o desenvolvimento e crescimento da comunidade como um todo, tipo a construção da igreja de Mont Serrat, o reservatório d’água, o calçamento da rua geral, o centro de saúde e a escola básica.

Através da participação e do compromisso com o coletivo, a comunidade Mont Serrat, exerceu grande influência na cidade e no processo organizativo das comunidades da periferia de Florianópolis servindo como referencial de uma nova ordem social. (Memórias da Comunidade de Mont Serrat, 1992).

### **6.1.2. O Centro de Saúde**

O Centro de Saúde (CSI) do Mont Serrat está localizado na encosta do Morro da Caixa na rua General Vieira da Rosa s/n atrás da igreja/centro comunitário. (Foto 01)



(Foto 01) Vista frontal da Igreja do Mont Serrat.

Segundo cadastramento das famílias e mapeamento da comunidade do Mont Serrat realizado pelos ACS em 1999, a área de abrangência deste CSI é de 13 micro-áreas, sendo 6 micro-áreas no Mont Serrat e 7 no Morro da Cruz. Dessas 13 micro-áreas três são consideradas de risco, por apresentarem precariedade educacional e de saneamento básico, sendo elas: Quebra Pote, Nova Descoberta e Pastinho.

Essas 13 micro-áreas identificam-se entre si por apresentarem infra-estrutura e população com condições sócio-econômicas e culturais heterogêneas.

A população da área de abrangência é de 2800 famílias, sendo que 1048 são das micro-áreas do Mont Serrat e 1752 são do Morro da Cruz.

O CSI do Mont Serrat passou por uma reforma em 1999, sendo que atualmente sua área física é composta por: 3 consultórios, sendo 1 de enfermagem, 1 médico e 1 odontológico. Possui também, salas para vacina e curativo, além de dois banheiros e uma recepção que funciona como farmácia, sala de triagem e arquivo. (Foto 02)



(Foto 02) Vista interna do CSI

Para atender essa demanda o CSI conta com uma equipe da ESF, no qual os ACS já cadastraram cerca de 1600 famílias.

A equipe da ESF iniciou suas atividades em fevereiro de 1999 e é composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 7 agentes comunitários.

Segundo Souza, 1999, a equipe tem enfrentado diversas dificuldades, especialmente com relação a comunidade acostumada ao atendimento curativo e que tem tido uma certa dificuldade em assimilar a nova forma de funcionamento da unidade de saúde que passa a ver a família dentro do seu contexto social.

Foram implantados vários serviços novos como a vacinação, com todas as vacinas preconizadas realizando inclusive a vacinação de idosos e gestantes. É feito também o teste do pezinho para os recém nascidos e a coleta de preventivo do colo uterino.

O Programa Capital Criança e o atendimento integral à mulher já fazem parte das atividades, desde o primeiro dia de funcionamento da ESF. Outros serviços também foram

incorporados, como o Projeto de Redução de Danos.<sup>5</sup> Há também grupos de educação em saúde, onde realizam palestras, apresentações de vídeos educativos, visitas e entrega de certificados.

Atualmente o planejamento de todos os trabalhos do centro de saúde está voltado para a assistência primária com base na prevenção, e foi organizado da seguinte maneira: no período matutino são realizadas consultas agendadas, coleta de preventivo e atividades de sala de espera com orientações e vídeos educativos.

No período vespertino:

- Às segundas funcionam o grupo de hipertensos e de diabéticos, alternando a cada 15 dias, no qual, juntamente com todas as atividades serão implantados o cartão de hipertensos e de diabéticos (cartão de controle e identificação).
- Às terças, são realizadas atividades na Escola Básica, na Creche e no Centro Comunitário, agendadas separadamente, com avaliação da saúde dos escolares e palestras educativas.
- Às quartas, é o dia destinado a visitas domiciliares.
- Às quintas, funcionam o Grupo das Gestantes e o Grupo de Idosos, sendo este último realizado no salão paroquial onde os idosos (na sua maioria mulheres) se reúnem semanalmente.
- Às sextas, são realizados os grupos de planejamento familiar e desnutridos, alternando também a cada 15 dias. O grupo de desnutrido teve o seu início devido a grande demanda de crianças e gestantes desnutridas na comunidade e que fazem parte do Programa Hora de Comer da Prefeitura Municipal de Florianópolis. As crianças mais graves são acompanhadas pelo médico do centro de saúde e pelas nutricionistas que atendem no Centro de Saúde II. No grupo de planejamento familiar, após o trabalho com o grupo, o casal é avaliado e encaminhado para os serviços de acordo com o método anticoncepcional desejado.

Todo este trabalho vem sendo desenvolvido com algumas dificuldades, principalmente, por existir uma grande demanda e serem poucos os profissionais que vem

---

<sup>5</sup> Programa criado pela prefeitura de Florianópolis que distribui materiais descartáveis como seringas e agulhas aos usuários de drogas, reduzindo possíveis disseminação de doenças tipo HIV e hepatite B.

atuando neste Centro de Saúde, além da alta rotatividade dos mesmos, Souza, 1999.

## **6.2. População alvo**

Famílias moradoras do Mont Serrat que possuam cadastro no Centro de Saúde e já estabeleceram o primeiro contato com o ACS, e estão passando por algum problema com repercussão em sua estrutura familiar.

## 7. RELATANDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

**7.1. Objetivo 1** - *Conhecer a realidade do contexto social e familiar em conjunto com os agentes comunitários (ACS) e/ou equipe de saúde.*

### **Estratégias:**

1. Conhecer a comunidade em conjunto com os ACS.
2. Trocar observações e reflexões com a equipe de saúde.
3. Realizar encontros semanais com a orientadora e supervisora.
4. Visitar os serviços de saúde mental oferecidos pela comunidade e pela Secretaria Estadual (CAPS) e Municipal (NAPS).

Chegamos ao Centro de Saúde I (CSI) aproximadamente às 8 h da manhã onde fomos recepcionados pela enfermeira e apresentados a dois agentes comunitários. Os mesmos já conhecendo a nossa proposta de trabalho, gentilmente ofereceram-se para nos mostrar a comunidade. Iniciamos o reconhecimento da área subindo pela rua geral, sendo a mesma asfaltada e acompanhada paralelamente por uma rede pluvial que na verdade está sendo utilizado como desembocadura de dejetos residenciais, inclusive do CSI. Esta mesma rede apresentava-se repleta de lixo inorgânico que obstruía o fluxo e causava um odor desagradável.

Saindo da rua geral, entramos em uma servidão que nos levou a micro-área conhecida por Morro da Caixa, alcunha esta devido a presença de uma estação de abastecimento d'água da CASAN.

Sempre prestando atenção aonde pisávamos, seguíamos desviando dos dejetos animais. Adentrando um pouco mais na micro-área, as dificuldades começaram a emergir,

os acessos íngremes e opulentos pelo lixo a céu aberto, e a umidade causada pelo débil sistema tubular da rede de esgoto que se estendia ao longo das residências desembocando num córrego próximo, dificultavam ainda mais o percurso.

As casas na sua grande maioria eram pequenas, de madeira e com telhados de zinco presas por pedras e tijolos. (Foto 03)

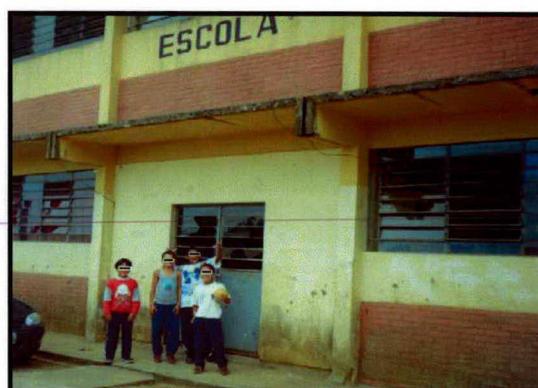


(Foto 03) Vista lateral de uma casa da comunidade.

Atravessando alguns atalhos, chegamos novamente a rua geral onde iniciamos uma longa subida, chegamos então a creche (Foto 04) onde paramos por alguns minutos. Sentados na escada, prestávamos atenção na explanação dos ACS a respeito do surgimento da creche e com relação ao grande número de crianças da comunidade que a freqüentam (aproximadamente 160 crianças de 0 a 5 anos). Seguindo a rua, chegamos a escola da comunidade, que segundo os ACS atende estudantes de primeira a oitava série, a mesma encontrava-se mal conservada, com vidros quebrados e paredes sujas.(Foto 05).



(Foto 04) Vista frontal da creche.



(Foto 05) Vista da entrada da escola.

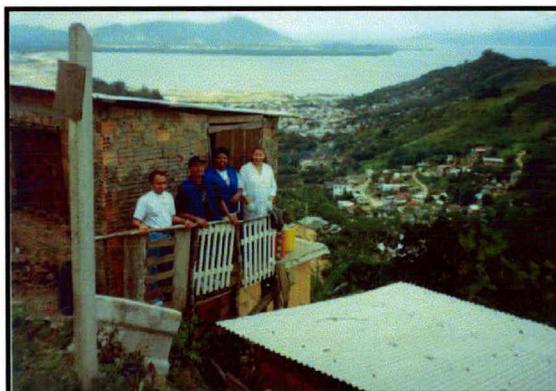
Continuando, chegamos próximo à torre do Morro da Cruz (Foto 06) onde terminam os limites da área de abrangência do CS. Foi então que começamos a nos sentir exaustos, as pernas doíam, a sede aumentava e nossas roupas estavam encharcadas de suor,

mas não podíamos nos dar ao luxo de parar, pois ainda tínhamos um longo caminho a percorrer.

Foi nesse local que percebemos a maior precariedade das casas e o risco que muitas famílias corriam, devido a localização das mesmas em vertentes. (Foto 07) Além desses problemas podemos ver a dificuldade com o abastecimento d'água que as pessoas daquela localidade enfrentavam. Muitas caixas d'água se localizavam no chão e estavam descobertas. Essas mesmas caixas eram abastecidas pelo caminhão pipa, pois eles ainda não possuíam o abastecimento da CASAN. Da parte mais elevada, tivemos uma visão ampla da comunidade, inclusive da Caieira do Saco dos Limões (área de abrangência de outro CS).



(Foto 06) Torre do Morro da Cruz.



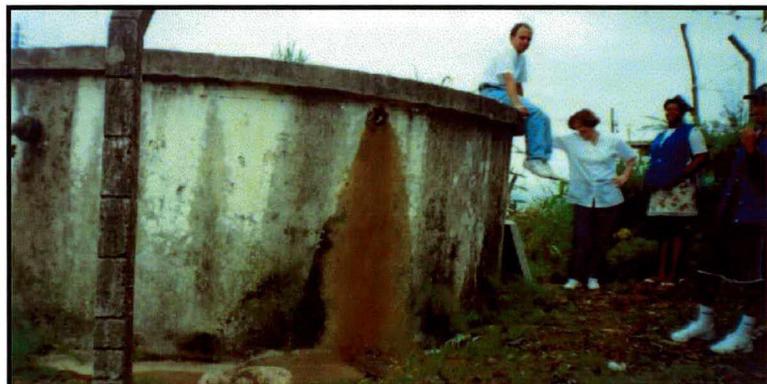
(Foto 07) Casa localizada numa vertente.



