

P

PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA A REINserÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS

MENTAL HEALTH TEAMS' PRACTICES FOR THE PSYCHOSOCIAL REINSERTION OF USERS

Álissan Karine Lima Martins ¹

Wanduy Dantas Ferreira ²

Renata Kelly de Oliveira Soares ³

Francisca Bezerra de Oliveira ⁴

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer as práticas de equipes de saúde mental voltadas à reinserção social dos usuários na família e comunidade. Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória desenvolvida com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cajazeiras (PB). Para coleta de dados, foi realizada entrevista guiada por roteiro semiestruturado. A análise dos dados seguiu a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre. Foram respeitados os aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012. Os resultados apontam como ações e estratégias para reabilitação psicossocial o uso de terapia medicamentosa e grupal, além do acolhimento e a busca ativa de usuários. São descritos, ainda, alguns limites para a reinserção, como preconceito da sociedade e não participação dos familiares no tratamento. O estudo evidenciou a necessidade de revisão dos processos de trabalho das equipes, a fim de possibilitar a construção de novos saberes, instrumentos e práticas e o envolvimento dos trabalhadores como atores sociais da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Saúde Mental; Centros de Reabilitação; Acolhimento.

ABSTRACT

This study aimed to know the mental health teams' practices aimed at the social reinsertion of users in the family and community. This is an exploratory qualitative research conducted with teams from the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Cajazeiras, Paraíba, Brazil. For data collection, an interview guided by a semi-structured script was conducted. The analysis of data followed the proposal of Lefèvre and Lefèvre's Collective Subject Discourse (CSD). The ethical aspects of the Resolution of the Brazilian National Health Council (CNS) 466/2012 were observed. The results point out as actions and strategies for psychosocial rehabilitation the use of medication and group therapy, besides user embracement and active search for users. Some limits for reinsertion are also described, such as prejudice of society and non-participation of family members in treatment. The study highlighted the need to review the teams' working processes, in order to enable the construction of new knowledge, tools, and practices and the workers' involvement as social actors of the Brazilian Psychiatric Reform.

Key words: Mental Health; Rehabilitation Centers; User Embracement.

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC). Cajazeiras (PB), Brasil.

2. Enfermeiro graduado pela UFCG. Cajazeiras (PB), Brasil.

3. Enfermeira graduada pela UFCG. Cajazeiras (PB), Brasil.

4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora UFCG. Vice-líder do GPESC. Cajazeiras (PB), Brasil. Cajazeiras (PB), Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi um grande marco histórico, conduzindo mudanças no contexto político assistencial no que diz respeito à pessoa em sofrimento mental. A partir desse movimento, foi possível garantir um novo paradigma em saúde mental, centrado na reabilitação psicossocial, além da redução de internações em leitos psiquiátricos, contribuindo para o processo de desinstitucionalização¹.

A desinstitucionalização é um processo que busca a desconstrução da realidade manicomial, visando a um novo cenário, a novas perceptivas e à reintegração da pessoa com transtorno mental ao convívio social, assegurando o direito à cidadania². Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica viabilizou a criação de serviços substitutivos que buscam trabalhar a realidade do usuário em um processo criativo e inventivo da realidade social, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a principal estratégia no processo de Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS têm como primordial função acolher a pessoa com transtornos mentais e reinseri-los no espaço familiar e na sociedade, tendo como proposta atividades de cunho terapêutico, ações diversificadas, além do acompanhamento multiprofissional, por meio de um ambiente bem estruturado em meio social e cultural caracterizado como território³.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Eles se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, organizando-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros.

Um dos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica é incluir o doente mental na família e na sociedade. Para isso, também se torna necessário observar o papel da família em relação ao doente mental e aos instrumentos subjetivos de que a equipe interdisciplinar dispõe.

Nos anos iniciais de implementação da reforma, um expressivo número de investigações com famílias identificou que o modelo assistencial significava mais uma “simples devolução” do enfermo ao seio familiar⁴. Por isso, o trabalho de educação em saúde mental, dedicado à família é de fundamental importância para obter um *feedback* positivo no processo reabilitação/reinserção/inclusão do usuário no meio social.

