

ABORDAGEM QUALITATIVA EM SAÚDE MENTAL: PARTE I - CONTEXTO, CONCEITUAÇÃO E METODOLOGIA*

Cecília Cruz Villares**

VILLARES, C. C. Abordagem qualitativa em saúde mental: Parte I - contexto, conceituação e metodologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 2, p.55-61, maio / ago., 1998.

RESUMO: A abordagem qualitativa em saúde mental desponta como importante recurso para a condução de estudos que permitam investigar questões não abordadas de maneira adequada através de metodologias tradicionais, quantitativas. Essas questões referem-se fundamentalmente aos processos e aos significados subjetivos da experiência das doenças, compreendendo-se estas como vivências construídas num determinado contexto cultural. O artigo situa tal abordagem no contexto do pensamento sistêmico e apresenta as principais formulações conceituais e metodológicas para o delineamento de pesquisas qualitativas em saúde mental, salientando principalmente as contribuições da perspectiva antropológica nesse campo. Estas considerações iniciais visam introduzir parâmetros para, numa segunda parte deste trabalho examinarmos a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional, propondo questões de estudo nesse campo.

DESCRITORES: Saúde mental. Pesquisa. Terapia ocupacional, tendências.

INTRODUÇÃO

ABORDAGEM QUALITATIVA NO CONTEXTO DA MUDANÇA DE PARADIGMA

A idéia da abordagem qualitativa no campo da saúde mental durante muito tempo esteve associada às teorias e técnicas psicanalíticas ou às intervenções alternativas, “holistas”, guiadas sobretudo por conceitos da filosofia e medicina oriental ou por técnicas tradicionais de cura espiritual. Estas

posições, numa estratégia de minoria, disseminaram-se principalmente através da resistência, rejeição ou confronto aos métodos quantitativos das ciências biomédicas. A integração de abordagens parecia uma tarefa impossível diante da evidente divergência entre seus modelos epistemológicos fundamentais.

A partir da década de 70, entretanto, foi tomando corpo uma nova visão da ciência, movida, inicialmente, por uma crise de percepção global (CAPRA)³. Segundo o autor, os principais critérios do pensamento sistêmico

* Artigo extraído da Dissertação de mestrado da autora: *Representações de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia*. São Paulo, 1996. Pós-graduação em saúde mental da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, EPM-UNIFESP.

** Terapeuta Ocupacional. Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, EPM-UNIFESP. Professor Supervisor de estágios profissionalizantes na área de saúde mental, do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Cecília Cruz Villares. Departamento de Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, EPM-UNIFESP. R. Botucatu, 740 – 3º andar. 04023-900. São Paulo, SP. e-mail: cvillares@psiquiatria.epm.br.

começaram a ser formulados a partir da década de 30 por cientistas em áreas tão diversas quanto a física quântica, a biologia orgânica, a psicologia da Gestalt e a ecologia (CAPRA, 1996, p. 46)⁴. Entretanto, somente nas duas últimas décadas estes conceitos-chave puderam ser integrados num campo de conhecimento transdisciplinar. Nesse contexto, o pensamento sistêmico emergiu como um novo paradigma a possibilitar a compreensão dos organismos vivos, das comunidades, da natureza e dos sistemas organizacionais em geral.

Da constatação que os pilares do modelo científico dominante – analítico, mecanicista, reducionista e objetivo, não podiam explicar a totalidade de determinados fenômenos e processos, foi se construindo um campo de conhecimento baseado no conceito de rede, ou “teia”, segundo CAPRA⁴, em que o modelo do todo formado por partes ou elementos analisáveis separadamente foi substituído pelo modelo de padrões numa teia complexa e inseparável de relações. Assim, processou-se uma mudança de olhar, da análise objetiva de elementos isolados e suas funções, para a compreensão da organização dinâmica da relação numa rede integrada.

