
O CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL COMO POTENCIAL DE AUTONOMIA DO USUÁRIO

Mirla da Silva Lima¹

Ana Caroline Leite de Aguiar

CAPS AD de Horizonte e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Horizonte-CE, Brasil

Mabel Melo Sousa

Prefeitura Municipal de Horizonte, Horizonte-CE, Brasil

RESUMO. O cuidado em saúde mental é permeado pela troca de saberes e pela corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos nesse processo. O objetivo geral do estudo consistiu em descrever como se dá a relação entre a família e a equipe multiprofissional de um CAPS Geral da região metropolitana do Ceará, no que se refere ao cuidado compartilhado em saúde mental. A pesquisa teve natureza qualitativa, baseada nas técnicas de observação participante, com registro em diário de campo e de entrevistas semiestruturadas com dez sujeitos, dentre profissionais e familiares. O método Hermenêutico-Dialético alicerçou a análise dos dados. Constatamos, de uma forma geral, uma relação de respeito e de vínculo entre familiares e profissionais, e que estes sujeitos veem como importante a existência do cuidado compartilhado. Quanto à participação da família no serviço, percebemos uma baixa adesão ao grupo de família e uma maior frequência dos familiares como acompanhantes nos atendimentos individuais e nos momentos de crise. Identificamos ainda a legitimidade da relação entre o cuidado compartilhado e a autonomia do usuário.

Palavras-chave: Saúde mental; cuidadores; família; autonomia.

THE SHARED CARE IN MENTAL HEALTH AS POTENTIAL OF USER AUTONOMY

ABSTRACT. The care in mental health is permeated by the interchange of knowledge and the co-responsibility between the various actors involved in this process. The general objective of this study was to describe how is the relationship between family and multi-professional group of a General CAPS of metropolitan area, Ceará, in relation to the shared care in mental health. The research was qualitative, based on participant observation technique with registration in field diary and in the semi-structured interview technique with ten people, among professionals and family members. The study was based by the Hermenêutico-Dialético method. We noticed that there is a relationship of respect and bond between family and professionals and that these individuals see as important the existence of shared care. With regard to the family's participation in the service, we observed a low adhesion to the family group and a higher frequency of family as accompanying in individual assistance and in critical moments. We also identified the legitimacy of the relationship between shared care and user autonomy.

Keywords: Mental health; caregivers; family; autonomy.

LA ATENCIÓN COMPARTIDA EN SALUD MENTAL COMO POTENCIAL DE AUTONOMIA DEL USUARIO

RESUMEN. El cuidado en salud mental está muy permeado por el intercambio de saberes y por la responsabilidad compartida entre los diversos actores implicados en este proceso. El objetivo general del estudio trató de describir cómo se constituye la relación entre la familia y el equipo de profesionales multidisciplinares de un CAPS General de la región metropolitana del Ceará, en lo que se refiere a la atención compartida en la salud mental. La investigación tuvo un carácter cualitativo, utilizando como técnica de recogida de información la observación participante, siendo los datos registrados mediante el diario de campo y entrevistas semiestruturadas con un total de diez participantes, entre profesionales y familiares. Además del comentado, el

¹ E-mail: mirli.ma@hotmail.com

método hermenéutico-dialéctico nos ha calcado de los retos necesarios hacia el análisis de datos. Hemos constatado, de manera general, una relación de respeto y de vínculo entre la familia y los profesionales, y que, a dichos participantes, les parecen importante la existencia de la atención compartida. Cuanto a la participación de la familia en el servicio, percibimos que estos no participan tanto cuanto la función corresponde a de acompañar, a la persona enferma, en los atendimientos individuales y en los momentos de crisis. Identificamos, aún, la legitimidad de la relación entre la atención compartida y la autonomía.

Palabras-clave: Salud mental; cuidadores; familia; autonomía.

Introdução

Refletir sobre a Política de Saúde Mental brasileira na realidade atual demonstra como necessária a consideração do processo de mudança do paradigma de atenção em saúde mental, uma vez que o modelo de cuidado que norteia essa área na contemporaneidade passou por mudanças sociais, históricas e políticas ao longo do tempo. De um olhar que punia, isolava e institucionalizava os sujeitos com transtornos mentais, passou-se à concepção de cuidado como direito de caráter democrático, humanizado e psicossocial.

A atenção à saúde mental no Brasil passou por diversas reconstruções a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, que, baseado nas experiências internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica, intensificou-se a partir da década de 1980, por meio da luta e mobilização sociopolíticas de uma multiplicidade de atores, tais como movimentos sociais, usuários, familiares, associações de pessoas com transtornos mentais e profissionais de saúde. Este movimento objetivava a transformação e substituição do modelo hospitalocêntrico por uma nova perspectiva pautada na humanização, na singularidade e nos direitos dos usuários (Amarante, 1995).

Esse movimento consistiu e ainda consiste em um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores, permeados de impasses, conflitos e desafios, mas com novas matizes e possibilidades (Bisneto, 2009). Evidenciamos, nesse sentido, o caráter contínuo e dialéctico desse processo, visto que, na realidade contemporânea, a luta está cada vez mais viva e atual.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (2001), os transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 25% da população mundial em algum momento da vida e uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro com algum transtorno mental ou comportamental. Além disso, projeta-se que, até 2020, haja um crescimento de 15% no quadro de transtornos mentais.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de saúde foram redirecionadas no sentido da atenção integral, do trabalho em rede e da democratização e humanização do atendimento, elementos que nortearam a formulação da Política Nacional de Saúde Mental, a qual é representada, no plano legal, pela Lei 10.216 (Lei nº 10.216, 2001).