Compreendendo a necessidade de conduzir as ações dos serviços substitutivos segundo os pressupostos de reabilitação psicossocial de reinserção e a partir de práticas e vivências, passou-se a refletir sobre questões como: De quais dispositivos a equipe multidisciplinar dispõe ou desenvolve para a reinserção de pessoas em sofrimento mental, seja ao nível familiar, nos CAPS ou na rede básica? De que forma

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

os setores da saúde e instituições sociais no território se articulam para devolver o papel social de cidadão do usuário com vistas à reabilitação psicossocial?

Tal reflexão possibilitará aos atores sociais envolvidos nesse contexto de práticas, quais sejam, equipes da rede de saúde mental e de outros serviços de saúde, usuários, família e comunidade, repensar qual modelo de cuidado se tem construído ou constatar se novos dispositivos virão a ser criados para uma efetiva reinserção social e familiar de indivíduos em sofrimento mental.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as práticas de equipes de saúde mental voltadas à reinserção social dos usuários na família e comunidade de um município no Alto Sertão Paraibano, identificando as ações e estratégias desempenhadas entre os setores de saúde e apontando os limites para a reinserção de usuários nos serviços.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa exploratória realizada nos CAPS de Cajazeiras (PB). Quanto à rede de saúde mental do município, Cajazeiras é constituída por três CAPS: Centro de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em município com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi). O primeiro CAPS instituído em Cajazeiras foi o CAPS I, inaugurado em 2001. Possui 2.300 usuários, sendo referência para o município e as demais cidades da região do Alto Piranhas. Neste, a equipe multidisciplinar é composta por 25 profissionais.

O CAPSad, inaugurado em 2006, atende cerca de 50 pacientes por mês, e 18 profissionais compõem sua equipe. O CAPSi, por sua vez, foi inaugurado em 2009 e atende cerca de 70 usuários mensalmente, sendo a equipe de saúde mental composta por 16 profissionais.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os profissionais integrantes das equipes multidisciplinares dos CAPS de Cajazeiras. A seleção dos sujeitos foi definida pela aplicação dos critérios de inclusão (tempo de experiência

profissional superior a 6 meses atuando com o portador de transtorno mental e possuir nível técnico ou superior de formação) e de exclusão (os sujeitos que se encontraram de atestado ou licença médica). Dessa forma, participaram 20 profissionais.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2011 por meio de entrevista guiada por roteiro de perguntas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas nos serviços durante o turno de trabalho, sendo registradas por meio de gravador digital.

Os dados foram analisados pela proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), abordagem nova utilizada em pesquisa qualitativa de representação social proposta por Lefèvre e Lefèvre⁵. Desse modo, as falas foram previamente transcritas na íntegra e lidas exaustivamente para, então, haver a aplicação das figuras metodológicas do método, quais sejam, as expressões-chave, as ideias centrais, a ancoragem e os DSC. Em seguida, utilizou-se a fundamentação teórica com literatura pertinente para análise e fundamentação.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), para análise e apreciação. Foram solicitadas as autorizações à Secretaria Municipal de Saúde, informando os objetivos e benefícios proporcionados pelo estudo. Após sua aprovação, sob o Processo n. 20111410-047, houve imersão no campo de pesquisa.

Para as entrevistas, os participantes foram informados sobre o estudo e, após esclarecidas as dúvidas, confirmaram sua participação assinando o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante. Dessa forma, foram respeitados os direcionamentos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos⁶.

RESULTADOS

A partir das falas dos sujeitos, houve a composição e análise dos DSC, envolvendo as práticas dos trabalhadores em saúde mental dos CAPS. Estes foram apresentados segundo as duas categorias identificadas: a) ações ou estratégias utilizadas para reabilitação; e b) limites para a reinserção social.

Categoria 1: Ações ou estratégias para reabilitação dos usuários na família e na comunidade

As práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional do processo de reabilitação psicossocial devem ser voltadas à reinserção familiar e social do usuário, devolvendo sua

As práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional do processo de reabilitação psicossocial devem ser voltadas à reinserção familiar e social do usuário.

autonomia e cidadania. Essas ações têm o CAPS e outros órgãos intersetoriais como participantes em consonância com o movimento da Reforma Psiquiátrica como também com a Política Nacional de Saúde Mental.