Na perspectiva sistêmica, todo conhecimento é processual e contextualizado. A realidade é sempre um recorte do observador e o método de questionamento, ou a epistemologia, é “...parte integral das teorias científicas”(CAPRA, 1996, p.49)⁴. Ou seja, na descrição dos fenômenos inclui-se a compreensão do processo do conhecimento, que será sempre aproximado, provisório e limitado. Esse enquadre sistêmico veio possibilitar às ciências biomédicas utilizarem conceitos e métodos de investigação tradicionais no campo das ciências sociais e particularmente da abordagem antropológica, essencialmente qualitativa.

No Brasil, este é um campo de estudo incipiente. Em trabalhos de revisão sobre a produção de estudos antropológicos realizados na área da saúde nas duas últimas décadas, QUEIROZ & CANESQUI¹⁸ e CANESQUI² observaram que as questões específicas às doenças mentais têm sido investigadas preferencialmente através de análises sócio-políticas sobre as representações da doença, as instituições assistenciais tradicionais e alternativas, e as práticas de cura, principalmente em sua articulação com os sistemas religiosos.

Embora incipiente, a pesquisa qualitativa aponta como uma tendência importante nas ciências da saúde, e a terapia ocupacional terá muito a contribuir e a

crescer nesse movimento. Para lançar a questão, procuramos aqui introduzir aspectos conceituais e metodológicos fundamentais da abordagem qualitativa em saúde mental. A intenção desse trabalho é apresentar e delimitar questões essenciais, para numa segunda parte examinar alguns estudos desenvolvidos no campo da terapia ocupacional, buscando colaborar para a criação de uma tradição de pesquisa qualitativa brasileira nesta área específica.

A ABORDAGEM QUALITATIVA: ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

A abordagem qualitativa de uma questão ou fenômeno é uma forma de estudo tradicional das ciências sociais e não se resume a uma única estratégia metodológica de investigação. PATTON¹⁷ apresentou a abordagem qualitativa como um modelo de investigação em oposição ao modelo quantitativo experimental, caracterizado por três elementos principais:

- ♦ *uma forma de investigação naturalista*, ou seja, realizada no ambiente natural onde o fenômeno estudado acontece;
- ♦ *uma perspectiva holista*, essencialmente preocupada com uma interpretação abrangente e contextualizada dos fatos observados; e
- ♦ *uma aproximação indutiva das questões estudadas*, de forma que as interpretações vão levando à construção de hipóteses que podem gerar novos temas para investigação e podem ou não confirmar as teorias existentes na literatura a respeito do tema estudado.

MINAYO & SANCHES¹⁶ (1993, p. 247) entretanto, argumentaram que, do ponto de vista metodológico, as abordagens qualitativas e quantitativas não apresentam oposição ou continuidade, pois “...são de natureza diferente”. O qualitativo, segundo esses autores, se dá no campo subjetivo e simbólico e trabalha “...com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.”

WILLMS & JOHNSON²⁴ afirmaram que um elemento fundamental da abordagem qualitativa é o pesquisador como seu próprio instrumento de pesquisa. Isso significa que tal forma de abordagem considera fundamental a subjetividade envolvida na aproximação do pesquisador aos dados a serem coletados, ou seja, não existe a possibilidade de controle da situação experimental nem a busca da objetividade na

manutenção de um distanciamento e neutralidade na condução do estudo.

A abordagem qualitativa não propõe, contudo, uma compreensão dos fenômenos estudados segundo as referências pessoais do investigador. Segundo MINAYO & SANCHES¹⁶, o pesquisador deve adotar uma perspectiva dialética que, além de buscar os significados e as estruturas dos fenômenos, considere todo o processo da investigação dentro do próprio contexto social analisado, mantendo dessa forma uma constante consciência crítica.

Segundo SPENCER²¹, a tradição de pesquisa qualitativa desenvolve-se a partir das escolas de filosofia alemãs do século XIX, particularmente com as idéias de Wilhelm Dilthey sobre a diferença entre a investigação da experiência humana e o estudo dos fenômenos e objetos externos, pelas questões de significado envolvidas no estudo da subjetividade. Essa tradição, afirmou a autora, persiste até hoje e orienta as metodologias de estudo em áreas tão diversas quanto a antropologia, a psicologia, a educação e as ciências da saúde. Nesses campos diversos de investigação, a abordagem qualitativa estrutura-se em metodologias específicas, mas sempre mantendo o objetivo central de investigar as questões a partir da perspectiva do sujeito, da natureza ou do contexto do fato pesquisado.