(Foto 08) Entulhos a céu aberto.

Saindo desse local e agora descendo o morro, íamos percebendo o contraste das belezas naturais que mantinham-se ainda preservadas, disputando espaço com entulhos e esgotos a céu aberto. (Foto 08) Chegamos então na micro-área do Pastinho, onde inicialmente visitamos uma das caixas d'água da CASAN que abastecia algumas famílias. Essa caixa possuía uma pequena abertura, (Foto 09) o que permitia a entrada de sujidades e insetos, e também o acesso das crianças. De acordo com os ACS, muitas crianças no verão

brincavam dentro da mesma, pondo em risco suas vidas e contribuindo para uma maior contaminação da água. Nesta área também, encontramos muitas crianças brincando nas ruas, estando algumas abraçados com cachorros mal cuidados e doentes .



(Foto 09) Caixa d'água da CASAN.

Não diferente dos outros locais, observava-se a presença de lixo espalhado, até mesmo próximo a caixa d'água, anteriormente citada. Notamos ainda a presença de muitas adolescentes grávidas ou com filhos pequenos.

Antes de deixarmos o local, fomos solicitados pela ACS para que olhássemos sua mãe acamada em função de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que necessitava de cuidados de enfermagem para troca de uma sonda nasogástrica .

Após deixarmos o Pastinho voltamos ao CSI, faltando ainda conhecermos a micro-área da Nova descoberta, mas por razões de segurança, segundo os ACS, não deveríamos ir naquele momento, pois ainda éramos desconhecidos, e há alguns dias ocorreram tiroteios resultando em uma morte por balas perdidas.

No CSI, colocamos em prática a *segunda estratégia* deste objetivo, que era trocar observações e reflexões com a equipe de saúde.

Realizamos encontros semanais com a orientadora e supervisora, cumprindo assim a *terceira estratégia*.

Na *quarta estratégia*, visitamos o NAPS, que se localiza à rua Rui Barbosa na Agrônômica, no complexo do SOS criança e abrigo de menores. A instituição é mantida pela prefeitura de Florianópolis e por algumas verbas conseguidas através do Governo Federal. No NAPS são empregadas as seguintes terapêuticas: grupo de medicação, grupo de familiares, oficina de artes plásticas e cênicas, grupo terapêutico e de visitas

domiciliares.

Os profissionais trabalhavam dentro de uma relação interdisciplinar e mantendo um elo com outras equipes, como, Policlínica do Continente, CS II de Canasvieiras, entre outros.

Visitamos também o CAPS, onde conversamos com a enfermeira que atua juntamente ao programa de usuário de drogas. A mesma nos relatou que o CAPS, foi criado em 1989, e é responsável pela assistência secundária prestada as pessoas que apresentam transtornos psíquicos, sendo referência para 21 municípios da grande Florianópolis - SC. A mesma nos relatou que o CAPS, atualmente, passa por um momento de reformulações ao tipo de clientela que está trabalhando, bem como a implantação do programa de redução de danos.

O CAPS desenvolve os seguintes programas e outras drogas, programa de pacientes psicóticos e programas de pacientes ansiosos.

Fazendo ainda parte desta estratégia, visitamos também o grupo de Alcoólicos Anônimos, presente na comunidade, instituído no início de 1999 por um alcoólatra em recuperação e morador da comunidade. Participamos de algumas reuniões, conhecemos a filosofia do grupo e a história do surgimento do AA. Participamos também à convite do grupo, de uma reunião geral de todos os AA de Florianópolis, ocorrido no Instituto Estadual de Educação.

Fomos ainda visitar outro grupo importante para manutenção da saúde mental dos membros da comunidade, o grupo de idosos, que acontece todas às quintas-feiras, no salão da igreja paroquial, onde também acontecem os encontros do AA. Neste grupo são realizados trabalhos manuais como: crochê, costura, bordados entre outros. Este local é de extrema importância, pois é um lugar onde os participantes conseguem desopilar as tensões cotidianas, trocam experiências e ocasionalmente assistem palestras preparadas especialmente para melhoria da qualidade de vida do idoso.

Conhecemos também o Centro Social Marista Mont Serrat, criado em 1999, sob denominação "Projeto Travessia", que proporciona a 150 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, no bairro Mont Serrat, Florianópolis, momentos socializantes e de lazer, com atividades esportivas e culturais, exercício da cidadania, desenvolvendo de forma coletiva as suas potencialidades por meio da arte, da integração social e do acompanhamento

familiar, sem descuidar da afetividade, alfabetização e espiritualidade. Para participar deste projeto, o aluno deve estar cursando a rede pública de ensino, o que facilita integração entre escola e comunidade. Além das refeições no local, os alunos recebem e praticam hábitos de higiene, reforço pedagógico e trabalhos preventivos, incluindo a participação de seus familiares. Pessoas prestam este importante serviço, interagindo com equipe multidisciplinar.

Neste mesmo local fomos convidados para a realização de um trabalho educativo relacionado a higiene bucal, pessoal e verminoses.

Conhecemos ainda, o clube da embaixada Copa Lord, local de grande apreço para comunidade, pois o carnaval está presente nas raízes da mesma. O local também é usado como área de lazer, com a realização de eventos para adultos e crianças propiciando momentos de descontração e promoção a saúde mental.

Finalizando, tivemos um encontro com os líderes comunitários, que juntamente com a enfermeira do CS, reuniram-se a fim de formar um grupo para atuar junto ao Conselho Municipal de Saúde.(Foto 10)



(Foto 10) Reunião do líderes comunitários.

Consideramos esse objetivo alcançado pois ao nosso ver, conhecemos a realidade do contexto social e familiar em conjunto com os ACS.

**7.2 Objetivo 2.** *Identificar em conjunto com a equipe do CS três famílias com desestruturação familiar que necessitem de assistência de enfermagem.*

**Estratégias:**

1. Fazer levantamento através dos clientes cadastrados no CSI do Mont Serrat.

2. Buscar auxílio com a supervisora e ACS/equipe de saúde.
3. Reservar um período de 30 minutos no final de cada dia de estágio para compartilhar experiências vivenciadas.

O primeiro passo para a identificação das famílias foi a exposição da nossa proposta à equipe do CS a fim de sensibilizá-los para uma melhor interação e participação junto ao nosso trabalho. Com isso, a primeira família foi indicada pela enfermeira supervisora que em conjunto com a médica já havia prestado assistência a vários membros, incluindo visita domiciliar a um deles.

A segunda, identificamos que teria necessidade de ser trabalhada, pelo fato de ter dois membros totalmente dependentes que necessitavam de assistência de enfermagem; mas principalmente pela necessidade de trabalharem as relações interpessoais que estavam abaladas pela sobrecarga relacionadas ao cuidados destes dois membros.

A terceira família foi identificada através de um dos ACS, este nos trouxe o nome de uma pessoa residente em sua micro-área, que ao saber da nossa proposta de trabalho mostrou-se interessada em participar.

Iniciando o trabalho com as duas primeiras famílias, percebemos que havia uma quantidade significativa de problemas a serem trabalhados. Para que pudéssemos realizar uma assistência com maior qualidade, decidimos trabalhar apenas três famílias.

Trabalhar com pessoas é algo muito complexo, exige bom senso, conhecimento acerca do trabalho a ser realizado e principalmente respeito à cultura. Tendo em vista nossa incipiência, constantemente recorriamos ao auxílio da supervisora, pois esta além de uma ampla experiência na área, sempre estava disposta a ajudar-nos.

Para a *terceira estratégia* estipulamos um período de 30 minutos ao final de cada dia de estágio com intuito de compartilhar sentimentos e refletirmos sobre as experiências vivenciadas. Esse tempo foi de suma importância tendo em vista as dificuldades e ansiedades do grupo em trabalhar corretamente dentro de um referencial teórico.

Ajudou-nos ainda a expor percepções, dúvidas e análises, e entrar num consenso quanto a maneira de agirmos, já que, como Travelbee coloca, “todo ser humano é um ser único” e para Freire é um ser inacabado e inconcluso, e assim sendo, conosco não seria diferente, pois conforme dizia nossa supervisora temos personalidades completamente

distintas e com peculiaridades na percepção e assim completamos um ao outro na busca de transformação da realidade.

Este objetivo pode ser considerado alcançado, pelo fato de termos identificado em conjunto com a equipe do CSI, clientes que necessitavam de um trabalho de interação e/ou assistência de enfermagem na área da saúde mental.

**7.3 Objetivo 3.** *Aprimorar os temas abordados na revisão de literatura e os que emergirem no decorrer do estágio.*

**Estratégias:**

1. Buscar aprimoramento teórico enriquecendo o que já foi iniciado no projeto.
2. Participar de curso, palestras e eventos relacionados com saúde mental/psiquiatria/ESF.

Ao iniciarmos o trabalho na comunidade, nos deparamos com uma realidade bem diferente da vivenciada em toda a nossa jornada acadêmica. Lá encontramos o morro, a pobreza, as drogas, entre outras questões sociais.

Frente a esta nova realidade sentimos a necessidade de refletir e aprofundar nossos conhecimentos nos principais fatores que influenciam a saúde mental do indivíduo/família. Com o decorrer do estágio percebemos, nas famílias trabalhadas, a existência de dois pontos principais que afetam a saúde mental do indivíduo/família, são eles: os fatores familiares e os de ordem sócio-econômico.

Nos fatores familiares se destacam os conflitos cotidianos desses familiares e os decorrentes de relações traumáticas vivenciadas no passado, nas quais se destacam as relações conjugais, os maus tratos a crianças/adolescente e a violência sexual.

*Nos fatores de* ordem sócio-econômico se destaca a questão da pobreza, o desemprego/subemprego e condição de moradia.

Estes fatores acima citados podem vir a causar a desestruturação da indivíduo/família. Quando nesta família desestruturada possui pessoas portadoras de doenças crônicas<sup>6</sup>, a situação fica mais complicada, tendo como consequência o surgimento ou descompensação das mesmas.

---

<sup>6</sup> Consideramos as doenças crônicas, neste contexto, diabetes, hipertensão, alcoolismo, esquizofrenia, AIDS, paralisia cerebral.

Como *segunda estratégia*, visando adquirir ainda mais conhecimentos, participamos da Semana da Enfermagem, promovido pela ABEn (anexo1), na qual alguns dos temas abordados eram relacionados com saúde mental e ESF. Outro evento no qual participamos foi o Treinamento Introdutório para Enfermeiros Supervisores de ACS no Município de São José, promovido pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família/UFSC (anexo 2). Participamos também do 11º Encontro de Enfermagem da Região Sul – ENFSUL, em Porto Alegre-RS, onde participamos da sessão tema livre, expondo na forma de pôster, um relato de experiência da prática assistencial (anexo 3).

Este objetivo foi alcançado pois aprimoramos os temas abordados na revisão de literatura bem como os que emergiram no decorrer do estágio. Entretanto, sentimos dificuldades em encontrar literaturas que abordassem os temas de forma mais ampla, indo além do biológico e que viessem ao encontro do nosso entendimento sobre saúde mental.

#### **7.4 Objetivo 4.** *Construir instrumento para a aplicação do processo de enfermagem.*

##### **Estratégias:**

1. Aprofundar conhecimento sobre o referencial teórico de Travelbee e Paulo Freire
2. Discutir e avaliar com orientadora e supervisora, questões ligadas ao processo e referencial teórico.