Várias conquistas foram obtidas após a implantação dessa Política. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), há uma progressiva diminuição no número de hospitais psiquiátricos: em 2002, um ano após a promulgação da Lei 10.216, os gastos com os hospitais psiquiátricos correspondiam a 75,24% dos recursos do SUS destinados à saúde mental no Brasil, enquanto que, em 2011, esse percentual foi reduzido para 28,91%. Ademais, até o ano de 2014, estavam em atuação no país 2.129 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 695 Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento, 119 Consultórios de Rua e 800 leitos psiquiátricos em Hospitais (Ministério da Saúde, 2014).

O presente cenário da Política de Saúde Mental no Brasil é marcado pela existência de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por serviços e dispositivos de âmbito comunitário, com foco não somente na assistência, mas também na prevenção e promoção de saúde. Dentre os variados dispositivos que formam a RAPS, os CAPS têm um papel de grande importância na sistematização e na oferta de cuidado ao usuário com transtorno mental.

No contexto do Estado do Ceará, o Ministério da Saúde (2012) aponta que, até o ano de 2012, havia um total de 106 CAPS, dentre os quais 50 eram do tipo I, que são destinados a municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, como o caso do CAPS do município no qual a pesquisa foi realizada.

O CAPS I ou CAPS Geral, como é conhecido, consistiu no lócus da pesquisa. Este serviço, criado em 2001, tem cerca de 6000 prontuários abertos e atende prioritariamente pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, mas também há diversos casos de sofrimentos leves e moderados.

No município, existe ainda um CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que foi instituído no ano de 2013.

Na ótica psicossocial, a troca de saberes e de experiências e a corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde mental são fundamentais para a promoção de cidadania, autonomia e protagonismo ao usuário. Dentre esses sujeitos, a família e a equipe multiprofissional têm participação direta no cuidado e na convivência com o usuário com transtorno mental. O cuidado compartilhado é visualizado, dessa forma, como uma estratégia e uma concepção diretamente vinculadas à saúde mental atualmente (Pinho, Hernandez & Kantorski, 2010; Schrank & Olschowsky, 2008).

De acordo com a Lei 10.216 (2001), o Estado é responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental e pela promoção de ações de saúde, o que deve ocorrer com a participação da sociedade e da família. A família passou a ser considerada um elo potencial de cuidado e partícipe do processo de tratamento e reabilitação psicossocial (Santin & Klafke, 2011). Vale frisar a compreensão de que não há, na contemporaneidade, um modelo hegemônico de família, mas sim uma pluralidade de formas familiares, visto que as famílias podem ser formadas por laços biológicos, afetivos e/ou de identidade (Itaboraí, 2005).

A relevância deste estudo dá-se em virtude do fato de que a investigação da relação entre a família e a equipe multiprofissional no que tange à corresponsabilização do cuidado poderá trazer contribuições para um melhor entendimento do processo de cuidado realizado e da conjuntura de vida dos atores envolvidos, o que pode acarretar ainda novas possibilidades, ideias e percepções necessárias para o constante repensar da práxis cotidiana. Ressaltamos ainda o processo formativo da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), de modo que foi possível vivenciarmos cotidianamente diversas situações que perpassam o processo de investigação, visto que se estabeleceu uma atuação/relação direta com os usuários, seus familiares e com os demais membros da equipe.

Tendo em vista a pertinência da temática, este trabalho teve como objetivo geral descrever como se dá a relação entre a família e a equipe multiprofissional de um CAPS Geral da região metropolitana do Ceará no que se refere ao cuidado compartilhado em saúde mental. Para tanto, buscamos investigar se/como ocorre a corresponsabilização do cuidado no serviço, identificar a visão dos familiares e da equipe quanto à participação da família no cuidado e entender os significados que os familiares e a equipe atribuem à relação entre o cuidado compartilhado e a autonomia do usuário.

Salientamos que este trabalho teve como referencial teórico autores como Amarante (1995), Bisneto (2009), Melman (2006), Minayo (2000, 2007) e Vasconcelos (2010), bem como a legislação vigente em saúde mental. Pautamo-nos, no que diz respeito ao estado da arte, na literatura científica, em que, ao pesquisarmos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual inclui 5 bases de dados em saúde, os descritores “saúde mental” e “família” de forma associada, encontramos 339 artigos nacionais, dos quais escolhemos 37 que mais se aproximavam do foco temático do estudo, isto é, os artigos selecionados versavam sobre a inserção familiar em dispositivos de saúde mental e sobre o cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial.

Apesar de algumas pesquisas tratarem, em linhas gerais, sobre o cuidado compartilhado em saúde mental (Camatta & Schneider, 2009; Dimenstein, Sales, Galvão, & Severo, 2010; Pimenta & Romagnoli, 2008; Pinho et al., 2010; Santin & Klafke, 2011; Schrank & Olschowsky, 2008), não foram achados trabalhos com foco específico na relação entre as famílias e os profissionais quanto ao cuidado compartilhado em saúde mental tendo como base as opiniões de ambos, bem como sobre a associação entre este e a autonomia do usuário, o que demonstra o caráter diferencial do presente estudo e a necessidade de ampliação de pesquisas sobre o tema supracitado.

Método

Este estudo ancorou-se na abordagem qualitativa de pesquisa. Optou-se pela referida perspectiva em virtude do fato de que ela “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.” (Minayo, 2007, p. 21).