Assim, qualquer que seja a metodologia empregada no enquadre qualitativo, o pesquisador não trabalha num ambiente controlado, não manipula variáveis estritamente definidas e nem parte de uma hipótese a ser testada; ele utiliza um campo teórico de referência e formula questões gerais para orientá-lo na produção dos dados. Durante o processo de análise destes, constrói hipóteses plausíveis, que poderão ser posteriormente testadas, seja através de métodos quantitativos, seja por meio de novos estudos qualitativos.

VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE EM PESQUISA QUALITATIVA

A dimensão do modelo qualitativo de investigação invariavelmente coloca a questão de como avaliar a reprodutibilidade e a validade em estudos de tal natureza. Essa avaliação é certamente mais complexa nesse tipo de abordagem, uma vez que o estudo qualitativo trata fundamentalmente de significados e processos e não de medidas, e os dados produzidos na elaboração da análise são apresentados de forma descritiva e não numericamente (SCHMERLING et al.)²⁰.

Existem, entretanto, meios de se assegurar padrões de reprodutibilidade e validade em estudos qualitativos. Nesse sentido, afirmam tanto WILLMS & JOHNSON²⁴ como PATTON¹⁷, o pesquisador deve respeitar certos parâmetros de qualidade na condução do estudo, em aspectos que envolvem a coerência do modelo teórico de referência, através de procedimentos de investigação que garantam boa qualidade descritiva, análise cuidadosa e aprofundada e a manutenção da conduta holista e indutiva no processo do estudo.

KUZEL & LIKE¹⁵ descreveram vários métodos para testar a validade e a reprodutibilidade em estudos qualitativos na área da saúde. Esses procedimentos incluem, por exemplo:

- ♦ realização de coleta de dados similares por mais de um pesquisador para a avaliação da reprodutibilidade entre pesquisadores;
- ♦ observações de fenômenos semelhantes em diferentes ocasiões pelo mesmo pesquisador, para avaliação da reprodutibilidade intra-observador;
- ♦ comparação de resultados obtidos através de diferentes métodos de estudo, por exemplo, em observações e entrevistas ou observações e grupos focais, para a avaliação da validade convergente;
- ♦ comparação de dados obtidos através de métodos qualitativos com dados obtidos através de algum método quantitativo;
- ♦ diálogo com o informante, através do qual o pesquisador devolve a ele suas interpretações e verifica se estas fazem sentido do ponto de vista do informante; e
- ♦ busca de evidências que desafiem as interpretações decorrentes de um determinado estudo, ou de confirmações em relação às teorias existentes.

Estes procedimentos ilustram algumas estratégias que podem conferir credibilidade e autenticidade a um estudo qualitativo.

WILLMS & JOHNSON²⁴ listaram também vários procedimentos semelhantes denominando-os estratégias de triangulação, divididas em quatro tipos: triangulação de dados, do pesquisador, de métodos e de perspectivas, ou de teoria. Tais procedimentos não pretendem de forma alguma anular a influência do caráter subjetivo de um estudo qualitativo, pois essa é uma qualidade inerente a tal forma de inquirição. Essas condutas são, ao contrário, uma forma de conferir credibilidade a tais pesquisas e proporcionar que outros pesquisadores possam criticá-las, reproduzi-las e compará-las ampliando, assim, as interpretações e

desvendando semelhanças ou divergências entre os achados resultantes de um determinado estudo.