A fim de atingir esse objetivo, nos reunimos no segundo dia de estágio para aprofundar-nos no referencial teórico escolhido e elaborar instrumento para a aplicação do processo de enfermagem.

Esse foi construído e aplicado como descrito no objetivo 5. O mesmo, no decorrer do estágio, foi reformulado devido a necessidade que sentimos em associar o referencial pedagógico de Freire que nos proporcionou trabalhar uma educação libertadora (anexo4).

#### **7.5. Objetivos 5.** *Assistir o cliente/família dentro do referencial teórico proposto.*

##### **Estratégias:**

1. Realizar visita domiciliar quando necessário em conjunto com os ACS.
2. Realizar consulta de Enfermagem no CSI e/ou domicílio.

3. Realizar oficinas com vivências, propondo um processo educativo com indivíduos/famílias/comunidade.

Para a melhor compreensão deste objetivo, faz-se necessário a apresentação das famílias trabalhadas e a inserção do processo de enfermagem aplicado em uma cliente selecionada em uma das famílias, no final do item primeira visita Família Orquídea.

#### **7.5.1. Apresentando as famílias**

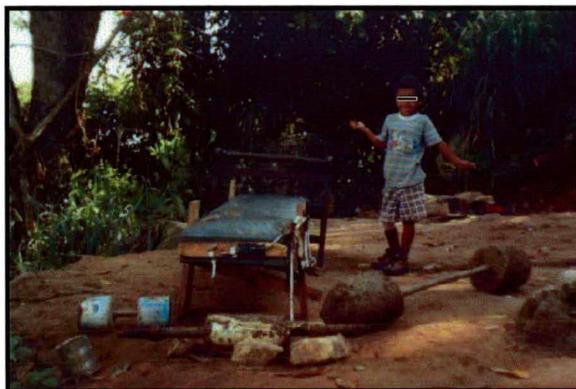
As famílias abaixo serão apresentadas por nomes de flores escolhidas pelas próprias famílias para preservar suas identidades.

##### **Família Violeta**

Família Violeta, anteriormente denominada de comigo-ninguém-pode por uma das filhas, referiu ser o melhor nome para pessoas que viviam em constantes atritos. Por acharmos ser este um nome um pouco forte, sugerimos a matriarca da família que escolhesse uma outra flor que tivesse um significado peculiar a eles. Sugeriu-nos então o nome de violeta por ser esta uma flor delicada e que necessitava de muitos cuidados. Neste momento percebermos que ferimos o que Freire e Travelbee preconizam uma vez que fizemos valer nova posição pessoal.

Esta família é composta por: AMC, 42 anos, separada há mais ou menos 12 anos trabalha como auxiliar de serviços gerais no período vespertino em uma empresa de limpeza e vigilância, e no período noturno (até 23:00 h) em outra firma. Recebe mensalmente aproximadamente 3 salários mínimos incluindo as faxinas que faz aos sábados. É mãe de AAC, 23 anos, portador de esquizofrenia. Há mais ou menos 5 anos foi internado no Hospital Psiquiátrico São José devido a mudança no comportamento após ter presenciado a morte por enforcamento de um cunhado muito querido. Segundo a família, essa mudança no comportamento de AAC, deve-se ao fato dele ter estado no local onde o cunhado ainda vivo agonizava, onde ele junto com sua irmã JC omitiram socorro por medo de serem acusados pela polícia da morte do cunhado. AC, 19 anos, não estuda ,nem trabalha. Passa o dia em frente a televisão, seu maior desejo é tornar-se jogador de futebol.

Faz uso de anabolizante injetável em dose terapêutica, pratica exercícios com aparelhos confeccionados por ele mesmo, com latas, ferros e cimento. (Foto 11)



(Foto 11) Aparelhos feitos por um membros da família Violeta.

Embora receba incentivo da mãe, não demonstra vontade de voltar a estudar ou trabalhar. CC, 28 anos, viúva da pessoa enforcada (anteriormente citada), separada do segundo marido, mãe de 4 crianças com 2, 5, 7 e 10 anos respectivamente. Trabalha esporadicamente com faxinas, além de confeccionar e vender roupas íntimas de algodão.

### **Família Rosa**

A família escolheu esta flor dizendo: “*assim como a rosa, a vida é bela mas cheia de espinhos*”. Esta família é composta por: LC, 72 anos, viúva, aposentada, mas trabalha como merendeira na escola da comunidade do Mont Serrat. É portadora de diabete mellitus (DM), hipertensão arterial (HA) e recentemente fez uma colicistectomia; mãe de 8 filhos, mas apenas 2 moram com ela, VCC e MC.

VVC, 46 anos, separada, mãe de 4 filhos. Portadora de DM e HA com seqüela de AVC. É alimentada através de sonda nasogástrica e faz uso de cânula de traqueostomia. Há 3 anos está acamada, e totalmente dependente. Recebe um aposento de R\$ 400,00 que são utilizados na compra de medicamentos, alimentos e fraldas descartáveis.

MGC, filha de VVC, 16 anos, solteira, portadora de paralisia cerebral, e totalmente dependente. MC, 45 anos, solteira, portadora de DM e HA. Trabalha na lavanderia do hospital Celso Ramos um dia sim e dois não e recebe 2 salários mínimos. Nos dias em que não trabalha, MC é a principal cuidadora de VVC e MGC. LC, 12 anos, estudante, filho de VVC, colabora nos cuidados da irmã MGC.

## **Família Orquídea**

Orquídea foi escolhida por ser a flor preferida da família. A família é composta por: SC, 39 anos, solteira, três filhos. Trabalha como faxineira em uma residência a cada 15 dias, sendo sua única fonte de renda. É portadora de HA, DM, alcoolismo, obesidade e depressão que a levou a uma tentativa de suicídio. FC, 23 anos, solteira, estudante, desempregada, recebendo seguro desemprego e RC, 16 anos, estudante.

Como pode ser observado, estas famílias representam a maioria das pessoas que vivem em situações de sofrimento e necessitam de condições para superá-las. Essas condições repercutem na saúde mental, que não devem apenas ser diagnosticadas, mas trabalhadas coletivamente.

### **7.5.2. Primeira visita às famílias**

#### **Visitando a Família Violeta**

Para realização da *primeira estratégia*, foi feita uma seleção das famílias a serem trabalhadas através do cadastramento realizado pelos ACS. Nossa primeira visita domiciliar foi realizada, no dia 31/03/00 em conjunto uma ACS, que na verdade pertencia a outra área de abrangência, mas, gentilmente ofereceu-se para substituir seu colega que estava em férias.

Para chegarmos na casa da família enfrentamos algumas dificuldades de trajeto. O caminho era rico em pedras com vários tamanhos e formas, o solo arenoso e irrigado por um córrego que tornou o caminho escorregadio e perigoso. Tínhamos que ajudar-nos para conseguirmos atravessar o trajeto, sempre abaixados e segurando onde fosse possível, pois tudo era muito úmido e deslizante, facilitando nossos constantes e hilários deslizos. O mato generosamente acompanhava-nos em ambos os lados decorando o trajeto. Percebemos a excessiva quantidade de lixo, e vetores como: moscas e baratas. (Foto 12)



(Foto 12) Lixo a céu aberto.

Após algumas informações com vizinhos, localizamos a família. A casa possuía paredes de madeira apodrecida em algumas partes, com frestas que permitiam a entrada da luz e do vento. Ao redor da casa estavam cinco cachorros emagrecidos; aparentemente saudáveis, que começaram a latir quando nos aproximamos da entrada, fazendo com que a dona da casa abrisse a porta.

Ao confirmarmos o nome da família, nos identificamos e perguntamos se podíamos conversar um pouco com ela. Fomos convidados a entrar; o cômodo de entrada era uma divisão de sala e cozinha, havia uma mesa com 4 cadeiras em bom estado, uma pia cheia de louça encostada num fogão velho. Logo na entrada separado da mesa por aproximadamente 50 cm estava um sofá sem revestimento, com algumas roupas amontoadas indicando que alguém dormira ali.

O local era tão pequeno que apenas duas pessoas conseguiram sentar ficando o restante em pé na porta. A Sra. AC, estava com roupas e cabelos desalinhados, encostou-se na pia e começou a nos observar .

Iniciamos o nosso diálogo com a apresentação e exposição do objetivo da visita, neste instante a filha e o neto da Sra. AC atravessaram a sala/cozinha e entraram no quarto ao lado, lá permanecendo. Percebeu-se a presença de mais pessoas neste quarto, além do barulho da televisão.

A Sra. AC, não foi muito receptiva a nossa proposta, alegando *“tenho problemas sim, mas é meu, e não vou ficar contando pra estranhos”*. Referiu ainda, que a médica e a enfermeira do posto já estiveram lá há um ano e nada fizeram para ajudá-los. Acrescentou *“Quando eu precisei, tive que pedir ajuda da policia pra pode leva meu filho pro médico, porque ninguém veio aqui pra me ajudar”*. A Sra. AC, mostrou-se incomodada com a nossa presença, respondia em monossílabos, deixando bem claro que não iria expor seus problemas, já que não poderíamos resolvê-los. Ficamos um pouco decepcionados com a recepção, embora soubéssemos que isso podia acontecer.

Travelbee (1979, p.1) diz que *“a proteção mais efetiva contra a interrupção intelectual reside em desenvolver a atitude de pensar em conjunto com a capacidade de adaptar-se a troca a medida que surgem novas necessidades”*. Percebemos que deveríamos clarear um pouco mais nossa proposta. Outra vez colocamos que estávamos ali para que junto com ela e a família pudéssemos encontrar alternativas possíveis para solucionar os problemas que estavam alterando a estrutura familiar, e conseqüentemente favorecendo a

ausência de saúde mental. Enfatizamos que trabalharíamos dentro da realidade deles tentando oferecer uma melhor qualidade de vida. Acrescentamos que faríamos parceria com o posto de saúde e alguns grupos de ajuda, no qual dariam continuidade ao nosso trabalho quando o estágio terminasse. Ela, um pouco mais calma, respondeu: *“eu quero que vocês ajudem só o meu filho, não preciso de ajuda pra mais nada, só pra ele, me ajudando com ele já tá bom”*.

Travelbee (1979, p.129) diz: “Se recomenda que identifique por escrito os objetivos e metas da interação inicial e que decida os métodos que usará para alcançar estas metas”. Confessamos que não o fizemos por escrito, mas concordamos que na primeira visita apenas conheceríamos a família, exporíamos nosso projeto de trabalho e tentaríamos estabelecer o pacto, que de acordo com Travelbee (1979, p.133) “a enfermeira começa apresentando-se ao paciente, dizendo seu nome e cargo, o hospital ou organização onde trabalha, quando irá interagir com ele, e quanto durará cada interação, ainda na primeira entrevista, prepara o paciente para o eventual término da relação”.