Dentre as ações ou estratégias identificadas foram apontadas: a) o trabalho para a reinserção social; b) acolhimento e convívio familiar; c) terapia medicamentosa melhora o paciente; d) terapias complementares e de grupo para a reinserção sociofamiliar; e e) busca ativa de usuários ausentes.

Subcategoria A: Trabalho voltado para a reinserção social

Nos discursos, o sujeito coletivo coloca entre as funções do cuidado no CAPS o propósito de promover a reinserção social, como evidencia o DSC 1:

Nossa meta é buscar, resgatar e colocá-los de volta na sociedade, porque eles são pessoas normais. A minha função é estimular os profissionais a trabalhar dentro da proposta do CAPS, que é a reinserção do usuário na comunidade e na família através de atividades como: reuniões com familiares, atividades extra-CAPS, caminhadas e passeatas. Nosso trabalho no CAPS só é possível se houver a presença da família do usuário, mas o desejo da equipe é que aconteça a reinserção social, que eles se sintam pessoas dignas e sejam capazes de desenvolver atividades e até trabalhar. Mas, embora a gente dê palestras, também trabalha para sair com eles na rua mostrando para sociedade que são pessoas comuns como qualquer outra. Dessa forma, a reinserção começa no primeiro contato do usuário com o profissional, através da conversa, o diálogo, nas orientações e prevenções. Eu, como todos os profissionais do CAPS, trabalho no sentido de reintegrá-los na sociedade. (DSC 1)

Indica-se que existe preocupação por parte dos

profissionais para realizar trabalhos voltados a diminuir o preconceito da sociedade para com pessoas em sofrimento psíquico e, também, a busca de mecanismos para a reinserção familiar dos usuários. No entanto, é necessária a inclusão da família como coparticipante do processo de reabilitação psicossocial.

Subcategoria B: O acolhimento para identificação da situação do convívio familiar

O discurso orienta o acolhimento para identificação da situação do convívio familiar por meio da realização de consultas, visitas domiciliares, orientações com a família e psicoterapia de grupo, como corrobora o DSC 2:

A gente faz consulta para saber sobre o convívio familiar e escolar. A gente procura realizar visitas domiciliares fazendo orientações com a família e também com o usuário, faz psicoterapia de grupo, atendimentos individuais. (DSC 2)

Subcategoria C: A terapia medicamentosa para melhora do paciente

No discurso, o sujeito coletivo refere a terapia medicamentosa como uma das estratégias para a melhora da condição do usuário e sua consequente reinserção na comunidade, como aponta o DSC 3:

Faço a terapia medicamentosa de acordo com a determinação da coordenação do CAPS. Eu procuro atender medicando no sentido de melhorar as condições do sujeito, para que ele possa interagir com a família, ser inserido no mercado de trabalho e na sociedade, mas é muito difícil, pois a família coopera pouco, como também falta remédio e profissionais no nosso CAPS. A gente procura inserir através da medicação para que eles possam ser colocados de novo na sociedade sem nenhum preconceito. Eu faço acompanhamento, entrega e administração da medicação e faço também a questão do diálogo com eles e oriento em relação ao uso dos fármacos. A reinserção, a gente procura fazer a cada dia com auxílio de medicamento e terapia, seja ela na comunidade ou no CAPS. (DSC 3)

O que se nota no DSC 3 é que a concepção clínica tradicional é hegemônica. O usuário é constantemente identificado com sintomas e diagnósticos pré-estabelecidos da psiquiatria. Como resultado, verifica-se que as intervenções são realizadas muito em função da exacerbação de sintomas e/ou prescrição

As terapias desenvolvidas nos CAPS proporcionam o desenvolvimento de habilidades para a percepção do corpo.

de medicamentos, evidenciando a importância atribuída pela equipe à presença do médico no dia a dia do serviço, que é acionado, com frequência, em momentos de resolução e responsabilização. O médico assume o encaminhamento de muitos usuários de forma isolada e pouco compartilhada com os trabalhadores de outras categorias profissionais.