A ANÁLISE ANTROPOLÓGICA COMO UMA FORMA ESPECÍFICA DE ABORDAGEM QUALITATIVA EM SAÚDE MENTAL

A antropologia cultural possui uma sólida tradição de pesquisa naturalista, sistematizada em vários métodos de produção e análise de dados. Etnografia, observação participante, descrição densa, entrevistas em profundidade, grupos focais, análise de narrativas, são as principais estratégias metodológicas desenvolvidas em estudos antropológicos de grupos ou sub-grupos culturais. No campo da saúde mental esta perspectiva propõe, basicamente, uma análise cultural das doenças mentais, a partir do conhecimento de tal fenômeno do ponto de vista do leigo, num determinado contexto social e cultural. Tal perspectiva, também denominada visão *emic*⁽¹⁾ promove a integração de conceitos pertinentes aos enfoques sociais e culturais ao campo de conhecimento da psiquiatria, por exemplo, nas questões de conceito, diagnóstico, curso e tratamento das doenças mentais.

KLEINMAN¹¹ afirmou que essa integração se dá através do trabalho de aproximação das leituras populares e científicas de determinado fenômeno, quando se confrontam o conhecimento nativo com as interpretações do pesquisador. Segundo o autor, tal movimento possibilita a emergência de uma leitura mais válida (ainda que incompleta) da elaboração cultural das experiências pessoais, abrindo espaço para a integração das narrativas, dos significados e do conhecimento expresso nessas experiências, às hipóteses científicas e enfoques pertinentes aos processos biológicos.

Ao tratar de aspectos conceituais e enfatizando sempre as questões de significado e contexto, a antropologia faz uma distinção precisa entre os termos *disease* e *illness*, aqui traduzidos por *distúrbio* e *doença* (para uma discussão a respeito da tradução ver

VILLARES²³). Nas primeiras elaborações a esse respeito, KLEINMAN et al.¹³ definiram *distúrbio* (disease) como uma formulação conceitual representando as alterações, disfunções ou patologias dos processos biológicos e psicofisiológicos do organismo e *doença* (illness) como representante do conjunto de reações e experiências pessoais e sociais relativas ao processo vivido. Nessa formulação inicial, *distúrbio* foi concebido como a leitura da doença a partir de um enquadre biomédico, (KLEINMAN)⁸ e *doença* como a maneira de cada indivíduo, em seu meio cultural, reconhecer, nomear, comunicar e lidar com o fenômeno. Distúrbio e doença seriam, então, componentes conceituais de um fenômeno maior denominado *sickness*⁽²⁾.

O conceito de distúrbio foi posteriormente reformulado por KLEINMAN⁹ baseando-se em contribuições de KLEINMAN & HAHN¹⁴, para abranger não somente o aspecto da leitura biomédica da doença, mas toda reconstrução ou interpretação *técnica* da doença por qualquer indivíduo imbuído de uma abordagem terapêutica. Nesse contexto inclui-se a compreensão da doença por um médico ou outro profissional da saúde e também a interpretação do mesmo fenômeno por um religioso ou por um curandeiro tradicional. Estes autores sustentaram esta proposição argumentando que todas as interpretações das doenças são socialmente construídas, independente de uma posição teórica ou ideológica. Assim, não se excluem os determinantes culturais que também sustentam o modelo biomédico das doenças.

KLEINMAN⁸ também contribuiu para a sistematização da análise antropológica em saúde desenvolvendo o conceito de *modelos explanatórios* para descrever o conjunto de crenças sobre a doença formulada por indivíduos em uma determinada cultura. Segundo o autor, estes constituem-se por processos cognitivos e comunicacionais construídos para, de alguma forma, ordenar e dar significado à experiência de uma determinada doença. Os modelos explanatórios

⁽¹⁾ *Emic* e *Etic* são duas formas de abordagem, ou visão, dos fenômenos culturais. Esta denominação foi sugerida por PIKE (apud FAVAZZA & OMAN, 1984, p.31-2)⁵, emprestando a distinção empregada nos estudos lingüísticos entre *fonêmica* (phonemics) - sistema descritivo dos sons numa cultura, e *fonética* (phonetics) - sistema descritivo dos sons em todas as culturas. A abordagem *etic* estuda os comportamentos a partir de fora do sistema cultural e as estruturas são determinadas pelo investigador que estabelece os critérios para análise. A abordagem *emic* estuda os comportamentos a partir de dentro da cultura, procurando desvendar quais são as estruturas relevantes aos membros da cultura, seus critérios de classificação e conceitualização.

