

Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial

Descriptions of the health-disease-care process in the perspective of users of a psychosocial care center

Descripciones del proceso de salud-enfermedad-cuidado en la perspectiva de los usuarios de un centro de atención psicossocial

Recebido: 22/01/2018

Aprovado: 18/08/2018

Publicado: 05/11/2018

Fernanda Sousa Silva¹
Cintia Bragheto Ferreira²
Yasmin Livia Queiroz Santos³

A pesquisa teve como objetivo descrever o processo saúde-doença-cuidado para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, no período de fevereiro e março do ano de 2015. Os resultados mostraram que os modelos biomédico e biopsicossocial emergiram no discurso dos entrevistados, principalmente ao falarem sobre saúde, já o conceito de doença foi associado a sofrimento e a preconceito social. O conceito de cuidado foi significado como um ato de responsabilidade próprio dos usuários, proporcionado pela equipe do CAPS e pela medicação. A partir desses resultados, propõe-se a reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde mental ancoradas apenas no modelo biomédico, as quais podem produzir, como neste estudo, usuários que têm dificuldade de conviver socialmente com seus transtornos e que têm a terapia medicamentosa como um elemento central para o seu cuidado em saúde.

Descritores: Salud mental; Enfermedad crónica; Servicios de salud mental.

The research aimed to describe the health-disease-care process for users of a Psychological-social Care Center (CAPS). Five semi-structured interviews, recorded and transcribed in full, were carried out in the period of February and March of the year 2015. The results showed that the biomedical and biopsychosocial models emerged in the interviewees' speeches, especially when they talked about health, since the concept of disease was associated with suffering and social prejudice. The concept of care was meant as an act of responsibility of users, provided by the CAPS team and by medication. Based on these results, we propose a reflection on the mental health care practices anchored only in the biomedical model, which can produce, as in this study, users who have difficulty living in society with their disorders and who have drug therapy as a central element for their health care.

Descriptors: Mental health; Chronic disease; Mental health services.

La investigación tuvo como objetivo describir el proceso salud-enfermedad-cuidado para usuarios de un Centro de Atención Psicossocial (CAPS). Se realizaron cinco entrevistas semiestruturadas, grabadas y transcritas en su totalidad, en el período de febrero y marzo del año 2015. Los resultados mostraron que los modelos biomédico y biopsicossocial surgieron en el discurso de los entrevistados, principalmente al hablar sobre salud, ya el concepto de enfermedad fue asociado al sufrimiento y al prejuicio social. El concepto de cuidado fue significado como un acto de responsabilidad propio de los usuarios, proporcionado por el equipo del CAPS y por la medicación. A partir de estos resultados, se propone la reflexión sobre las prácticas de cuidado en salud mental ancladas sólo en el modelo biomédico, las cuales pueden producir, como en este estudio, usuarios que tienen dificultad para convivir socialmente con sus trastornos y que tienen la terapia medicamentosa como un elemento central para su cuidado en la salud.

Descritores: Salud mental; Enfermedad crónica; Servicios de salud mental.

1. Psicóloga. Especialista em Gestão de Sala de Aula no Ensino Superior, Mineiros, GO, Brasil. ORCID: 0000-0001-6435-7381 E-mail: nandasousa16@hotmail.com

2. Psicóloga. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta no Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4070-7169 E-mail: cintiabragheto@gmail.com

3. Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora na Faculdade Santa Rita de Cássia, Itumbiara, GO, Brasil. ORCID: 0000-0002-4020-6324 E-mail: yasminqueiroz88@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Definir um transtorno mental não é tarefa fácil¹. O sofrimento psíquico é considerado uma particularidade humana que inspira um cuidado direcionado a cada pessoa singularmente², haja vista que a busca por uma única causa que determine a saúde e a vulnerabilidade reduz as possibilidades de compreensão dos indivíduos³.

A assistência a pacientes com transtornos mentais passou por alguns marcos históricos importantes tanto em nível mundial quanto no Brasil. Dentre eles, o da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil iniciou-se no final da década de 1970, com proposta de luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, buscando produzir uma crítica ao denominado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico para o cuidado dos pacientes com transtornos mentais. A Política Nacional de Saúde Mental, fruto das lutas da Reforma Psiquiátrica, propõe a alteração dos modelos de assistência manicomial por práticas comunitárias que visam à promoção de autonomia das pessoas com transtornos mentais⁴.