Respeitando o desejo da Sra. AC. expressamos nossa vontade de conhecer o referido filho. Após o convite entramos no quarto de AAC, este escondeu-se sob as cobertas, permanecendo calado. Enquanto tentávamos estabelecer o pacto, observávamos discretamente o ambiente e o comportamento de AAC. Deitado numa cama em condições precárias, possuía somente um lençol com aparência encardida cobrindo um colchão de espessura delgada e sem revestimento. O cobertor muito velho, com cores discretas, exalava um cheiro de bolor que aumentava conforme os movimentos de AAC para proteger-se mais da nossa presença. O chão era inseguro, as tábuas levemente separadas por frestas principalmente próximo a cama, tínhamos que cuidar onde pisávamos, pois corríamos o risco de rompermos a madeira. Não havia janela, o que impedia a entrada do sol, tornando o ambiente escuro e pouco ventilado. Havia também no quarto uma televisão colorida, um guarda-roupas velho e sem portas e um beliche, onde dormiam duas crianças, ficando estas muito próximos dos fios de luz que ficavam expostos.

AAC, não manifestou-se, contra ou à favor da nossa proposta, permanecendo mudo, deixou claro, que não conseguíamos firmar o pacto.

Depois de sucessivas visitas, conseguindo apenas saber de AAC através da sua mãe, sentimos necessidade de mudar a forma de comunicação, achamos que precisávamos da ajuda de Freire. Totalmente incipientes no assunto, usamos Freire de forma imprópria,

ou seja, não respeitamos a autonomia, a dignidade e a identidade do educando (família) ... que na prática, deve-se procurar a coerência com este saber, para que não se pronunciem palavreados vazios e inoperantes (Freire, 1997) e Travelbee através dos manejos inadequados. Praticamente pressionamos AAC, enfatizamos que, gostaríamos muito de fazer algo por ele, evidenciando a sua importância para nós; salientamos também a necessidade dele querer ser ajudado, para que pudéssemos ajudá-lo, caso contrário, procuraríamos alguém que realmente quisesse ajuda. Nesse momento AAC retirou as cobertas que o escondiam, (pela primeira vez vimos seu rosto, bonito, emagrecido, com barba crescida, olhar profundo e meigo), e falou com voz enfraquecida “*Eu quero ajuda*”. Desta vez saímos da casa de AAC, felizes, embora conscientes que agimos erroneamente, de forma autoritária, descrita por Freire como educação bancária “onde o educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos e a educação torna-se um ato de depositar o saber dos que se julgam sábios aos que nada sabem” (Freire, 1978). Procuramos ajuda com nossa orientadora, revelamos nossos medos e angústias, em “estarmos percorrendo caminhos certos por linhas tortas”, ou seja, conseguimos estabelecer uma relação pessoa a pessoa, associando Travelbee e Freire simultaneamente, mas com certeza, não da maneira que acreditávamos que deveria ser.

Nossa orientadora dedicou-se em ajudar-nos; ministrou uma aula sobre Freire, auxiliou-nos com a literatura, além de nos confortar com palavras de carinho, apoio e compreensão. Tivemos também um encontro com uma colaboradora, muito importante da área da enfermagem psiquiátrica, dela também, recebemos toda atenção e apoio que precisávamos. Com o decorrer dos acontecimentos, obtivemos muitos progressos com a família de AAC, principalmente no que diz respeito a ele.

Nosso principal objetivo com esta família, era estabelecer o convívio social de AAC com os membros da casa, perdidos pelos 3 anos em que ficou acamado, (ver em conhecendo as famílias) fortalecê-lo fisicamente e reintegrá-lo à sociedade. Outro objetivo era o de harmonizar a relação interpessoal entre os membros da família, enfatizando a importância de uma estrutura familiar para a manutenção da saúde mental. Devido ao pouco tempo de estágio, conseguimos apenas fazer com que AAC, fortalecesse sua musculatura através de exercícios praticados na cama e fora dela, trabalhamos o seu intelecto com ajuda de leituras, jogos de memória, desenhos, diálogos interativos, e jogos

de dominó. Sua interação com a família melhorou muito, hoje conversa com todos, e joga dominó com os sobrinhos.

Quanto ao relacionamento interpessoal dos membros da família, concordamos quando Travelbee (1979, p.23) coloca que “a enfermeira necessita possuir sentido de oportunidade; em situações interpessoais, compreende e antecipa as necessidades do paciente, procede no ritmo do mesmo e é capaz de reconhecer quando falar e quando calar, quando atuar e quando abster-se de atuar”, pois o curto período de estágio não permitiu que conseguíssemos fazer com que a família interagisse de forma harmoniosa, pois cada membro da família tinha o seu ritmo de compreensão e mudança.

No desenvolvimento do trabalho ocorreram oito interações entre nós acadêmicos e a família, sendo que para garantirmos uma continuidade na assistência estabelecemos um elo entre o CSI Mont Serrat e também com NAPS. Entretanto, deixamos aqui nosso questionamento, será que realmente haverá continuidade?

### **Visitando a Família Rosa**

A segunda família visitada, gentilmente nos dispensou com a seguinte frase “*eu queria muito que vocês trabalhassem aqui com a gente, mas meu marido bebe muito e não vai querer não, deixa pra outra vez tá?*”. Não queríamos, mas a frustração conseguiu abraçar-nos outra vez. Quando voltávamos para o CSI, percebemos que estávamos ao lado da casa da ACS, que no dia do reconhecimento da comunidade pediu-nos para trocarmos a SNG da sua mãe; ocorreu-nos então a idéia de oferecer ajuda a eles. Para nossa alegria fomos aceitos com as seguintes palavras “*vocês são um presente de Deus para nós*”.

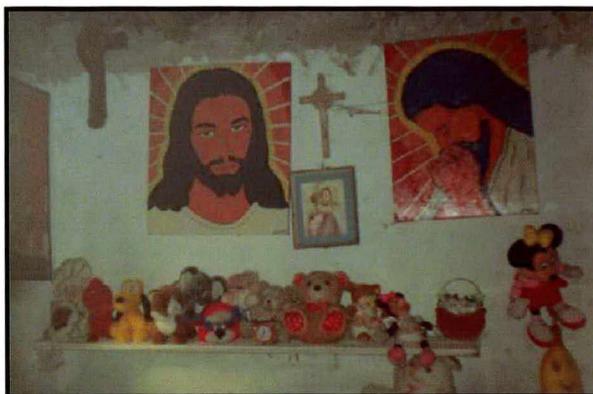
Após estabelecermos o pacto com esta família, marcamos de iniciar nosso trabalho na manhã seguinte, em conjunto combinamos que prestaríamos assistência de enfermagem dentro do referencial proposto. Voltamos ao CSI, onde encontramos nossa supervisora, comentamos com a mesma sobre a nossa manhã, e juntos refletimos que nada acontece por acaso, ou seja, se não fomos aceitos pela família na qual saímos com o propósito de visitar, e sim pela outra família, é por que com certeza esta precisava realmente da nossa ajuda. A manhã seguinte chegou rápida, passamos no CSI antes de irmos para a comunidade, colocamos nossos guarda-pós, pois para andar livremente pela comunidade precisávamos indicar de alguma forma que éramos da área da saúde. Na subida do morro, em direção da

casa da família Rosa, encontrávamos pessoas que após cumprimentar-mos, perguntavam-nos se éramos o pessoal da vacina (era época da vacinação para idosos), achávamos a situação hilária, mas ficamos seguros por saber que nos associavam ao CSI.

Chegamos na família às 9 h, estavam todos nos esperando, com sorriso nos lábios, o que nos deixou muito motivados. Após os cumprimentos, relembramos o que havia sido combinado na manhã anterior e fomos ao trabalho. Iniciamos com banho no leito da dona VC, (paciente portadora de AVC), fomos auxiliadas por MC, irmã da paciente. Enquanto a banhávamos, observamos que era uma pessoa muito bem cuidada, pois, apesar de estar há anos numa cama, não possuía nenhuma úlcera de decúbito; sua pele era íntegra, com exceção do orifício da cânula de traqueostomia. Pensamos que iríamos orientá-las quanto a melhor forma de dar o banho no leito, trocar a SNG e fazer curativo na traqueostomia, mas ao contrário, nós é que aprendemos com elas, e lembramos quando Freire (1993) diz que: “a educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, na qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”. Após o banho, sentamos para conversar com a família; estavam presentes a mãe, a irmã e duas filhas da dona VC.

Durante o diálogo, observávamos o ambiente e as pessoas. A casa era simples, limpa, e possuía o necessário para viver bem. A família era muito sensível; choravam constantemente enquanto nos contavam sobre seus problemas. Ficamos muito sensibilizados com a situação, percebemos que Deus era muito presente em seus pensamentos, assim como pela presença de vários quadros religiosos espalhados pela casa.(Foto 13)

Foi muito gostoso e gratificante trabalhar com esta família; com eles tivemos momentos de alegria e tristeza, momentos de ensinamentos e aprendizado, além dos momentos de reconhecimento pelo nosso trabalho, que com certeza lembraremos sempre com muito carinho.



(Foto 13) Quadros religiosos pintado por um membro da família Rosa.

Nas famílias visitadas, percebemos que o diálogo esteve presente em todos os momentos, mesmo utilizando o referencial de Freire e o de Travelbee, acreditamos que com as várias contradições surgidas nas situações vivenciadas, foi possível valorizar e respeitar a cultura dessas famílias. Além disso, isso nos permitiu identificar que a saúde mental deve ocorrer em todos os espaços cotidianos e familiares e não somente na doença instalada.

Após oito interação nosso tempo de estágio com a família havia chegado ao fim, mas nesse meio tempo foi proporcionado o estabelecimento do elo entre a família e o CSI.

### **Visitando a Família Orquídea**

Esta família foi selecionada para realização do processo de enfermagem descrito no objetivo 4, na qual descreveremos as etapas de observação, interpretação, tomada de decisão e ação de Travelbee em conjunto com a investigação, tematização e redução temática do itinerário de Paulo Freire .

#### **7.5.3 - Processo de Enfermagem**

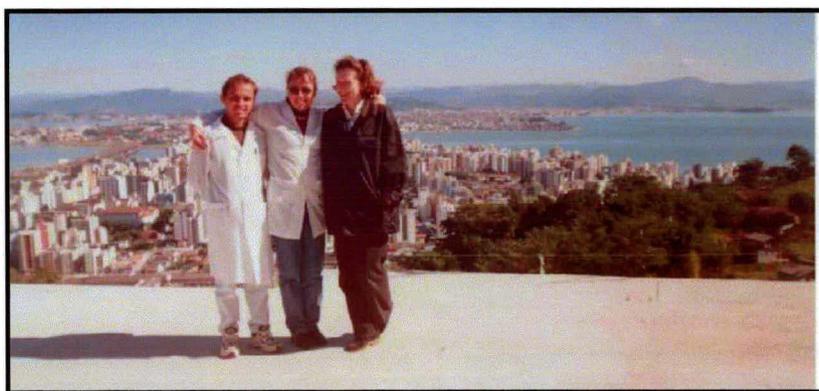
A seleção do cliente para aplicação deste processo, surgiu a partir de uma análise das famílias trabalhadas, o que nos permitiu avaliar o indivíduo que necessitava de maior ajuda a curto prazo, orientação em saúde, gerando um maior crescimento, aprendizado e proporcionando mudanças de comportamento cliente/acadêmicos.

É necessário salientarmos que todas as famílias foram importantes para a nossa prática assistencial e aprendizado, sendo elas igualmente trabalhadas dentro do referencial teórico proposto, respeitando suas peculiaridades individuais e coletivas.