⁽²⁾ Nesse contexto, a melhor tradução para "sickness" seria "enfermidade". Apesar de considerarmos esta formulação conceitualmente coerente evitaremos o uso de tais termos porque "sickness" é um termo também bastante genérico, empregado frequentemente com o significado de "mal-estar". "Enfermidade", por sua vez, é um termo anacrônico, em desuso na literatura clínica atual.

não são, entretanto, equivalentes às crenças mais gerais sobre a doença, uma vez que tais noções, atreladas às ideologias de saúde de determinado sistema, existem previamente e independente da experiência da doença; os modelos explanatórios são elaborados em resposta a situações específicas, sendo por isso heterogêneos, ambíguos e instáveis, variando mesmo dentro de um determinado grupo cultural conforme se modificam as reações à experiência e ao contato entre o doente, seus familiares e conhecidos, e os profissionais de saúde. Relacionam-se, entretanto, freqüentemente às concepções de tratamento e funcionam como elementos de controle e avaliação da evolução dos processos vividos, tanto para significá-los como para tentar prever seu desfecho. A abordagem dos modelos explanatórios, afirmou KLEINMAN⁸, pode fornecer um enquadre teórico para a interpretação das experiências vividas por pacientes e familiares conforme elas são traduzidas em afirmações e caminhos para tentar lidar com a doença. Mas além da importância analítica, possuem também um aspecto clínico e pedagógico relevante, como um instrumento de compreensão das necessidades e preocupações de pacientes e familiares em um determinado sistema de prática clínica.

O modelo explanatório proposto por KLEINMAN⁸, em 1980, têm sido criticado em sua formulação como um conjunto de asserções determinado por uma orientação causal e destinado a encaminhar aspectos práticos da doença, tais como estratégias de convivência e manejo do tratamento. YOUNG²⁵ (1982, p.272) afirmou que tal modelo privilegia uma forma predominante de conhecimento teórico-racional e desconsidera que a complexidade e a ambigüidade das concepções populares de doença se devem ao que propõe como uma “justaposição de diferentes tipos de conhecimento”, em que os componentes emocionais são tão decisivos para tal processo de elaboração quanto os aspectos cognitivos lógico-racionais. RHODES¹⁹ (1984, p.49), seguindo a mesma linha de análise, argumentou que o conceito de modelo explanatório pressupõe que as estruturas cognitivas preexistentes são elementos fundamentais para a compreensão e a expressão dos conceitos e das atitudes frente à doença, quando na realidade o que se observa são afirmações construídas menos através de explicações e mais a partir de vivências subjetivas. A autora sugeriu que a investigação das *metáforas* utilizadas na expressão das percepções da doença podem auxiliar a compreensão de tais processos em que o essencial são as tentativas

de “fazer sentido” engendradas numa perspectiva menos racional, teórica ou objetiva, e mais experiencial.

Os estudos atuais na área da antropologia médica têm adotado uma perspectiva fenomenológica que privilegia a investigação dos processos e estruturas de significação da experiência subjetiva em determinado contexto cultural. As discussões e discordâncias entre os modelos propostos são a melhor tradução do pensamento sistêmico aplicado: não há uma hipótese a ser rejeitada e outra a ser provada verdadeira. A verdade é um recorte composto pelas narrativas e olhares, em um determinado tempo/espaço; o esforço constante de definição e redefinição do que se vê vai desvendando as múltiplas possibilidades, sem no entanto fixar nenhuma como a definitiva ou fundamental.