Para tanto, foram criados, no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o intuito de prestar cuidado diário a pessoas em sofrimento mental grave e persistente e evitar internações em hospitais. Sendo assim, muitas foram as conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, dentre elas, o treinamento de profissionais da atenção primária para atenderem pessoas com sofrimento mental e a redução e o fechamento de hospitais psiquiátricos⁵. Portanto, as trajetórias das práticas de cuidado em saúde mental parecem percorrer dois grandes polos, partindo inicialmente dos valores que sustentam o modelo biomédico, assentado na hegemonia do saber psiquiátrico e hospitalocêntrico, até o desenvolvimento dos valores que sustentam o modelo biopsicossocial de cuidado em saúde.

No modelo biomédico o corpo é visto independentemente dos processos psicológicos, sociais e subjetivos dos indivíduos e as doenças são explicadas unicamente relacionadas a causas fisiológicas,

por isso, a saúde está intimamente ligada à ausência de doenças de natureza física, que no campo da saúde mental tem como foco a medicalização dos sintomas⁶ e os indivíduos, transformados em consumidores de medicamentos e, submetidos ao processo de biomedicalização da vida⁷.

Todavia, o tratamento em saúde mental deve ir além do uso da medicação. Necessita buscar soluções para o cuidado atreladas aos valores do modelo biopsicossocial, o qual enfatiza que a saúde e a doença nascem da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais⁸. Por isso, é possível afirmar que cada indivíduo significa o conceito de saúde e doença conforme suas concepções históricas, políticas e culturais⁹.

O cuidado em saúde mental, ancorado no modelo biopsicossocial, busca construir uma terapêutica voltada para a história de vida do sujeito em sofrimento¹⁰ e em discussões sobre o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença, as quais podem produzir um sujeito mais ativo na construção do seu próprio processo de promoção da saúde¹¹.

Esse processo, quando construído em conjunto com as equipes, pode ainda facilitar o planejamento de ações de cuidado ancoradas na integralidade^{12,13}. Além disso, a participação de familiares, comunidade e serviços de saúde também podem ser produtores de experiências de cuidado em que os usuários participem como protagonistas do cuidado em saúde mental a eles disponibilizado^{14,15}.

Contudo, apesar das contribuições da Reforma Psiquiátrica e dos valores do modelo biopsicossocial para o cuidado em saúde mental, as pessoas que sofrem de transtornos mentais não emergem de forma significativa como participantes em estudos, o que talvez reafirme a concepção de que pessoas com sofrimento mental são incapazes de participarem da construção de seus tratamentos, reproduzindo assim a lógica manicomial de cuidado dos indivíduos com transtornos mentais.

Esta pesquisa propôs-se a ouvir e dar voz a esses indivíduos, com vistas a que relatassem suas concepções acerca dos

conceitos de saúde, doença e cuidado, contribuindo assim para com a valorização da autonomia das pessoas com sofrimento mental, bem como para com a ampliação da compreensão de pessoas com transtornos mentais. Sendo assim, esta investigação teve como objetivo descrever o processo saúde-doença-cuidado para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

MÉTODO

Estudo qualitativo-descritivo que integra um projeto maior, que visou compreender o processo saúde, doença, cuidado para pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde.

Participaram do estudo usuários de um CAPS II, localizado em Goiás. Foram realizadas cinco visitas ao CAPS para a efetivação da coleta de dados. A cada visita, um usuário era entrevistado a partir da indicação dos profissionais da equipe do CAPS.

Após o aceite para a participação no estudo, foi proporcionado a cada entrevistado um período para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro previamente elaborado, composto por dados sociodemográficos, como: idade e perguntas sobre os significados do processo saúde-doença-cuidado.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da instituição e ocorreram individualmente, apenas com a presença de uma pesquisadora e do entrevistado, com duração média de quarenta minutos, sendo todas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi realizada inicialmente a partir da leitura exaustiva das entrevistas transcritas, da organização das falas dos participantes e sua subdivisão nas dimensões saúde, doença e cuidado, construídas com o intuito de compreender os significados do processo saúde-doença-cuidado.

Em um segundo momento as falas correspondentes a cada dimensão previamente elaborada foram lidas com

curiosidade compreendida como o interesse genuíno pelas falas dos participantes¹⁵, buscando sustentação na perspectiva metodológica construcionista social, que considera que os sentidos são construídos vinculados a certos valores que podem ditar regras sociais e várias possibilidades sobre o que pode ser a realidade e que, além disso, entende que as entrevistas podem ser um instrumento para a contextualização de um determinado tema¹⁶.