A entrevista semiestruturada e a observação participante foram utilizadas como técnicas de produção de dados e tiveram o diário de campo como um recurso complementar. A primeira foi escolhida por permitir uma maior proximidade com os sujeitos e em virtude de ser uma técnica mais flexível quanto ao roteiro elaborado. Este foi composto por seis questões subjetivas que abordaram os seguintes pontos: realização do cuidado no serviço, relação entre família e equipe, divisão de papéis, participação familiar no cuidado, visão sobre o grupo de família e autonomia do usuário. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Já a observação participante, ao possibilitar, segundo Minayo (2007), uma relação direta com os partícipes, visto que o observador faz parte do contexto observado, aplicou-se ao estudo devido à nossa experiência formativa em Saúde Mental Coletiva na RIS-ESP. Nesse sentido, o lócus da pesquisa consistiu em um CAPS Geral da região metropolitana do Ceará, que foi um dos serviços abrangidos pela Residência.

No que se refere aos aspectos éticos, a realização desta pesquisa seguiu os critérios da Resolução 466/12 (2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ESP-CE (CEP/ESP) sob número de parecer 962.978. Além disso, os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos, metodologia, garantia do anonimato e outras informações pertinentes mediante autorização e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Os sujeitos partícipes da pesquisa foram familiares e profissionais do serviço. No que diz respeito aos primeiros, entrevistamos familiares de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, mais especificamente, o transtorno esquizofrênico, uma vez que, de acordo com a Portaria nº 336/GM (2002), os CAPS têm como perfil prioritário de atendimentos os transtornos de maior complexidade. Ademais, foram entrevistados familiares de usuários acompanhados há, no mínimo, seis meses no serviço. Este período foi estipulado devido à percepção, a partir da prática no cotidiano profissional, de que, após alguns meses de acompanhamento, há uma maior possibilidade de sistematização do cuidado, bem como de adensamento em termos de registros sobre o tratamento e de um maior vínculo entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Além destes fatores, foram escolhidos familiares com que, no decurso da vivência prática, já havíamos entrado em contato, como parte do cuidado do usuário, em alguma ocasião. As entrevistas ocorreram no próprio serviço, no momento em que os familiares, ao estarem como acompanhantes, aguardavam atendimento.

Quanto aos profissionais, entrevistamos um profissional de cada categoria de nível superior. Segundo a Portaria supracitada, a equipe técnica de nível superior deve ser composta por um(a) médico(a) com formação em saúde mental, um(a) enfermeiro(a) e três profissionais entre as seguintes categorias: psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo(a) ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Urge a ressalva de que, no período da investigação empírica, o quadro técnico de nível superior do CAPS Geral pesquisado era formado por duas médicas psiquiatras, um médico clínico com especialização em saúde mental, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. O serviço contava ainda com duas equipes de profissionais-residentes, compostas pelas categorias de psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e educação física.

Para definir a quantidade de sujeitos entrevistados, utilizamos a amostragem por saturação, a partir da qual o fechamento da amostra teve como critério o momento em que os dados obtidos passassem a apresentar certa redundância ou repetição (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Dessarte, foram entrevistados dez sujeitos: cinco familiares e cinco profissionais.

No que concerne à análise e sistematização dos dados, a baliza seguida foi o método Hermenêutico-Dialético. Este método, que tem sua cronologia metodológica baseada em ordenação, classificação/categorização e análise final dos dados, apresenta como abordagem a articulação entre as perspectivas crítica e interpretativa, a fim de proporcionar uma reflexão teórico-crítica do conhecimento (Minayo, 2000).

Resultados e discussão

A pesquisa apontou três principais temáticas percebidas nas falas dos sujeitos: corresponsabilização do cuidado no serviço; formas de participação da família no serviço; e

relação entre cuidado compartilhado e autonomia do usuário. Os familiares entrevistados foram nomeados simbolicamente como F1, F2, F3, F4 e F5, e os profissionais receberam os títulos de P1, P2, P3, P4 e P5.

Corresponsabilização do cuidado no serviço

A maioria dos sujeitos entrevistados refere um bom relacionamento entre os familiares e a equipe. A maior parte dos profissionais colocou que, de maneira geral, há uma relação de respeito e cuidado entre os referidos atores. De modo similar, todos os familiares partícipes relataram que são bem atendidos e que se sentem acolhidos no serviço: “*Os usuários se sentem acolhidos, respeitados, cuidados. Até os próprios familiares... Eu acho assim, num todo, que é uma boa relação.*” (P2); “*Eu converso com as doutoras... Eu converso, eu pergunto as coisas a elas. Me sinto bem atendida, nunca me maltrataram. Todo mundo é legal.*” (F2).

Compreendemos que, para que o cuidado ocorra realmente de modo compartilhado, é relevante que seja estabelecido um bom vínculo entre a equipe multiprofissional e os familiares, o que requer abertura por parte dos dois lados para o diálogo e a troca de experiências (Bessa & Waidman, 2013; Colvero, Ide, & Rolim, 2004; Melman, 2006; Pimenta & Romagnoli, 2008; Schrank & Olschowsky, 2008).

Um ponto muito presente nas falas dos profissionais foi a tarefa da equipe de esclarecer as famílias acerca do papel delas no tratamento dos usuários com transtornos mentais. Nessa direção, um dos entrevistados argumentou sobre a dificuldade de trabalhar de forma contínua com os familiares dos usuários e outros abordaram a busca cotidiana pela corresponsabilização do cuidado, apesar dos desafios: “*A gente tenta chamar o familiar, mas por conta da dinâmica do serviço, da demanda e tudo mais, a gente não tem como insistir muito. A gente insiste uma vez, duas vezes, mas, depois, não tem espaço pra isso*” (P1); “*Quando eu atendo um paciente, a família, pra mim, está sempre presente, tem que participar dos atendimentos, e a gente compartilha muito o tratamento do usuário*” (P3).