ETNOGRAFIA

A etnografia, difusamente definida como método ou técnica é, essencialmente, a forma básica de abordagem em antropologia cultural. Constitui-se na observação, descrição e análise dos sistemas culturais a partir do ponto de vista de seus integrantes. É importante salientar que o conceito de cultura adotado nesta perspectiva foi proposto por GEERTZ⁶, como um contexto, ou sistema simbólico. Dentro desta ótica, JENKINS & KARNO⁷ (1992, p.10) definiram cultura como “...um contexto coerente e generalizado de símbolos e significados compartilhados, que os indivíduos dinamicamente criam e recriam para si próprios no processo de interação social”. Esta relação dinâmica, também descrita como uma interação dialética entre o social e o pessoal (KLEINMAN, 1988, p.3)¹¹, cria a experiência e é a fonte do pensamento, das emoções e da ação.

A etnografia, como interpretação descritiva do fluxo de um discurso ou realidade social, tenta, segundo GEERTZ⁶ (1973, p.20), “...resgatar o ‘dito’ de tal discurso de sua condição perecível e fixá-lo em termos cuidadosamente descritivos”. Para cumprir este objetivo, a etnografia deve, necessariamente, ser microscópica. Entretanto, esse enfoque descritivo a partir de uma abordagem de conhecimento “familiar” de pequenas questões não é, ao contrário da abordagem clínica, individualizado. A etnografia aproxima-se do método clínico em sua descrição cuidadosa e aprofundada dos fenômenos observados, porém sempre inserida num contexto definido por KLEINMAN¹² como “local world”, ou seja, no universo de relações e

experiências constituintes de determinado grupo cultural e social. Assim, o foco principal do estudo etnográfico é a realidade social de determinado grupo e não a subjetividade individual.

A etnografia tem se mostrado um valioso instrumento para pesquisas qualitativas na área da saúde mental, podendo complementar e enriquecer dados obtidos através de estudos quantitativos. SPRADLEY²², KLEINMAN¹² e ALMEIDA-FILHO et al.¹, por exemplo, delinearam estratégias metodológicas específicas para a investigação antropológica na área de saúde mental. SPRADLEY²² e KLEINMAN¹², descreveram uma forma de abordagem etnográfica dirigida a um campo específico de investigação e, portanto, mais estreitamente focada, a qual denominaram micro-etnografia e mini-etnografia respectivamente.

ALMEIDA-FILHO et al.¹ recentemente descreveram um modelo metodológico abrangente para estudar a doença mental enquanto um fenômeno cultural concebido por “sistemas de sinais, significados e práticas” (p. 13). A fundamentação teórica do método buscou integrar as aproximações da fenomenologia, da hermenêutica e da praxiologia, seguindo quatro princípios básicos:

- ♦ existe uma “dialética de indeterminação mútua” entre o objeto de estudo e a metodologia de pesquisa, que determina o processo de construção-reconstrução do objeto de estudo;
- ♦ observa-se uma mediação dinâmica, pela práxis científica, entre o objeto do conhecimento e o

método;

- ♦ a validade de um estudo qualitativo é sempre relativa à questão em estudo; e
- ♦ todos os agrupamentos humanos, as comunidades científicas incluídas, constroem, dentro de um contexto e história, um “...significativo e original mundo estrutural” para “...interpretar realidades, enquadrar experiências e gerar práticas” (p. 6).

Estes autores salientam que a análise dos dados *produzidos* num estudo etnográfico só faz sentido se ancorada na descrição do contexto social e cultural do fato ou fenômeno estudado. O uso da expressão ‘produção’ de dados ao invés de coleta de dados é deliberado, e visa enfatizar uma técnica de pesquisa derivada de um referencial teórico construtivista e hermenêutico. Dessa maneira, postula-se que os dados não são elementos objetivos, mas sim interpretações, ou construções, expressas através do discurso e no contexto da relação entre o pesquisador, o sujeito pesquisado e o próprio método do estudo.

É fundamental saber que as conceitualizações, as imagens, tudo o que se pensa e sente a respeito de determinado campo de experiências vivenciais está ao mesmo tempo apoiado e envolto numa rede de símbolos, significados, normas e estruturas que consciente ou inconscientemente orientam tal forma de conhecimento. Dessa forma, a abordagem antropológica das doenças mentais envolve, fundamentalmente, a importante questão sobre a possibilidade de se alcançar a experiência do outro, no contato promovido pelo encontro etnográfico.