### 1. Investigação temática / Observação

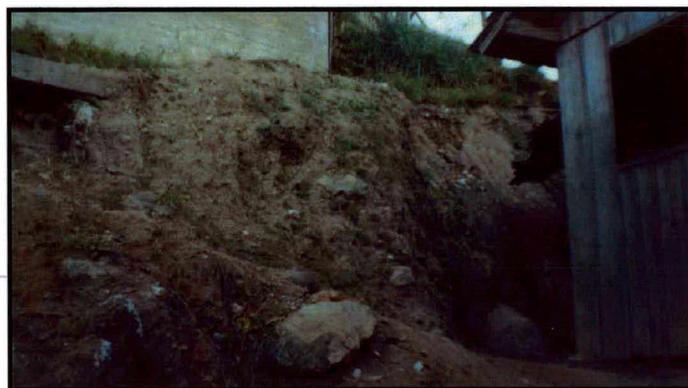
Para chegarmos na residência tivemos que subir pela rua principal da micro-área Pastinho. Ao sair da mesma entramos em uma servidão com aproximadamente 2/3 de pavimentação, sendo o restante do caminho muito acidentado.

A recompensa pelo esforço da subida é a belíssima vista panorâmica da cidade de Florianópolis. (Foto 14)



(Foto 14) Florianópolis avistada do alto do morro do Mont Serrat.

A casa localizava-se no lado esquerdo de um barranco, com risco de desmoronamento.(Foto 15)



(Foto 15) Vista da entrada da casa da família Orquídea.

Nesta família o trabalho surgiu a partir da necessidade sentida pela mesma, pois como evidência Freire, as mudanças acontecem quando o interesse por estas parte do grupo, tanto dos educando (família) como dos educadores (estudantes), [...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o

educando que, ao ser educado também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade já não valem” (Freire 1979).

Ao chegarmos a casa da família orquídea, fomos recepcionados por mãe e filha, que nos aguardavam e gentilmente nos convidaram a entrar. A casa estava limpa e exalava um cheiro de cera; era feita de madeira nova, espaçosa para três pessoas e bem arejada. Nos apresentamos e em seguida colocamos a nossa proposta de trabalho, firmando o pacto.

SC, 59 anos, solteira, mãe de três filhos, católica, aproximadamente 1.70 cm, 100 kg; raça negra, cabelos pretos, ao nível da orelha, dentes escurecidos, com ausência do 1º e 2º molar na arcada superior direita. Comunicava-se pausadamente preocupando-se constantemente com a pronúncia correta justificando a falta de estudo, e sempre acrescentando uma curta “risadinha” ao término de cada fala. Durante o diálogo seu corpo mantinha-se com movimentos poucos alterados, seus olhos desviavam-se constantemente para o chão e para os lados.

SC falou-nos dos problemas que enfrentava *“eu tenho problema com álcool e depressão, quero sair disso”* *“eu quero o melhor pro meus filhos”*. Problemas estes que segundo ela, a levaram a atentar contra a própria vida *“há alguns meses atrás eu coloquei álcool no meu corpo, a vizinha é que me salvou”*. No decorrer do diálogo colocou-nos dos problemas que enfrentou desde a infância e perguntou-nos se tinham alguma influência no seu atual comportamento. Ao devolvermos a pergunta, referiu acreditar que as dificuldades **vivenciadas na infância como a pobreza, relações extra conjugais da mãe** presenciadas por ela, **abandono pelo pai adotivo, tentativa de abuso sexual pelo pai biológico**, entre outras coisas tenham afetado sua vida adulta. Percebe-se isso nas seguintes falas: *“eu tinha que pedir esmola na rua, eu sentia vergonha disso”*. Ao referir-se a mãe: *“eu gostava dela porque ela nunca deixou a gente mas o único problema dela é que ela tinha muitos namorados”* *“as vezes eu via ela fazendo sexo com outros homens dentro de casa”*. Comparando-se com a mãe: *“meus filhos tem pais diferentes, será que isso é ser leviana como a minha mãe?”*. Com relação ao abandono pelo pai adotivo: *“nós ia lá na casa dele mas ele não recebia a gente”*, *“meu irmão um dia desmaiou de fome na frente da casa dele, mas ele não atendeu a gente”*. Falando do pai biológico que conheceu, por imposição da mãe, após o abandono do adotivo: *“eu fui conhecer meu pai, um dia quando ele me*

*abraçou passou as mãos nos meus peitos” “eu não quis mais saber dele pois isso não é coisa que um pai faz”, “eu não sentia que ele era meu pai”.*

Segundo a senhora SC, iniciou o uso do álcool há aproximadamente 10 anos que foi intensificando-se cada vez mais em função do relacionamento difícil com o último companheiro *“depois de um tempo é que descobri que ele bebia e usava drogas”*. Em relação a violência sexual sofrida disse: *“ele me amarrava na cama com correntes e eu tinha que fazer sexo sem preservativo, contra minha vontade”*. Com essa fala entramos em outro tema que era **AIDS** e o risco que a mesma corria, já que seu companheiro era portador do HIV. SC relatou que já havia feito exame para saber se estava contaminada mas que havia dado negativo. Após isso, seu companheiro tornou-se agressivo espancando-a e violentando-a sexualmente com frequência. Procurou ajuda na justiça para afastá-lo de sua família, após seu filho RC ter sido agredido fisicamente pelo mesmo ao tentar defendê-la.

Segundo SC seus problemas aumentaram nos últimos meses devido ao uso constante do álcool, isso veio em detrimento da confiança das pessoas com quem trabalhava, perdendo assim seu emprego. Hoje tem como fonte de renda apenas duas faxinas mensais. Sente-se também muito constrangida com relação aos comentários dos vizinhos.

Nesta etapa percebe-se que através do diálogo entre educandos e educadores foram investigados temas geradores como: álcool, depressão, pobreza, abuso sexual e AIDS. Estes temas foram identificados a partir do próprio universo das pessoas envolvidas, que segundo Freire 1987, constitui-se na tomada de consciência em torno dos mesmos. Para Travelbee, 1979, p. 106, esta é a etapa usada para identificar os problemas de enfermagem e adquirir um certo grau de habilidades para resolvê-los

## **2. Interpretação /Tematização (codificação e decodificação)**

Através dos dados levantados na observação/investigação temática acreditamos que a busca pelo álcool surgiu da necessidade de uma fuga inconsciente dos seus problemas. Mas como percebida pela própria cliente, o álcool não veio como solução e sim como mais um problema a ser resolvido. Problema este que protagonizou a desestruturação familiar, e gerou conflitos desencadeando outros como a hipertensão arterial, diabete Mellitus e a obesidade, afetando a auto-imagem e auto-estima. Outro fator importante, é o medo de

enfrentar a realidade impedindo-a de fazer o anti-HIV pela grande possibilidade de ser portadora do vírus.

A codificação/decodificação dos temas geradores identificados, implica que a família passa a tomar conhecimento da sua realidade concreta (Freire, 1987). Entretanto, percebe-se que esta apreensão da realidade vivenciada correu de forma ainda um tanto ingênua e fragmentada, ou seja; os momentos de ação-reflexão-ação dos sujeitos envolvidos ocorreu, principalmente, em torno do tema do alcoolismo, já que outros temas codificados como: diabetes, hipertensão, obesidade e HIV não foram expressos concretamente pela família. Na verdade, isto sugere uma estrutura difícil, esmagadora de situações-limites, em que revelou-se o tema do silêncio e a adaptação frente a realidade.

Para Travelbee, a interpretação requer uma bagagem de conhecimento da natureza percebida. Para adquirir esses conhecimentos é necessário desenvolver diversas atitudes cognitivas, assim como a capacidade para utilizar e aplicar conceitos a informação. Completa ainda que estudos sobre empatia parecem indicar que não é possível compreender a experiência de outro, a menos que se tenha vivido pessoalmente uma experiência similar, (Travelbee, 1979, p. 33).

### **3. Tomada de decisão / Redução temática**

Manter dialogo e trabalhar com os temas geradores levantados e com os que eventualmente possam surgir, fortalecendo a interação cliente/acadêmicos.

Para as próximas visitas, levar aparelhos de hemoglicoteste e de pressão arterial para melhor avaliarmos as condições de saúde.

Proporcionar a cliente falar mais sobre seus problemas, indicando quais as soluções que ela acredita serem possíveis dentro da sua realidade.

Proporcionar motivação para a vida, trabalhando sua auto-imagem e auto-estima, ressaltando os pontos positivos.

Sugerir a possibilidade de marcarmos uma consulta no centro de saúde para receber o tratamento adequado para controle do diabetes e da hipertensão arterial.

Informar a existência de um grupo de AA na comunidade e oferecermos nossa companhia nos primeiros encontros.

Proporcionar interação entre mãe e filhos, salientando a importância da

participação deles para a manutenção do tratamento contra o alcoolismo, resgatando a estrutura familiar e promovendo a saúde mental.

Proporcionar uma discussão aberta sobre os temas; diabetes, hipertensão, AIDS, alcoolismo, trocando idéias e complementando com orientações que forem necessárias.

Sugerir os serviços especializados prestado pelo NAPS por avaliarmos a complexidade das questões levantadas.

Caso seja do interesse da cliente, manter um elo com os serviços de apoio (NAPS, AA, CSI) que podem ser utilizados para manutenção do tratamento após o término do nosso estágio.

Preparar a cliente para o término da relação.

Para Travelbee, na tomada de decisão a enfermeira deve observar, desenvolver acerca do significado da informação, tratando de comprovar as conclusões e logo decidir que; linha de ação seguir.

Em relação a redução temática, inconscientemente elaboramos um receituário com prescrições prontas para a família Orquídea. Os temas captados mediante o processo de ação-reflexão-ação em torno das situações vivenciadas pela família e acadêmicos, passaram a ser tratados esquematicamente. O fato de estarmos condicionados por uma educação bancária, anti-dialógica, analisamos e concluímos estes temas isoladamente, perdendo-se assim a sua riqueza e esvaziando-se a sua força de desvelamento crítico e a apreensão da realidade.

Na redução, deve ocorrer a dialogicidade da educação e não o contrário, isto significa que tanto educandos quanto educadores devem compreender em conjunto os temas levantados. Pois para Freire (1987), os homens devem se sentir como sujeitos de seu pensar, discutindo sua própria visão do mundo manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros.

#### **4. Avaliação**

Acreditamos que durante o trabalho realizado com a cliente, tenhamos conseguido estabelecer uma relação pessoa a pessoa através do diálogo e de uma troca de conhecimentos, levando-nos, cliente e acadêmicos, a uma mudança na maneira de pensar e agir. Apesar das contradições oriundas da aplicação dos referenciais metodológicos

propostos, percebemos que isto possibilitou um maior amadurecimento pessoal e do grupo.

No decorrer do estágio, a cliente aceitou com facilidade as propostas sugeridas, apontando outras que surgiram conforme a sua necessidade.

Freqüentou o AA em nossa companhia nos três primeiros encontros, na qual não sentiu-se muito a vontade por ser a única mulher do grupo. Sugeriu-nos então freqüentar um outro grupo que conheceu posteriormente na qual havia participação de outras mulheres. No início do tratamento teve duas recaídas, tendo que reiniciar o tratamento.