É no cotidiano dos diversos espaços de promoção e atenção à saúde mental que esse envolvimento deve ser valorizado e realizado. No âmbito dos serviços de saúde mental, como os CAPS, tal questão deve ser encarada como prioridade, de modo a possibilitar, no plano real, a efetivação e a consolidação da proposta de desinstitucionalização, a qual, segundo Vasconcelos (2010), está centrada na completa mudança do paradigma de saber em saúde mental a fim de que haja a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos e comunitários.

Destarte, os CAPS, ao terem a função de acompanhamento dos casos de transtornos mentais severos e persistentes, atuam segundo a lógica do território, o que implica a necessidade de um olhar ampliado acerca do contexto de vida dos usuários, o que abrange as suas repercussões individuais, familiares, sociais e comunitárias (Borba, Paes, Guimarães, Labrocini, & Maftum, 2011; Camatta & Schneider, 2009). O caráter comunitário e territorial dos CAPS significa ir além da consideração do espaço geográfico, haja vista a percepção das relações, interesses, desejos e conflitos delineados.

Por conseguinte, temos o dever, como profissionais dos serviços de saúde mental, de realizar práticas de trabalho que favoreçam a inserção familiar nas estratégias de cuidado. Assim, todas as atividades realizadas podem ser fundamentadas nessa perspectiva, tais como: grupos, atendimentos individuais, acolhimentos e visitas domiciliares. A concretização de um cuidado corresponsável e de um atendimento integral e humanizado só ocorre de forma plena quando são criados e/ou fortalecidos meios que estimulem a interação entre os sujeitos envolvidos direta e indiretamente no tratamento psicossocial (Schrank & Olschowsky, 2008).

Quatro importantes dimensões se destacam no trabalho profissional nos CAPS: a integralidade; a proposta de busca constante por reabilitação psicossocial, inserção, autonomia e identidade a fim de que não haja o risco de que os CAPS sejam reprodutores da lógica manicomial; o atendimento às crises e aos quadros agudos sob o viés da clínica ampliada; e a essencialidade da inserção familiar (Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider, & Camatta, 2011).

Nesse sentido, chamou-nos à atenção o fato de os familiares entrevistados estarem aparentemente cientes dessa corresponsabilização, visto que fizeram referência à necessidade do apoio familiar e da relação da família com o serviço de saúde mental: “*No final de semana, em casa, a*

gente vai controlando da maneira que vai daqui [do CAPS]. Sou todo o tempo orientada pelo CAPS.” (F3); “Se não tivesse o CAPS, era difícil porque, qualquer coisa, eu ligo pra cá, venho aqui e ajeito alguma coisa... Eu que dou o remédio. Ajudo na alimentação. Sempre tenho cuidado com isso.” (F4); “O tratamento tem que ser nos dois. O CAPS faz a parte dele e você [o familiar] tem que fazer em casa.” (F5).

Com base nas opiniões dos partícipes e na vivência profissional no serviço, observamos que muitas famílias procuram estar próximas ao dispositivo e estabelecem uma relação de parceria com a equipe. Não obstante, há diversos casos em que as famílias ainda não estão sensibilizadas quanto ao seu papel no cuidado e que, por apresentarem dificuldades para lidar com a situação de adoecimento no ambiente familiar, depositam no serviço todas as expectativas de resolução das problemáticas advindas do quadro de fragilidade psicossocial. Alguns sujeitos fizeram apontamentos sobre essa questão: *“O CAPS faz até aqui; daqui pra cá, é da família. E, às vezes, a família não quer assumir muito, quer que o CAPS assumira aí uma parte que não é sua” (P5); “Eu percebo que muitos familiares colocam muito pra cá, jogam a responsabilidade pro CAPS. Algumas pessoas porque a gente tá aqui e a gente presencia, não tem como” (F1).*

Salientamos o cuidado compartilhado como uma eficiente estratégia de cuidado ao usuário com transtorno mental, em especial, nos casos mais graves. Como, nestes, o acompanhamento terapêutico, geralmente, ocorre em períodos longos de tempo, em virtude de sua complexidade, quando a atenção ao usuário é realizada de maneira conjunta, este se fortalece mais e o cuidado tem maior possibilidade de acontecer longitudinal e integralmente.

Formas de participação da família no serviço

A consideração da importância de o cuidado ocorrer de forma compartilhada traz à luz da discussão outra temática referida nas falas analisadas, a saber, as formas de participação da família no serviço. As entrevistas realizadas e a observação participante nos permitiram perceber que, na maioria das vezes, a presença do familiar no CAPS pesquisado acontece nas ocasiões dos atendimentos individuais, enquanto acompanhante do usuário. Foi possível notar também que é comum os familiares procurarem o serviço nos momentos de maior vulnerabilidade, podendo esta ser oriunda de diversas ordens de fatores, de modo que, à medida que a situação se estabiliza, muitos familiares passam a frequentar o dispositivo em períodos esporádicos: *“O que eu sinto aqui, acontece muito também, não é todo mundo, mas acontece: o usuário vem, a gente faz todas as orientações e o usuário melhora, aí a família acha que não precisa mais estar aqui” (P2); “Eles acompanham nos atendimentos, ou procuram quando a pessoa tá em crise. Eu percebo muito isso” (P4); “Se eu precisar assim de alguma coisa daqui do CAPS, é só eu chegar, falar, e vocês me socorrem” (F3).*