Subcategoria D: Terapias complementares e de grupo como equipamento para a reinserção sociofamiliar

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo realiza terapia corporal, terapia ocupacional, contribuindo com a reinserção do usuário na família e comunidade como proposta do CAPS, como indica o DSC 4:

Terapia corporal, colaborando com o trabalho da psicóloga e contribuindo na melhora e reinserção do usuário. Com a terapia ocupacional nas oficinas terapêuticas, o usuário desenvolve habilidades, demonstrando, assim, tanto para a família como para a sociedade que eles possuem habilidades. Eu trabalho a organização mental como concentração, atenção, coordenação motora. Minha função é reunir os profissionais, fazer estudos de caso sobre o projeto terapêutico, assim, contribuindo para reinserção do usuário na família, na sociedade e na comunidade, é essa a proposta do CAPS. (DSC 4)

As terapias desenvolvidas nos CAPS proporcionam o desenvolvimento de habilidades para a percepção do corpo, do funcionamento do corpo, autonomia para realizar as atividades da vida diária, pois, na maioria dos casos, o usuário perde essa capacidade, sendo necessário reaprendê-la.

Subcategoria E: O trabalho de busca ativa pelos usuários ausentes

De acordo com o DSC, o profissional realiza busca ativa

de usuários e proporciona orientações sobre prejuízos com o uso de drogas, como aponta o DSC 5:

O meu trabalho é realizar busca ativa pra trazer de volta os usuários ausentes pra retomar o tratamento. A gente tenta resgatar usuários ausentes e orientar os que estão frequentando sobre os prejuízos causados pelas drogas, pra que a abstinência realmente aconteça. (DSC 5)

Categoria 2: Limites para a reinserção

Entre as subcategorias identificadas foram apontadas: a) ausência da família e não aceitação por parte da sociedade; e b) o estigma do doente mental.

Subcategoria A: Ausência da família

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo cita a ausência da família no tratamento e que a reinserção depende de todo um contexto social, como profere o DSC 9:

Sim, limite é a própria família, que ela muitas vezes, ela se ausenta do seu papel de... porque não é só CAPS, não só é a saúde mental em si, tem que ter apoio além das redes é... da própria família que deve ser a mais engajada, mas eu acho que o ponto, assim, seria a família e a sociedade em si, como limite. Existe paciente que a chave do tratamento é a família, alguns dos familiares dos usuários não demonstram interesse em acompanhar a terapia medicamentosa; a gente insiste, mas é um negócio muito difícil, ainda. Tem famílias, assim, bem fechadas que não aderem ao tratamento, infelizmente. A família acha que eles têm que ficar aqui, a sociedade não aceita a maioria do pessoal tem medo, né? Quando diz que tem transtorno mental eles acham que eles são agressivos e vão agredir a qualquer hora. A reinserção não depende do CAPS, não depende exclusivamente do usuário, depende de um contexto do usuário, CAPS, a própria família, a própria comunidade, a própria sociedade, todos eles são colaboradores, e qualquer um deles pode ser barreira. A gente pode detectar limites, a gente não trabalha dessa forma com impossibilidades, não existe só a doença mental em si, e sim uma desestrutura familiar, a situação social familiar contribuindo pra que tenha um distúrbio mental, alguns pacientes são tratados dentro de jaulas, assim, o que o CAPS trabalha durante o dia com o paciente quando chega em

sua casa a família destrói a outra parte. É preciso trabalhar a família pra que o usuário seja inserido na comunidade. (DSC 9)

A família deve ser convidada a participar do processo de reabilitação/reinserção/inclusão do usuário, pois não se trata do CAPS e/ou o Estado transferir a responsabilidade do cuidar, mas, sim, haver a coparticipação desses sujeitos no tratamento, para que este venha a se tornar mais qualificado.

Subcategoria B: O estigma do doente mental

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo pontua que trabalha a reinserção no mercado de trabalho, mas há o estigma da sociedade como importante entrave no processo:

Eu trabalho muito a questão da força de vontade deles, de ser aceitos no mercado de trabalho, mas é difícil. Existe o preconceito de que o usuário do CAPS é doído, não presta pra nada, é drogado. A gente precisa trabalhar o conceito de CAPS, trabalhar medo, trabalhar aceitação de que o usuário também é gente e tem capacidade de ser reinserido na sociedade. (DSC 10)

O DSC 10 indica propostas para diminuir o estigma e o preconceito, sendo necessário haver mais empenho por parte dos profissionais no trabalho de conscientização, desde familiares de usuários até a sociedade como um todo, e que isso não envolva apenas ações focais.