A sugestão para uma avaliação médica no CSI, com relação ao diabetes e hipertensão, foi realizada. Hoje possui um cartão no qual mantém um controle periódico dos níveis glicêmicos e arteriais, e também o uso diário dos medicamentos. Além disto, decidiu realizar o teste do HIV a fim de acabar com a dúvida que a angustiava.

O agendamento para uma avaliação com um psicólogo no NAPS também aconteceu, ficando assegurado uma continuação no acompanhamento a nível psicológico da cliente. Esses acompanhamentos repercutiram positivamente tornando a cliente motivada e mais segura, não apresentando outras recaídas até o término do estágio. Além disso, foi mantido um elo entre a cliente e a equipe do CSI. (Foto 16)



(Foto 16) Visita da enfermeira e ACS à família Orquídea.

Com relação a estrutura familiar, podemos dizer que os laços afetivos estavam sendo fortalecidos lentamente a medida que os filhos observavam as mudanças no comportamento de SC.

O término da relação se deu de forma planejada, sempre deixando claro a razão pela qual esta chegaria ao fim. De acordo com Travelbee, 1979, p.148, para terminar a relação, se recomenda traçar planos específicos para preparar o cliente para esta

experiência. O cliente tem o direito de saber as razões para o término, não importando quais sejam.

SC conseguiu restabelecer a confiança dos filhos que passaram a deixar os netos, sob a sua responsabilidade, fato este, que há muito não ocorria, expressando verbalmente sua gratidão por nossas contribuições em sua vida.

Trabalhar com SC, foi um grande aprendizado. Com ela aprendemos a sermos mais humildes, mais humanos e a dar valor a pequenas coisas que nos passavam despercebidas. Crescemos como alunos e como pessoas, e o mais importante crescemos com ela, que hoje ama o simples fato de abrir a janela e ver o sol.

*A segunda estratégia* ocorreu simultaneamente com a primeira, pois durante as visitas domiciliares, realizávamos as consultas de enfermagem dentro do referencial proposto.

Realizar oficinas com vivências, propondo um processo educativo com indivíduos/famílias/comunidade, fazia parte da terceira estratégia. Podemos afirmar que esta estratégia não ocorreu da forma como planejávamos, pois apesar de vários esforços, não conseguimos reunir todos os membros das famílias devido a divergência de horários relativos aos respectivos compromissos em geral. Por outro lado, acreditamos que este espaço proporcionou um maior contato com as famílias, a medida que oportunizou a dinamização e reflexão das experiências vivenciadas pelo grupo, com uma maior aproximação da realidade. Conseguimos fazer uma reunião em cada família, aos domingos à tarde, onde aplicamos algumas dinâmicas pesquisadas em literaturas, associadas com momentos de descontração com lazer escolhido pelas famílias. Obtivemos resultados positivos com as pessoas que puderam participar, e mais uma vez aprendemos com eles. Usamos dinâmicas como “a teia” e “o espelho”. A dinâmica da teia teve como objetivo, fazer com que as pessoas descrevessem com apenas uma palavra como elas viam o outro, fazendo com que este se auto avaliasse. Na dinâmica “o espelho”, (pôr-se na pele do outro), o objetivo era conscientizar as pessoas acerca das dificuldades que existe em compreender os outros, mostrando que a falta de comunicação é muitas vezes um problema de falta de compreensão. Esta dinâmica era composta de três fases: na primeira fase o parceiro “A” procurava executar uma ação de “espelho” e o colega “B” o imitava em todos os gestos, com seu ritmo, suas emoções e com toda a precisão. Na Segunda fase inverteram-se os papéis. O parceiro “B” começou a ação e o “A” o imitava em tudo. Na

terceira fase, era sempre a situação do espelho. Após algum tempo de concentração de um sobre o outro, cada um procurava ser ao mesmo tempo aquele que iniciava o gesto e fazia a vez do espelho, imitando o gesto do outro. Ninguém sabia o que iria acontecer. Observa-se que as duas pessoas faziam ao mesmo tempo as duas coisas.

Para finalizar a dinâmica as pessoas comentaram as experiências vividas, relatando sobre a dificuldade de estar atento o tempo todo, e de como era sentir-se na situação do outro.

Consideramos este objetivo como alcançado, pois perfizemos um total de 24 visitas domiciliares, divididas em partes iguais. Realizamos simultaneamente às visitas, oito consultas de enfermagem e uma oficina em cada família.

## 7.6. Objetivo 6 - Traçar um perfil sócio-econômico dos clientes definidos/comunidade.

### Estratégias:

1. Elaborar um instrumento para o levantamento de dados.
2. Fazer levantamento de dados aplicando o instrumento.
3. Analisar os dados levantados.
4. Formular gráfico do perfil sócio econômico.

Para realização deste objetivo elaboramos inicialmente um instrumento socioeconômico (anexo5), o qual foi aplicado nas famílias trabalhadas e com clientes que freqüentaram o Centro de Saúde I Mont Serrat, totalizando uma mostra 46 pessoas entrevistadas no período de maio de 2000.

### 1. Perfil sócio-econômico de uma amostra das famílias da comunidade do Mont Serrat

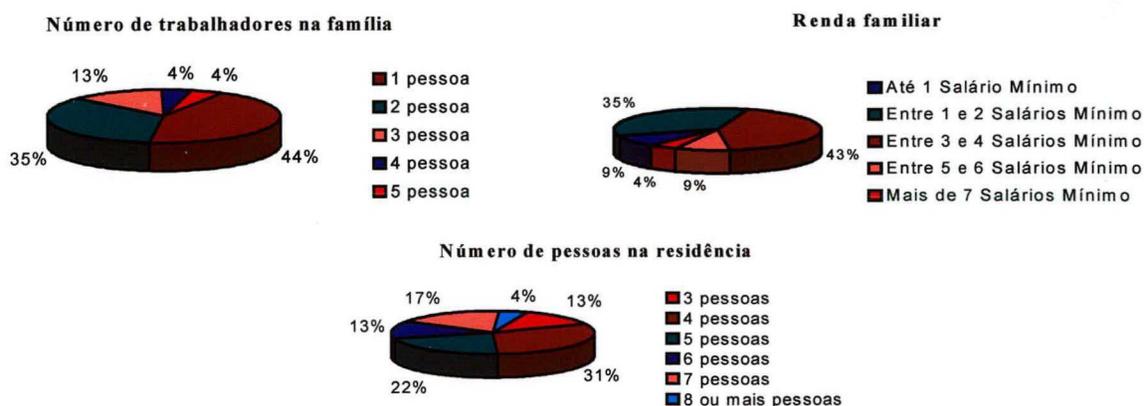
**Gráfico 1:** Tipo de casa encontrada na comunidade Mont Serrat no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Das 46 pessoas entrevistadas, 48% responderam que possuíam casas de madeira, 30% de alvenaria e 22% de madeira e alvenaria, as quais classificamos de mista.

**Gráfico 2, 3 e 4:** Índice do número de trabalhadores / Renda familiar / Número de pessoas que habitam a mesma residência, na comunidade do Mont Serrat no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Da amostra coletada referente ao número de pessoas que moram na mesma residência, 31% possuem 4 pessoas morando na mesma casa; 22% possuem 5 pessoas; 17%, 7 pessoas; 13%, 6 pessoas e também 13% com 3 pessoas, ficando 8 ou mais pessoas com um percentual 4%.

Nos gráficos acima, observa-se que em relação ao número de trabalhadores por família, 44% são mantidos por apenas uma pessoa da casa; 35% por 2 pessoas; 13% por 3 pessoas; 4% por 4 pessoas e por último, 4% por 5 pessoas. Sendo que a renda é distribuída da seguinte forma: 43% percebe entre 3 e 4 salários mínimos; 35% entre 1 e 2 salários mínimos; 9% percebe até um salário mínimo; entre 5 e 6 salários, também encontramos um percentual de 9%. Apenas 4% percebem mais de 7 salários mínimos.

**Gráfico 5:** Forma de instalação elétrica das residências da amostra coletada na comunidade Mont Serrat, no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Da amostra entrevistada, 74% possui instalação elétrica através da rede geral (CELESC), ficando 26% clandestinamente, por conta dos rabichos.

**Gráfico 6 e7:** Forma de abastecimento d'água / Tipo de tratamento d'água no domicílio, das famílias entrevistadas da comunidade Mont Serrat no período de maio de 2000.

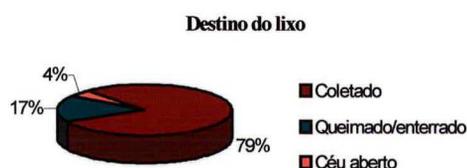


*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Apesar de parecer algo muito comum, percebe-se que na comunidade do Mont Serrat apenas 74% das pessoas entrevistadas recebem água da rede geral (CASAN). Os que não possuem fornecimento através da rede geral somam o montante de 26%, sendo 13% poços e os outros 13% através de caminhão pipa e empréstimos de vizinhos.

Em relação ao tratamento dispensado à água no domicílio, apenas 30% dos entrevistados tratam a mesma antes de bebê-la, fervendo-a, 13% referiu filtrá-la, e 57%, bebe-a sem qualquer tratamento no domicílio.

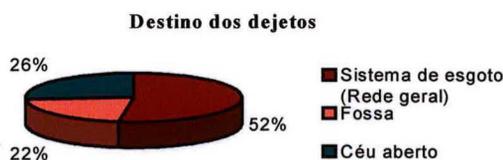
**Gráfico 8:** Destino dado ao lixo pelas famílias entrevistadas na comunidade Mont Serrat no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Dos entrevistados, 79% utiliza a forma de coleta urbana para o destino do lixo, 17% queima ou enterra, e 4% despreza a céu aberto.

**Gráfico 9:** Destino dos dejetos na comunidade Mont Serrat, no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Das pessoas entrevistadas, 52% referiu desprezar seus dejetos através da rede de esgoto, 26% a céu aberto e 22% possui fossa séptica.

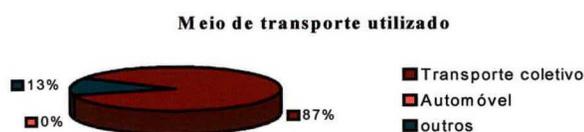
**Gráfico 10:** Tipo de atendimento procurado, em caso de doença, pelas famílias entrevistadas na comunidade Mont Serrat no período de maio de 2000.



**Fonte:** Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.

Pode-se observar que 52% dos 46 entrevistados referem ir diretamente ao hospital em caso de doença; 39% procura a unidade de saúde; 6% procura outras formas de tratamento; e 3% referem ir diretamente a farmácia.

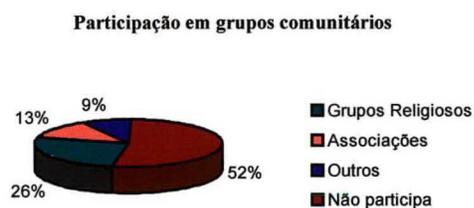
**Gráfico 11:** Meios de transporte utilizado na comunidade Mont Serrat, no período de maio de 2000.



**Fonte:** Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.

Das 46 pessoas entrevistada no Mont Serrat, nenhuma pessoa possuía carro, 13 % andavam a pé ou bicicleta e 87% referiu usar o transporte coletivo.