Vislumbramos, assim, a pertinência da concepção de que é comum os familiares necessitarem do suporte profissional nos momentos de crise, visto que, muitas vezes, essas famílias não estão e/ou não se sentem preparadas para lidar com as dificuldades. Ademais, é imprescindível que essas pessoas recebam orientações sobre as repercussões que um transtorno grave pode acarretar, pois, quanto mais estiverem informadas, maiores são as chances de entenderem que a sua presença no serviço de saúde mental vai para além de um pedido de auxílio pontual e se configura em uma parceria que deve se efetivar tanto nas fases de instabilidade quanto nas de equilíbrio (Almeida, Schal, Martins, & Modena, 2010; Sant’ana, Pereira, Borenstein, & Silva, 2011).

No dispositivo estudado, existe um grupo de família, que foi criado logo após a inauguração do CAPS, contudo essa atividade foi desativada em alguns momentos da história da instituição, devido à baixa adesão dos familiares. No período da pesquisa de campo, o grupo ocorria semanalmente, tendo sido reativado há cerca de dois anos, através de um trabalho conjunto entre a equipe do serviço e os profissionais-residentes. Quando questionados sobre a participação no grupo de família, os familiares afirmaram não ter o hábito de participar dele, sendo que três entrevistados disseram que sabiam da existência da atividade e dois relataram não conhecer: *“Alguém já falou, pediu pra gente participar, mas é aquilo que eu tô dizendo: a dificuldade do tempo. Hoje, por exemplo, eu tive que faltar trabalho pra vir” (F1); “Nunca participei. Não lembro de ninguém ter me falado desse grupo não” (F2); “Eu participava quando tinha mais tempo, mas, agora, não tenho mais” (F3).*

Muitas famílias de usuários com transtornos mentais passam por situações de sobrecarga, sejam elas de ordem emocional, física ou financeira, das quais alguns exemplos são: pouca disponibilidade de tempo, prejuízo nas relações sociais, dificuldade econômica, desenvolvimento de sintomas de sofrimento emocional, acúmulo de tarefas, detrimento do desempenho profissional e comprometimento do lazer e do autocuidado (Almeida et al., 2010; Bessa & Waidman, 2013; Cavalheri, 2010; Santin & Klafke, 2011). A experiência prática de facilitação do grupo de família nos possibilitou identificar que, apesar de, em muitos casos, os familiares serem conscientes no que tange à relevância do grupo, diferentes fatores obstaculizam a participação sistemática desses sujeitos no referido espaço:

A possibilidade de observar, no contexto de uma pesquisa, a dinâmica das famílias no serviço permitiu perceber, de forma concreta, as dificuldades sentidas durante os encontros do grupo de família. Foi possível identificar que os familiares estavam, na sua maioria, apressados, cansados e até mesmo preocupados com o volume de afazeres cotidianos que tinham de dar conta naquele dia. A fala rápida de uma participante, em uma conversa informal antes da entrevista, foi bem marcante, ao expressar que só tinha comparecido ao CAPS naquele dia porque não havia outra pessoa disponível para acompanhar a sua irmã, mas que estava muito preocupada, pois ainda precisava fazer o almoço quando chegasse em sua casa, para que os filhos comessem quando chegassem da escola. Assim como ela, muitos familiares não conseguem lidar direito com as diversas tarefas cotidianas, incluindo o cuidado ao usuário, e se sentem sobrecarregados, o que dificulta a presença no grupo (Diário de Campo).

Em consonância com o disposto acima, os profissionais entrevistados mencionaram, em sua maioria, uma baixa adesão dos familiares ao grupo. Nessa perspectiva, várias possíveis causas foram elencadas pela equipe para justificar este fato, tais como: a dificuldade de compreensão acerca do significado desses espaços de cuidado; o baixo nível de escolaridade da população usuária; a sobrecarga familiar; a fragilidade na sensibilização por parte da equipe; as breves discussões em equipe sobre a temática da família na ocasião das reuniões; o caráter individualista da sociedade atual; e os horários de trabalho dos familiares coincidentes com a rotina de funcionamento do serviço.

Entendemos como de grande importância a viabilização de espaços de cuidado, socialização e suporte às famílias, uma vez que a troca de experiências e de conhecimentos pode trazer repercussões positivas para todos os sujeitos implicados no tratamento. Ressaltamos, sobretudo, que os partícipes foram unânimes no que tange à relevância de atividades voltadas para os parentes dos usuários, como o grupo de família. Todos os entrevistados, inclusive os familiares que afirmaram nunca ter participado do grupo, expuseram opiniões favoráveis e positivas quanto à existência e à continuidade dessa atividade: “O grupo é primordial, de tudo, porque a gente não consegue com o usuário sem a presença da família” (P3); “É importante ter um atendimento pra família, pra você ficar entendendo mais das coisas, pra saber o que deve fazer e o que não deve fazer” (F2).

Santin e Klafke (2011, p. 157) reiteram a essencialidade do grupo de família em serviços como os CAPS, visto que este tipo de atividade “pode funcionar como um espaço de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes”.

No que diz respeito à realização de encaminhamentos, orientações e esclarecimentos sobre o grupo de família, os profissionais mencionaram que, geralmente, falam sobre a atividade durante os seus atendimentos, mas que, dificilmente, fazem registros no cartão do usuário ou encaminhamentos mais diretivos: “Eu nunca encaminhei, nunca fiz anotação, mas eu só falava... De encaminhar, mesmo não” (P1).