VILLARES, C. C. Qualitative research in mental health: Part I - Issues of context, conceptualization and change. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 2, p. 55-61, maio / ago., 1998.

ABSTRACT: Qualitative research in mental health rises as an important resource in studies investigating questions not properly addressed by traditional, quantitative modes of inquiry. These questions refer mainly to the processes and the subjective meaning of illness experience. The anthropological perspective that orient this frame of reference proposes the understanding of illness as a cultural construction. Within the systemic context, the paper poses conceptual and methodological topics that help delineate qualitative research in mental health, acknowledging the main contributions of medical anthropology to the field. This paper is intended to introduce parameters for discussion of qualitative research in occupational therapy, to be brought in the second part of this project.

KEY WORDS: Mental health. Research. Occupational therapy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA-FILHO, N., CORIN, E., BIBEAU, G. *The systems of signs, meanings and practices related to mental health: from epistemology to methodology*. Mimeo, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. [no prelo]
2. CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES., P. C., MINAYO, M. C., org. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. p. 13-32.
3. CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo : Cultrix, 1987.
4. CAPRA, F. *A teia da vida*. São Paulo : Cultrix, 1996.
5. FAVAZZA, A. R., OMAN, M. Overview: foundations of cultural psychiatry. In: MEZZICH, J. E., BERGANZA, C. E., ed. *Culture & psychopathology*. New York : Columbia University Press, 1984. p. 15-35.
6. GEERTZ, C. *The interpretation of cultures*. New York : Basic Books, 1973.
7. JENKINS, J. H., KARNO, M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am. J. Psychiatr.*, v. 149, p. 9-21, 1992.
8. KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press, 1980.
9. KLEINMAN, A. Editor's note. *Cult., Med. Psychiatr.*, v. 7, p. 97-9, 1983.
10. KLEINMAN, A. Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness. *Br. J. Psychiatr.*, v. 151, p. 447-54, 1987.
11. KLEINMAN, A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York : Free Press, 1988.
12. KLEINMAN, A. Local worlds of suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experiences. *Qualitative Health Res.*, v. 2, p. 127-34, 1992.
13. KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. J. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann. Int. Med.*, v. 88, p. 251-8, 1978.
14. KLEINMAN, A., HAHN, R. *The sociocultural model of illness and healing: review and policy implications*. New York : Rockefeller Foundation Working Papers, 1981.
15. KUZEL, A. J., LIKE R. C. Standards of trustworthiness for qualitative studies in primary care. In: NORTON, P. G., STEWART, M, TUDIVER, F., BASS, M., DUNN, E., ed. *Primary care research: traditional and innovative approaches*. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1991. p. 138-58.
16. MINAYO, M. C., SANCHES, O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementariedade? *Cad. Saúde Pública*, v. 9, p. 239-62, 1993.
17. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1990.
18. QUEIROZ, M. S., CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 20, p. 141-51, 1986.
19. RHODES, L. A. "This will clear your mind": the use of metaphors for medication in psychiatric settings. *Cult., Med. Psychiatr.*, v. 8, p. 49-70, 1984.
20. SCHMERLING, A., SCHATTNER, P., PITERMAN, L. Qualitative research in medical practice. *Med. J. Australia*, v. 158, p. 619-25, 1993.
21. SPENCER, J. C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context, and of change. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, v. 74, p. 119-26, 1993.
22. SPRADLEY, J. P. *The ethnographic interview*. Toronto : Holton, Rinehart & Winston, 1979.
23. VILLARES, C. C. *Representações de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia*. São Paulo, 1996. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.
24. WILLMS, D. G., JOHNSON, N. A. *Essentials in qualitative research: a notebook for the field*, 1993. Mimeo, McMaster University, Hamilton, Canadá.
25. YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annu. Rev. Anthropol.*, v. 11, p. 257-85, 1982.

Recebido para publicação: 10/09/98

Aceito para publicação: 25/09/98