**Gráfico 12:** Participação, das famílias, em grupos comunitários na comunidade do Mont Serrat no período de maio de 2000.



**Fonte:** Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.

Dos 46 entrevistados, 52% referiu não participar de grupo algum; 26% freqüentam grupos religiosos, 13% fazem parte de associações comunitárias e por último, 9% freqüentam associações em outros locais.

**Gráfico 13:** Atividades de lazer das famílias entrevistadas na comunidade Mont Serrat no período de maio de 2000.



*Fonte: Dados coletados pelos Acadêmicos de Enfermagem durante o estágio.*

Dos entrevistados, 57% referiu o item outros, sendo a maioria a televisão. 17% referiu praticar algum tipo de esporte; 13% sai para dançar; 9% preferem ler e apenas 4% freqüentam os cinemas como forma de lazer.

A realização deste perfil nos permitiu conhecer um pouco mais sobre a realidade da comunidade do Mont Serrat. Nele tivemos a oportunidade de perceber que muitas pessoas dividem um pequeno espaço físico em uma mesma residência, onde apenas um indivíduo é responsável pelo sustento, recebendo uma ínfima remuneração que muitas vezes não atende as suas necessidades básicas. Muitas famílias ainda não dispõem de condições adequadas de saneamento e destino correto para o lixo, deixando estes jogados à céu aberto. Acreditamos ser esta uma comunidade que ainda necessita de ações efetivas no campo da educação em saúde e outros de ordem político-administrativa, que venham proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente, da saúde mental.

**7.7 Objetivo 7.** *Compartilhar com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social e Centro de Saúde os resultados do trabalho desenvolvido.*

**Estratégias:**

1. Entregar uma cópia do relatório final para a Secretaria Municipal de Saúde e para o CS.

Consideramos este objetivo como realizado, pois entregamos aos locais propostos uma cópia ao término do relatório.

**7.8. Atividades não planejadas mas desenvolvidas**

Durante o transcorrer do estágio, realizamos algumas atividades emergentes, que não faziam parte do projeto:

- ◆ Participação em trabalho educativo de higiene bucal realizado na creche da comunidade em conjunto com odontólogo. Este é um trabalho realizado periodicamente, sendo que as crianças que necessitam de alguma avaliação mais minuciosa, são encaminhadas através de agendamento ao CSI. (Foto 17)
- ◆ Participação em vários encontros do AA na comunidade e uma reunião de todos os grupos de Florianópolis a convite do grupo local, como amigos do AA. (anexo 5)
- ◆ Realização de trabalho educativo com aproximadamente 120 crianças de 0 a 12 anos, com os temas saúde bucal, higiene corporal e verminoses. Esse trabalho aconteceu a convite do Centro Cultural Marista, realizadas em três apresentações, sendo uma no período matutino e duas no vespertino. Esse trabalho foi gratificante no sentido que as crianças dessa comunidade foram muito receptivas, interessadas e participativas. (Foto 18)
- ◆ Participação nos dois primeiros encontros para a formação do Conselho Local de Saúde que tem por objetivo acompanhar o desenvolvimento das ações do Conselho Municipal de Saúde e levar as reivindicações da comunidade do Mont Serrat.

- ◆ Trabalho em conjunto com os ACS, que buscaram nossa ajuda, para o preparo de um trabalho educativo referente à saúde bucal, higiene corporal, verminoses, e alimentação, a fim de replicarem na comunidade.
- ◆ Realização de algumas atividades no CSI como consulta de enfermagem ginecológica, realização de curativos, verificação de PA, entrega de medicamentos.
- ◆ Participação da campanha nacional de vacinação, agendada durante o período de estágio, mas que aconteceu durante a realização do relatório.

Essas atividades, como já mencionado anteriormente, não fizeram parte dos objetivos propostos, mas elas foram importantes na medida que oportunizaram uma maior aproximação com a realidade da comunidade. Conforme proposto neste trabalho, buscamos a interação com a ESF permitindo assim uma visualização do cotidiano das famílias e comunidade, uma vez que, a prática dos profissionais de saúde ainda está centrado no atendimento individualizado e curativo. Não estamos negando a importância desta prática, mas se lutarmos por uma verdadeira transformação das condições de miséria e opressão, em que vive a maioria dos seres humanos, devemos trabalhar a saúde de uma forma mais ampla, vendo o indivíduo na família e comunidade.



(Foto 17) Trabalho educativo na creche.



(Foto 18) Trabalho educativo no Centro Cultural

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito ...*

*Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus, não somos o que éramos.”*

*(Martin Luther King)*

Desenvolver este trabalho foi um grande desafio para nós, confessamos não ter sido uma tarefa fácil. Lidar com o tema saúde mental no seu sentido mais amplo, tornava-se complicado a medida que era entendido pela maioria como doença mental. Encontrar literaturas que descrevessem saúde mental foi até certo ponto decepcionante, pois quase todas relacionavam saúde mental como sinônimo de doença mental.

Durante o desenvolvimento da prática assistencial constatamos que a saúde mental não só das famílias trabalhadas, mas de toda comunidade, está diretamente ligada com as condições de vida que esses indivíduos enfrentam, ou seja, nesta comunidade existe um alto índice de desemprego, falta de perspectivas dos jovens que evadem precocemente a escola envolvendo-se com o uso e tráfico de drogas, gerando violência e medo na comunidade.

A realização deste trabalho serviu-nos de base para o fortalecimento do nosso conhecimento teórico e da prática assistencial, proporcionando-nos o aprendizado e a experiência sobre o cuidado com a família e como trabalhar com a comunidade,

possibilitando uma visão mais realista da saúde comunitária. Visão esta que nos é negado na vida acadêmica, onde ficamos basicamente restritos a hospitais, sem termos oportunidade de conhecermos mais profundamente a saúde comunitária.

As experiências no campo de estágio, ajudaram-nos a superar dificuldades e aceitar que somos seres limitados, a compreender que como seres humanos estamos expostos a alegria, ao amor, a enfermidade, a depressão, e a todas as emoções conflituosas especialmente a ambivalência atormentadora de amar e odiar. Aprendemos com Travelbee quando diz que somente enfrentando as situações de crise da nossa condição humana, teremos a oportunidade de crescer e desenvolvermo-nos como autênticos seres humanos.

No decorrer do trabalho, percebemos a importância de um marco referencial para nortear a prática assistencial. Vários foram os momentos em que tivemos a necessidade de parar e avaliar nossas atitudes, isso porque ao trabalhar as relações interpessoais, muitas vezes cometemos erros como atitudes julgadoras e manejos inadequados, contrariando desta forma a nossa proposta. Percebemos também a dificuldade em se trabalhar com uma proposta de educação libertadora já que somos fruto de uma educação bancária. Por mais que lutássemos contra, diversas vezes nos percebermos reproduzindo aquilo que tentávamos mudar.

A experiência deste trabalho, não só nos possibilitou uma maior compreensão da realidade das famílias/comunidade, mas também perceber que além do fatores biológicos, são as relações com meio social que podem levá-las ao patológico. Outro fator de crescimento, foi o trabalho em grupo, a valorização de cada colega e a constatação de três paradigmas, que ao unirem-se, tornaram este trabalho possível.

A estratégia Saúde da Família também foi de grande importância por constituir-se de uma proposta inovadora que aos poucos vem sendo implementada, propondo mudanças no atual modelo de saúde. Nos permitiu o contato direto com os agentes comunitários, que tão generosamente contribuíram para o nosso aprendizado.

Para complementar, tivemos a oportunidade de fazer uma comparação entre o que é idealizado pelo Ministério da Saúde e o que verificamos na realidade do Centro de Saúde I. Com isso pudemos perceber a dificuldade para o desenvolvimento do novo modelo, já que de um lado encontra-se a comunidade que demonstra certa resistência em adaptar-se a tais

mudanças, e do outro, a unidade de saúde que enfrenta dificuldades em criar um elo com a comunidade devido, a alta rotatividade dos profissionais que permanecem por um curto período no CSI para não criarem vínculo empregatício. Estes problemas estão em via de resolução através da contratação e efetivação dos funcionários aprovados no último concurso público. Para fortalecer o vínculo com a comunidade, foi formado o Conselho Local de Saúde, onde fez-se um levantamento dos problemas da comunidade, no qual foram selecionados, por ordem de prioridade, os problemas consensuais das micro-áreas. Estão sendo feitas implementações de ações para resolução levando-se em consideração o que já foi realizado pelo Conselho Comunitário até a presente data. Até o momento ocorreram três reuniões, sendo que na última estiveram presentes representantes de órgãos governamentais, formando-se três comissões: a comissão responsável pelo meio ambiente, a responsável pela segurança e a outra pela educação, esporte e lazer.

Finalizando, acreditamos que vivemos momentos em que a Pedagogia Problematizadora está ganhando notoriedade pelas possibilidades de desenvolver a autonomia dos atores, através da participação no processo, que é a sua própria história. Essa participação traz melhoria de vida, conseqüentemente saúde mental, embutida na transformação operada num contínuo enfrentamento da realidade e não na fantasia de que num dado momento tudo atingirá a perfeição e nenhum problema mais existirá.

#### *Oração da Serenidade*

*Concedei-nos senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar; coragem para modificar aquelas que podemos, e sabedoria para distinguirmos umas das outras.*

*(Autor desconhecido)*

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUER, Cilane E., OLIVEIRA, Noélia F. de, SCHWARTZ, Simone A. **Assistência de enfermagem ao cliente psicótico e familiares a nível ambulatorial e/ou domiciliar na busca do resgate da cidadania, reintegrando-o no seu contexto social.** Florianópolis, 1998. 83 p. (Trabalho de conclusão de curso) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1998. 36 p.

BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem - ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente.** Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Tradução por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zattar editores, 1980. 323 p. Tradução de: Principles of preventive psychiatry.

CARVALHO, Maria do C.B. de. A priorização da família na agenda da política social. In: CARVALHO (org) **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC, 1995 p. 11-21.

- CAMPOS, Alminda Del Corsi F.C et al. **A enfermagem na violência contra a mulher.** Disponível na internet. [www.hospvirt.org.br/enfermagem/index.html](http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/index.html), 2000.
- CORSO, Daniela C., SCHWERZ, Silvia. **Buscando a educação e a saúde com as gestantes/família na estratégia de saúde da família em uma comunidade de Florianópolis.** Florianópolis, 1999. 150 p. (Trabalho de conclusão de curso) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- CUNHA, A. Diana. **As utopias na educação:** ensaio sobre as propostas de Paulo Freire. 2 ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1985.
- D'ANDREA, Flávio F. **Transtornos psiquiátricos do adulto.** 4ª ed. Rio de Janeiro: editora Bertrand, 1990. 232 p.
- ELSEN, Ingrid, cols. **A enfermagem e a família:** bases para seu desenvolvimento. Florianópolis, 1998, 30p. (mimeo).
- ESMERALDINO, Alessandra de Quadra. **Propondo um trabalho educativo em conjunto com a família de crianças desnutridas em uma comunidade de Florianópolis.** Florianópolis, 1998. (Projeto de Conclusão da VIII Unidade Curricular) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FENILI, Rosangela Maria. **Desvelando necessidades contrárias através da assistência de enfermagem ao cliente psiquiátrico.** Florianópolis: 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- GEORGE, Júlia B e et al. **Teorias de enfermagem.** Tradução por: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.338 p. Tradução de: Nursing Theories - the base for professional nursing practice.
- GODOTTI, Moacir. **Paulo Freire:** uma bibliografia. São Paulo: Cortez, 1996.