Acreditamos que o registro de informações pode ser uma eficiente ferramenta de divulgação, já que permite que o familiar se organize melhor. Visualizamos ainda que a questão da adesão das famílias, não somente ao grupo, mas também ao serviço como um todo, consiste em um desafio multifatorial que requer um planejamento mais minucioso das práticas de cuidado com vistas à ampliação da divulgação e da sensibilização sobre a política de saúde mental e de suas interfaces na realidade local. O desafio é, portanto, coletivo e faz necessário o envolvimento dos próprios familiares e usuários. Muitos autores, por esse ângulo, versam sobre a relevância das estratégias de divulgação e/ou de informação (Cavalheri, 2010; Dimenstein et al., 2010; Sant’ana et al., 2011).

Urge, assim, a necessidade de sensibilizar a população usuária para o fato de que as famílias não são meras acompanhantes dos usuários com transtornos mentais e sua presença no dispositivo de saúde mental deve ir muito além dos momentos de atendimento individual. É fundamental que os familiares se sintam pertencentes ao serviço, compreendam a amplitude do contexto psicossocial e considerem os profissionais como parceiros, a fim de que o cuidado em saúde mental seja efetivado. O fortalecimento dos meios de sensibilização e divulgação é imprescindível, a medida que, apesar de os familiares terem ressaltado a importância do grupo de família, admitiram não participar deste de forma frequente e efetiva. É preciso, portanto, construir uma ponte sólida entre as dimensões do discurso e da realidade prática, a fim de superar essa dualidade.

Uma estratégia que começou a ser utilizada no dispositivo estudado é a assembleia de usuários e familiares, que foi implantada há cerca de seis meses e que tem apresentado uma boa adesão e resultados satisfatórios. A assembleia tem periodicidade bimestral e é facilitada por todos os profissionais do serviço, contando, geralmente, com a presença dos gestores da unidade. O planejamento e execução dessa iniciativa foram frutos da atuação coletiva entre os membros do CAPS e da Residência, de modo que, ao consistir em uma ferramenta de participação social e empoderamento político, essa atividade tem o potencial de fortalecimento de vínculos e de ampliação da informação.

Relação entre cuidado compartilhado e autonomia do usuário

O terceiro tema assinalado foi a relação entre o cuidado compartilhado e a autonomia do usuário. Todos os profissionais declararam perceber a existência dessa relação, ao salientarem o lar, o ambiente familiar como um espaço potente de cuidado e reabilitação psicossocial, ao vislumbrarem uma maior possibilidade de melhora e de ampliação da autonomia quando a família e o serviço de saúde mental atuam conjuntamente e ao reforçarem a importância de que a equipe trabalhe essa responsabilização de forma contínua e permanente: *“A gente vai alcançar até um certo ponto, mas o total empoderamento do paciente, a estabilização do quadro, eu acho que nem um nem outro consegue fazer só”* (P1). *“Se a gente não trabalhar nesse sentido [do cuidado compartilhado], eu acho que a gente não vai também, vamos dizer, ser veículo dessa possibilidade desse protagonismo acontecer, desse usuário ser autônomo, mas sempre colocando que isso é um processo”* (P2).

A atenção em saúde mental visa, desse modo, à ampliação das possibilidades de convívio sociocomunitário, à inserção social e à promoção de autonomia, cidadania, protagonismo e emancipação do usuário. Para isso, são necessárias a construção e a realização coletivas de ações de acolhimento, cuidado e estímulo à participação nas mais diversas redes de suporte social (Dimenstein et al., 2010). Ademais, a responsabilidade conjunta entre família e serviço exige o redirecionamento das práticas e o comprometimento para a construção de um cuidado coletivo e promotor da autonomia do usuário e da reconquista de seu espaço na sociedade (Schrank & Olschowsky, 2008).

Os profissionais reforçaram ainda o fato de que, quando se fala de transtornos mentais graves e persistentes, os quais consistiram no foco do estudo e que têm, em geral, maior complexidade psicossocial, o nível de autonomia é muito relativo, de modo que, dependendo do grau de comprometimento do usuário, pequenas conquistas cotidianas podem ter um grande significado para a pessoa com transtorno mental e sua família e para o serviço.

É de suma relevância trabalhar, portanto, no decurso das práticas profissionais, as potencialidades e os limites de cada sujeito, visto que cada indivíduo tem suas particularidades e necessidades, não esquecendo, porém, elementos como o vínculo, a sociabilização, a construção coletiva e os laços familiares, sociais e comunitários: *“No caso de pacientes que têm limitações, a família faz até onde consegue fazer com esse paciente... Dentro da limitação dele, a gente consegue ver a autonomia e a família contribuindo”* (P3).

Apesar das limitações inerentes aos transtornos mentais mais graves, os indivíduos com esse tipo de adoecimento devem ser vistos, tendo como lente a visão humanizada e integral de saúde, como um ser de possibilidades. As relações que esses usuários estabelecem com as pessoas e demais elementos a seu redor podem contribuir significativamente para essa realidade. O cuidado compartilhado tem, assim, um grande potencial emancipatório, o que denota como legítima a

valorização de uma cultura participativa dentro das instituições de saúde mental e em toda a conjuntura de vida dos sujeitos (Borba et al., 2011).