DISCUSSÃO

Em saúde mental, o trabalho deve ser dinâmico em um processo de construção/reconstrução/invenção de possibilidades, habilidades no fazer cotidiano do usuário, de tal forma que a reabilitação psicossocial e a reinserção social se tornem possíveis⁷.

A expectativa em torno da Reforma Psiquiátrica, portanto, não pode ser compreendida como a transferência do doente

A família deve ser convidada a participar do processo de reabilitação/reinserção/inclusão do usuário.

mental para fora dos muros do hospital, reintroduzindo-o na família. Nesse sentido, espera-se que se processe o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental e haja o respeito à singularidade e subjetividade, a fim de que se torne sujeito de seu próprio tratamento, conquistando, assim, sua autonomia e sua reintegração à família e à sociedade^{8,9}.

Portanto, é possível perceber a importância da família no sucesso da terapêutica adotada pelo serviço, visto que esta é, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, sendo considerada pelos CAPS parceira no tratamento^{10,11}.

Acompanhando a inserção do sujeito em sofrimento mental na família, o acolhimento é um componente importante da prática de reabilitação psicossocial. Esta vai além da recepção, sendo produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania, realizada pelo estabelecimento de vínculo¹².

O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo ao serviço, ou seja, o acolhimento não apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável do serviço, pelo acesso geográfico, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas, aspectos a ser incorporados na prática cotidiana dos CAPS¹³.

Dentro desse panorama, a terapia medicamentosa deve ser tratada como mais um instrumento utilizado no CAPS e não como a única terapia de resolubilidade, pois o usuário deve ser tratado em toda a sua dimensão biopsicossocial, e não apenas considerando o aspecto biomédico. Passar de uma abordagem biomédica para uma abordagem psicossocial obriga à adoção de mudanças importantes: na formulação das políticas de saúde mental, na formulação e no financiamento de programas de saúde mental, na prática cotidiana dos serviços e no *status* social dos médicos.

São necessárias ações que visem a uma melhor abordagem psicossocial. Para tanto, é importante desenvolver ações dirigidas às pessoas em sofrimento psíquico, para as famílias, os profissionais, a comunidade, entre outros meios que visem à diminuição do estigma e estimulem a supervalorização e o reconhecimento do papel do usuário em meio à sociedade¹⁴.

O processo de reabilitação psicossocial deve ser entendido nessa ótica como uma necessidade ética. Portanto, deve ser pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental¹⁵. O processo de reabilitação seria, então, uma reconstrução, um exercício da cidadania e, também, a plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social^{16,17}.

O convívio com a doença, física ou psiquiátrica, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que se agrava

A saúde mental é uma área complexa, envolve contexto social, cultural e econômico, também reflete o momento histórico de cada sociedade, o lugar ou o país.

quando ela tende a ser de duração prolongada, apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizante, que gera sobrecarga de ordem física, emocional e econômica, alterando toda a dinâmica familiar e comprometendo saúde, vida social, relação entre membros, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional, e inúmeros outros aspectos do viver.

Para minorar as dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental, o serviço deve estar apto a reduzir os riscos de recaída do usuário; prestar informação clara e precisa sobre a doença (sinais, sintomas, tratamento, medicação, etc.); ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas; e possibilitar que os familiares sejam capazes de exprimir suas necessidades e seus sentimentos¹⁸.

O movimento da Reforma Psiquiátrica preconiza a mudança do paradigma da psiquiatria clássica, questiona o modelo manicomial e propõe novos dispositivos de atendimento e tratamento, bem como iniciativas para estratégias voltadas à promoção da saúde mental, reabilitação e recuperação de pessoas em sofrimento psíquico, instaurando um modelo psicossocial de cuidado¹⁹⁻²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental é uma área complexa, envolve contexto social, cultural e econômico, também reflete o momento histórico de cada sociedade, o lugar ou o país. A Reforma Psiquiátrica surge, então, como movimento em favor da desospitalização e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, reformulando o modelo e a forma de tratar a pessoa em sofrimento psíquico. Desse modo, os serviços substitutivos, como os CAPS, aparecem no cenário social para cumprir a tarefa de resgatar e devolver direitos negados a uma parcela da população.