- GRÜDTNER, Dalva Irany. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família:** uma experiência na disciplina de Enfermagem Cirúrgica. Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- HEIDEMANN, Ivonete T. S. B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida:** uma alternativa. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin, J., GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169.p.
- KAWAMOTO, Emilia Emi. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: EPU, 1985.
- LAGRANHA, Michela L., SELL, Sandra E., STAHELIN, Fabíola A. **Prevenindo a violência contra crianças e adolescentes através da relação interpessoal, orientado pelo referencial teórico de Joyce Travelbee.** (Trabalho de conclusão de curso) Curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Larousse cultural:** grande dicionário da língua portuguesa. 1 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1999. 928 p.
- MELEIS, Afaf I. **Theoretical nursing: development & progress.** 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia : Lippincott-Raven publishers, 1997. 665 p.
- NERY, Maria da S e VANZIN, Arlete S. **Enfermagem em saúde pública:** fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzatto, 1998. 147 p.
- PEREIRA, Gilza Saudre. **O profissional de saúde e a educação em saúde;** representação de uma prática. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Fio Cruz.

- ROS, Marco Aurélio da. **Políticas de Saúde**: treinamento introdutório para Enfermeiros Supervisores de Agentes Comunitários de Saúde do Município de São José, 21 – 25 de fevereiro de 2000. Notas de Aula. (Mímeo).
- SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM E COMÉRCIO (Brasil). **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro, 1996. 112 p.
- SANTOS, Rosilda dos. **Saúde da família**: possibilidades e limites para viabilização do PSF na região do Monte Cristo. Florianópolis, 1998. 126 p. (Trabalho de conclusão de curso) Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SHIVES, Louise R. **Basic concepts of psychiatric-mental health nursing**. 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1994. 672 p.
- SOUZA, Herbert de, RODRIGUES, Carla. **Ética e cidadania**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Moderna, 1994.
- SOUZA, João Ferreira de. e COLS. **Comunidade Mont Serrat - memórias**: a caminhada de gente que faz e conta a sua história. Florianópolis-SC, 1992, 31p. Trabalho não publicado.
- SOUZA, Maria Aparecida. **Ações do Centro de Saúde I Mont Serrat**. Florianópolis - SC, 1999, 4p. Trabalho não publicado.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermería psiquiátrica**: el proceso de la relación de persona. 2<sup>a</sup> ed. Colômbia: Carvajal, 1979.
- VASCONCELOS, Eymard M. **A priorização da família nas políticas de saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 23, n.53, p.6-19, set/dez. 1999.
- WAGNER, Hamilton Lima. **Princípios do Programa de Saúde da Família**. Disponível na internet. [www.terravista.com.br](http://www.terravista.com.br). 24 de maio de 2000.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

## ANEXO 2

---

---

**POLO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
NÚCLEO DE CAPACITAÇÃO N.1 – FLORIANÓPOLIS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Ana Lúcia Drehmer participou do Treinamento Introdutório para Enfermeiros Supervisores de Agentes Comunitários de Saúde no município de São de José, no período de 21 a 25 de Fevereiro de 2000, com carga horária de 40 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2000

  
Ivonete T.S.B. Heidemann

Coordenadora do Núcleo 1/UFSC do Polo/SC do PSF/MS

**POLO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
NÚCLEO DE CAPACITAÇÃO N.1 – FLORIANÓPOLIS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Elenice Loch de Oliveira participou do Treinamento Introdutório para Enfermeiros Supervisores de Agentes Comunitários de Saúde no município de São de José, no período de 21 a 25 de Fevereiro de 2000, com carga horária de 40 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2000



Ivonete T.S.B. Heidemann

Coordenadora do Núcleo 1/UFSC do Polo/SC do PSF/MS

**POLO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
NÚCLEO DE CAPACITAÇÃO N.1 – FLORIANÓPOLIS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Júlio César de Almeida Fogliatto participou do Treinamento Introdutório para Enfermeiros Supervisores de Agentes Comunitários de Saúde no município de São de José, no período de 21 a 25 de Fevereiro de 2000, com carga horária de 40 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2000



Ivonete T.S.B. Heidemann

Coordenadora do Núcleo 1/UFSC do Polo/SC do PSF/MS

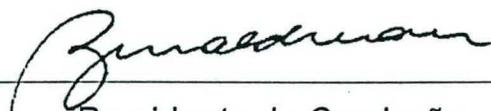
## ANEXO 3

# Associação Brasileira de Enfermagem

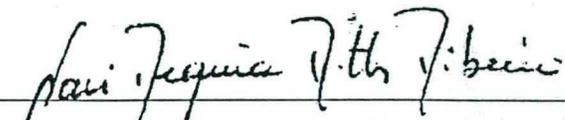
11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

## CERTIFICADO

Certificamos que *Ana Lúcia Drehmer* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de autora do trabalho *Relato da Experiência de Trabalhar a Saúde Mental, dentro da Estratégia de Saúde da Família, numa Comunidade de Florianópolis.*



Presidente da Comissão  
Organizadora do 11º ENFSUL



Coordenadora da Sub-Comissão de  
Temas do 11º ENFSUL

# Associação Brasileira de Enfermagem

11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

## CERTIFICADO

Certificamos que *Ana Lúcia Drehmer* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de membro efetivo.



Presidente da Comissão  
Organizadora do 11º ENFSUL



Coordenadora da Sub-Comissão de  
Temas do 11º ENFSUL

# Associação Brasileira de Enfermagem

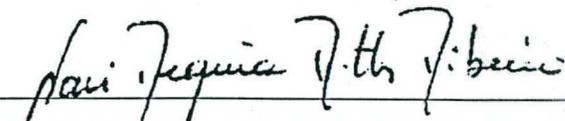
11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

## CERTIFICADO

Certificamos que *Elenice Loch Oliveira* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de autora do trabalho *Relato da Experiência de Trabalhar a Saúde Mental, dentro da Estratégia de Saúde da Família, numa Comunidade de Florianópolis.*



Presidente da Comissão Organizadora do 11º ENFSUL



Coordenadora da Sub-Comissão de Temas do 11º ENFSUL

# Associação Brasileira de Enfermagem

11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

## CERTIFICADO

Certificamos que *Elenice Loch de Oliveira* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de membro efetivo.



Presidente da Comissão Organizadora do 11º ENFSUL

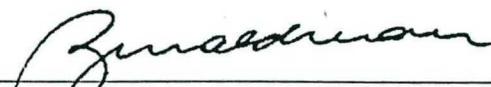


Coordenadora da Sub-Comissão de Temas do 11º ENFSUL

**Associação Brasileira de Enfermagem**  
11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

**CERTIFICADO**

Certificamos que *Júlio César A. Fogliatto* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de autor do trabalho *Relato da Experiência de Trabalhar a Saúde Mental, dentro da Estratégia de Saúde da Família, numa Comunidade de Florianópolis.*

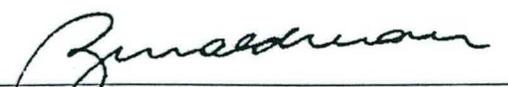
  
Presidente da Comissão  
Organizadora do 11º ENFSUL

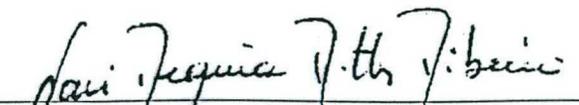
  
Coordenadora da Sub-Comissão de  
Temas do 11º ENFSUL

**Associação Brasileira de Enfermagem**  
11º Encontro de Enfermagem da Região Sul - ENFSUL

**CERTIFICADO**

Certificamos que *Júlio César de Almeida Fogliatto* participou do 11º ENFSUL, nos dias 6 e 7 de julho de 2000, no Centro de Eventos Plaza São Rafael, em Porto Alegre, na qualidade de membro efetivo.

  
Presidente da Comissão  
Organizadora do 11º ENFSUL

  
Coordenadora da Sub-Comissão de  
Temas do 11º ENFSUL

## ANEXO 4

# PROCESSO DE ENFERMAGEM

## 1. Investigação temática / Observação

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Interpretação / Tematização (codificação e decodificação)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 3. Tomada de decisão / Redução temática

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Avaliação

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 5

**ALCOÓLICOS ANÔNIMOS** é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há necessidade de pagar taxas ou mensalidades; somos auto-suficientes, graças às nossas próprias contribuições.

A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum partido político, nenhuma organização ou instituição, não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apoia nem combate quaisquer causas.

Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade.

Direitos autorais de The A.A. Grapevine,  
Inc; publicado com permissão.

## CONVITE

A Central de Serviços de Alcoólicos Anônimos de Santa Catarina, através do seu Comitê Trabalhando com os Outros - CTO, tem a honra de convidá-lo(a) a participar da IIª REUNIÃO DE INFORMAÇÃO AO PÚBLICO DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS.

**LOCAL:** Auditório do SENAC

**ENDEREÇO:** Rua Silva Jardim, 360 - Praia - Florianópolis

**DIA:** 07/06/2000

**HORÁRIO:** 20:00 hs.

# QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

## IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

### 1. Tipo de casa:

Alvenaria                       Madeira                       Mista                       Outros

### 2. Número de trabalhadores na família:

1             2             3             4             5             + de 5

### 3. Renda familiar em salários mínimos:

1             2             3             4             5             + de 5

### 4. Número de pessoas que moram na residência:

1             2             3             4             5             + de 5

### 5. Instalação de energia elétrica:

Rede geral                       Rabicho                       Ausente                       Outros

### 6. Abastecimento de água:

Rede geral                       Poço                       Nascente                       Outros

### 7. Tratamento da água no domicílio:

Filtrada                       Fervida                       Clorada                       Sem tratamento

### 8. Destino do lixo:

Coletado                       Queimado/enterrado                       Céu aberto                       Outros

### 9. Destino dos dejetos:

Rede geral                       Fossa séptica                       Céu aberto                       Outros

### 10. Em caso de doença procura:

Hospital                       Centro de Saúde                       Farmácia                       Outros

### 11. Meios de transporte utilizado:

Ônibus                       Carro                       Bicicleta                       Outros

### 12. Participação em grupos comunitários:

Cooperativas                       Grupos religiosos                       Associações                       Outros

### 13. Atividades de lazer:

Esportes                       Dança                       Leitura                       Cinema                       Outros



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Considerando que os alunos Ana, Elenice e Júlia procuraram realizar as correções seguidas pela banca examinadora neste relatório, principalmente nos itens de revisão de literatura, metodologia, objetivos, resultados/análise e considerações finais, manifestando meu parecer favorável de aprovação. Sugiro ainda, que os mesmos realizem a publicação dos dados que não foram aprofundados, como a análise da prática dos objetivos propostos conforme referencial metodológico, que devido a limitação de tempo e natureza do trabalho não foi possível, mas considero de fundamental importância. Além disso, gostaria de ressaltar a importância da leitura desse relatório para alunos e profissionais que desejam desenvolver trabalhos de prevenção de saúde mental junto a indivíduos, famílias e comunidade.

Luizete S. S. Bus Heidemann