Os familiares entrevistados não estabeleceram em suas falas uma relação direta e explícita entre o cuidado compartilhado e a autonomia do usuário, mas identificaram, como já foi explanado anteriormente, que tanto a família quanto o serviço têm um papel no tratamento e trouxeram exemplos reais de que, a partir do processo de cuidado, os usuários tiveram, considerando suas limitações, avanços significativos no que se refere à autonomia: “No começo, eu dava o remédio. Agora ela [a usuária] toma só... Eu tinha que banhar ela. Agora, não. Banhar, mudar a roupa, agora, ela faz só” (F2); “Quando ele tá melhor, ele sai sozinho. Ele estuda, ele ia fazer natação, mas deu uma parada nesses dias” (F3).

Nesse sentido, alguns profissionais fizeram alusão à necessidade de haver equilíbrio e sensatez na realização do cuidado, de forma que o usuário não seja tratado com negligência e/ou indiferença, mas também que não tenha uma proteção exacerbada que o impeça de desenvolver ou ampliar habilidades e conhecimentos: “Quando tem uma família presente, com um grau de equilíbrio, é muito importante pra questão da autonomia. Sem proteger demais e sem abandonar demais” (P5).

Os sujeitos participantes teceram ainda ponderações sobre a especificidade do cuidado em saúde mental, enfatizando que esta área deve ser vista com um olhar ampliado, uma vez que abrange uma série de condicionantes e dimensões, o que torna a corresponsabilização e a relação entre os diversos atores compreendidos uma tarefa ainda mais desafiadora, rica e gratificante: “A saúde mental, ela traz esse apanhado de vida, de contextos, de sociedade, de família, de biológico, tudo num só. Então, é um cuidado extremamente delicado e que nada pode ser menosprezado.” (P1); “É uma coisa que ninguém tem que ter preconceito porque é uma doença, né?... Se você tá com diabete ou com pressão alta, mas a sua consciência tá boa, é diferente. A base de tudo é o cérebro” (F5).

A saúde mental, na sua perspectiva psicossocial, abrange, assim, não somente os aspectos biológicos dos indivíduos, como também todo o contexto de implicações sociais, culturais, políticas e relacionais vivenciadas pelos usuários com transtornos mentais e suas famílias. Logo, o olhar psicossocial busca enxergar não mais a doença e os sintomas isoladamente, dado que considera o meio social em que as pessoas estão inseridas (Mello & Furegato, 2008).

Essa concepção expressa o trabalho em rede como uma ferramenta fundamental para a efetividade do paradigma psicossocial. Um ponto estratégico da rede é a Atenção Básica, em virtude de seu forte caráter territorial e de proximidade com a população usuária. A observação participante e a análise das falas nos remeteram à apreensão de que, na realidade estudada, a articulação em rede ainda consiste em um desafio e, apesar de muitos passos já terem sido dados nesse processo de aproximação, inclusive no processo de Residência, fazem-se necessários o fortalecimento e a sistematização dessas conexões e do compartilhamento do cuidado extramuros.

Evidencia-se, desse modo, que a atuação em rede é uma condição *sine qua non* para a completude do cuidado. Nesse âmbito, os profissionais ouvidos relataram a importância de atuar conjunta e intersetorialmente: “Esse cuidado perpassa por tantas outras possibilidades de inserção, de cuidado mesmo, que pode ser num posto de saúde, pode ser num outro espaço, pode ser numa ONG” (P2); “Se o cuidado é compartilhado, ele vai estar menos, com menor frequência, dentro do serviço. Se ele tem o suporte na rede, na comunidade, vai depender menos do serviço. Ele vai conseguir ter a vida dele, vai conseguir trabalhar” (P4).

É inegável o papel dos CAPS como um espaço de referência e acolhida em saúde mental, mas eles devem criar e consolidar parcerias intersetoriais, as quais “exigem que o território seja bosquejado por pontes, construídas com materiais sólidos e, ao mesmo tempo, permeáveis às diferentes formas de circulação da população” (Miranda, Oliveira, & Santos, 2014, p. 594). Conforme essa acepção, objetiva-se romper com os limites espaciais do serviço, a fim de garantir uma atenção integral e democrática aos indivíduos.

Defendemos, à vista disso, que o tripé usuário, família e serviço, o qual está inserido em vínculos comunitários e sociais, tem uma grande capacidade de promoção de autonomia e de protagonismo do usuário, a medida que, para que o usuário possa se sentir empoderado e protagonista de sua própria trajetória, é importante que haja uma base sólida de cuidado e uma teia entrelaçada de vínculos, afetos e subjetividades. É preciso, portanto, que todos os sujeitos envolvidos na dinâmica de cuidado,

inclusive e sobretudo, os próprios usuários, sejam ouvidos e convidados cotidianamente a participarem desse processo.

Considerações finais

A partir deste estudo, que foi elaborado no contexto da experiência formativa da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, tecemos algumas reflexões sobre a relação entre as famílias e os profissionais de um CAPS Geral, no âmbito do cuidado compartilhado. Por meio de entrevistas e de observação participante, buscamos compreender a dinâmica de cuidado realizada pelos referidos atores, tendo como baliza a saúde mental em um contexto ampliado de promoção de vida e de subjetividade.

Constatamos que, de uma forma geral, há uma relação de respeito e de vínculo entre os familiares e os profissionais do serviço estudado e que os sujeitos demonstraram a percepção da importância da realização do cuidado compartilhado. Visualizamos, assim, que muitas famílias atuam de fato como parceiras da equipe multiprofissional, contudo é válida a ressalva de que há casos em que se percebe um relativo distanciamento entre serviço e família, o que denota a necessidade de o trabalho em saúde mental ser pautado em uma permanente relação de aproximação, informação e diálogo com os usuários e seus familiares.