No estudo, evidencia-se que os CAPS realizam um trabalho na perspectiva de reinserção do usuário na família e na comunidade, seja pelo trabalho em grupo ou individual, no entanto, ainda são ações focais. Nessa perspectiva, é

necessário haver um processo de reestruturação dos serviços para que a reinserção ocorra em um sentido ampliado, de modo a contribuir com a qualidade de vida dos usuários além do campo da saúde, alcançando o contexto social, cultural e econômico.

Compreendendo as dificuldades identificadas nos serviços, percebe-se a necessidade de maiores investimentos na área estrutural, em recursos humanos e em insumos materiais úteis para as atividades desenvolvidas com os usuários.

O estudo apresentou alguns limites, que incluem a restrição da pesquisa ao âmbito local e, também, o tempo para a coleta de dados, o que impediu a realização da observação sistemática das ações para triangular os dados com os discursos, o que pode ser alcançado em futuras investigações na área.

Considera-se que estudos com essa temática são importantes no sentido de proporcionar visibilidade à maneira como vem sendo oferecida a atenção à saúde mental. Assim, constatou-se a necessidade de que novos estudos sejam desenvolvidos nos espaços dos CAPS, voltando seu olhar às necessidades de trabalhadores, usuários e familiares, para fortalecer esse tipo de serviço com a rede de atenção à saúde mental e priorizar as potencialidades dos usuários.

Portanto, a realidade apresentada e que se coloca no cenário social exige maior debate, críticas, sugestões e construção de novos modelos de atenção ao sofrimento mental, para alcançar a garantia da reabilitação e reinserção social, com um maior compromisso dos trabalhadores em saúde mental. Com isso, acredita-se que, no futuro, a rede possa se fortalecer e que haja uma expansão dos serviços em congruência com a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ferreira WD contribui no processo de estruturação do projeto, coleta de dados e análise dos dados. Soares RKO contribuiu na análise de dados e na redação do artigo enquanto Martins AKL e Oliveira FB orientaram as etapas do trabalho e participou da revisão do projeto e do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];16(12):4579-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>
2. Dutra VFD, Rocha RM. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *Rev Enferm UERJ* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];19(3):386-91. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>
3. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];15(2):339-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17.pdf>
4. Rosa L. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2003.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): Educ; 2005.
6. Brasil. Resolução n. 446, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Bueno WS. Betim: construindo um gestor único pleno. In: Mehry EE, Enocko R, organizers. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec/Lugar; 1997. p.169-95.
8. Campos WGS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
9. Andrade JMO, Silva PMC, Azevedo EB, Cordeiro RCA, Andrade RB, Ferreira Filha MO. Concepções dos familiares de usuários acerca do cuidado oferecido em centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 May 16];18(1):156-62. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/27904/20029>
10. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 May 16];63(1):51-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>
11. Aires M, Roos CM, Gonçalves AVF, Schneider JF, Olschowsky A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 May 16];31(3):567-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a23.pdf>
12. Bertolete JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizer. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.155-58.
13. Silva ALA, Fonseca RMGS. El proceso de trabajo en salud mental y el campo psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2005 June [cited 2015 Aug 09]; 13(3): 441-449. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>.
14. Muñoz M, Guillén AS, Pérez-Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicossocial*. 2013;10(2):10-9.

15. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2008 [cited 2015 May 16];42(1):127-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>

16. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 2001.

17. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizer. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p.55-9.

18. Esperidião E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. Rev Eletrônica Enferm [serial on the internet]. 2001 [cited 2015 May 16];3(1). Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista3_1/samental.html

19. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado - vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];16(7):3051-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>

20. Nascimento YCML, Crêda MZ, Santos RM, Lima KRS. Concepções sobre identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem. Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 May 16];18(1):102-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/31314/20021>

21. Martins AKL, Soares FAZ, Oliveira FB, Souza AMA. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];10(1):28-34. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140/132>

Recebido em 05/03/2015 Aprovado em 12/04/2015