Quanto às formas de participação das famílias no dispositivo, notamos uma baixa adesão ao grupo de família e uma maior frequência dos familiares na ocasião dos atendimentos individuais enquanto acompanhantes, bem como nos momentos de agudização do quadro psicossocial e/ou de crise do usuário. Apesar disso, verificamos e corroboramos a visão unânime dos depoentes acerca da relevância de atividades destinadas ao suporte e ao cuidado das famílias.

Identificamos ainda a legitimidade da relação entre o cuidado compartilhado e a autonomia do usuário. Dessa maneira, quando o cuidado é construído por meio de um olhar de coletividade e partilha, as possibilidades de fortalecimento dos processos de autonomia e de empoderamento se ampliam largamente.

Em virtude do exposto, observamos que o cuidado em saúde mental não se gesta de modo unilateral. Ao contrário, ele é permeado de múltiplas dimensões e implicações e envolve não somente o usuário, sua família e o serviço de saúde mental, mas também a comunidade, os outros dispositivos intersetoriais e de saúde, em que a Atenção Básica é um ponto estratégico, além da sociedade como um todo.

Este trabalho registra, portanto, a necessidade de ampliação do debate sobre a temática estudada, já que não foi possível o estudo com um grande número de sujeitos em virtude da limitação do tempo. Em contrapartida, houve contribuições para o aperfeiçoamento do cuidado no CAPS Geral que foi locus desta pesquisa e desta Residência, para o adensamento do debate acerca do cuidado compartilhado em saúde mental como um potencial de autonomia e, ainda, para o dialético pensar-fazer cotidiano de todas as categorias profissionais mencionadas nesta pesquisa, uma vez que a efetivação desse cuidado compartilhado, aqui posto em relevo, qualifica a atuação de toda equipe de trabalhadores de saúde (da qual a saúde mental, inexoravelmente, é parte), independente de onde estejam lotados e de que formação específica tragam.

Referências

- Almeida, M. M., Schal, V. T., Martins, A. M., & Modena, C. M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista Psiquiatria*, 32(3), 73-79. Recuperado em 28 de abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf>.
- Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bessa, J. B. & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(1), 61-70. Recuperado em 30 de abril, de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf.

- Bisneto, J. A. (2009). *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática* (2a ed.). São Paulo: Cortez.
- Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labrocini, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da escola de enfermagem*, 45(2), 442-449. Recuperado em 28 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>
- Camatta, M. W. & Schneider, J. F. (2009). A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 13(3), 477-484. Recuperado em 27 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04.pdf>.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de enfermagem*, 63(1), 51-57. Recuperado em 04 de maio, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>.
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da escola de enfermagem*, 38(2), 197-205. Recuperado em 29 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis*, 20(4), 1209-1226. Recuperado em 28 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado em 29 de abril, de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). *Ceará – CE*. IBGE. Recuperado em 30 de abril, 2015, de http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=ce.
- Itaborai, N. R. (2005). A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. *Anais do Seminário As Famílias e as Políticas Públicas no Brasil*. Belo Horizonte. Recuperado em 04 de maio, de 2015, de <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/Nathalieltaborai.pdf>.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001, 6 de abril). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 14 de abril, de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Mello, R. & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 12(3), 457-464. Recuperado em 13 de maio, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a10.pdf>.
- Melman, J. (2006). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7a ed.). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (25a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (2012). *Saúde mental em dados 11*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de abril, de 2015, de <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>.
- Ministério da Saúde (2014). *Esclarecimento sobre leitos no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de abril, de 2015 de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15145-esclarecimento-sobre-leitos-no-sus>.
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia, ciência e profissão*, 34(3), 592-611. Recuperado em 30 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n3/1982-3703-34-03-0592.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: Organização Mundial da Saúde. Recuperado em 28 de abril, de 2015, de <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>.
- Pimenta, E. S.; Romagnoli, R. C. (2008). A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 75-84. Recuperado em 07 de janeiro, de 2016, de http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Pimenta_Romagnoli.pdf.
- Pinho, L. B., Hernandez, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface (Botucatu)*, 14(32), 103-113. Recuperado em 28 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/09.pdf>.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002, 19 de fevereiro). *Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. Brasília. Recuperado em 14 de abril, de 2015, de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012, 12 de dezembro). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde. Ministro de Estado da Saúde. Recuperado em 07 de maio, de 2015, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Sant'ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(1), 50-58. Recuperado em 29 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>.
- Santini, G. & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, 34, 146-160.

- Recuperado em 07 de janeiro, de 2016, de <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1643/1567>.
- Schrank, G. & Olschowsky, A. (2008). O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista escola de enfermagem*, 42(1), 127-134. Recuperado em 29 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>.
- Vasconcelos, E. M. (Org.). (2010). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (5a ed.). São Paulo: Cortez.
- Wetzel, C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência saúde coletiva*, 16(4), 2133-2143. Recuperado em 28 de abril, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>.

Recebido em 29/06/15

Aceito em 20/01/16

Mirla da Silva Lima: Assistente Social pela Universidade Estadual do Ceará, residente em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Ana Caroline Leite de Aguiar: Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará, psicóloga do CAPS AD da região metropolitana do Ceará, preceptora de Psicologia da Residência Integrada em Saúde (ESP-CE), atuação em Psicologia Clínica no âmbito privado.

Mabel Melo Sousa: Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Saúde da Família pela ESP-CE, especialista em Família pela Unifor.