Posteriormente as falas foram discutidas ancoradas em estudos que versavam sobre o campo do cuidado em saúde mental. O estudo ocorreu no primeiro semestre de 2015 e, foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 120/13).

RESULTADOS

Os participantes do presente trabalho receberam nomes fictícios para a preservação de suas identidades. Dos cinco entrevistados, três eram do sexo masculino (João, Pedro e Joaquim) e dois do sexo feminino (Maria e Joana). A média de idade dos entrevistados, no momento de realização das entrevistas, era de 54 anos e todos eram aposentados.

Quanto aos diagnósticos, levantou-se o que constava nos devidos prontuários e o autorrelato de cada paciente entrevistado.

Identificou-se assim: João (diagnóstico prontuário: esquizofrenia, diagnóstico autorrelatado: depressão), Pedro (diagnóstico prontuário: esquizofrenia, diagnóstico autorrelatado: distúrbio mental), Joaquim (diagnóstico prontuário: esquizofrenia, diagnóstico autorrelatado: esquizofrenia), Maria (diagnóstico prontuário: transtorno afetivo bipolar, diagnóstico autorrelatado: doença mental) e Joana (diagnóstico prontuário: epilepsia e diagnóstico autorrelatado: epilepsia).

Posteriormente, procedeu-se à análise das temáticas, previamente subdivididas nas dimensões saúde, doença e cuidado.

Saúde

As representações dos entrevistados relacionadas à dimensão saúde estiveram associadas ao corpo e à realização de atividades de vida diárias:

Saúde é estar bem com o corpo, higiene, dormir bem, alimentar bem. (Pedro)

É a pessoa ter... ser, não perfeita mais... não ter crises como eu tinha, você poder trabalhar, poder estudar, poder se relacionar com as pessoas da cidade, trabalhar. (Joaquim)

Saúde é coisa boa, porque você tem ânimo para fazer todos os serviços. Cê varre uma casa, cê limpa seu terreiro, cê lava roupa, cê cuida dos seus netos que chegam. (Maria).

Doença

Em relação à dimensão doença, Joana, Pedro e Joaquim associam seus transtornos a algo muito mais ampliado do que uma doença:

Eu não me sinto doente. (Joana)

Eu tenho uma boa saúde... mais eu sinto também muita pontada por causa da doença, no pulmão, no peito, nas costas. (Pedro)

...o meu problema é que minha mente está muito desgastada... por eu usar muito minha mente ela desgastou... pode passar isso por loucura... mas pode ser um pouco de esquizofrenia... a doutora fala que é uma coisa que vem da minha cabeça... esquizofrenia não é que a pessoa seja doida a pessoa tem o mundo dele... doença pra mim é a pessoa que não trabalha, não estuda, tem problema, da crise. (Joaquim)

As entrevistas permitiram também compreender a percepção dos entrevistados sobre os primeiros sinais e sintomas de seus sofrimentos psíquicos, demonstrando que inicialmente havia um desconhecimento dos participantes sobre seus transtornos:

Eu tive depressão há muito tempo sem tratamento. Um dia minha filha falou meu pai vou levar o senhor lá no doutor... na consulta ele foi me fazendo umas pergunta... ele disse pra minha filha o que está acabando com seu pai é depressão e passou remédio pra mim até que eu vim pra cá. (João)

Eu fiquei seis meses deitado... foi em 1996 eu ficava falando, eh, mãe muita coisa vai mudar, as coisas vai mudar daqui pra frente. (Pedro)

...do resguardo eu fiquei assim com a minha cabeça ruim... até hoje eu fico com a cabeça ruim, mas aí eu tomo o remédio do doutor e garrafada aí miora. (Maria)

Dava pontada na cabeça... ficava mudando o sentido, eu caía pelo chão e agora não estou assim mais não... porque eu não posso passar raiva. (Joana)

Diante das percepções de doença para os entrevistados, é possível descrever ainda alguns significados negativos relatados, tais como a representação de uma possível ligação entre a doença e a morte:

Como eu tenho visto gente que está aí conversando aí morre, minha irmã caçula ela morreu deitou sadia e na hora de acordar ela tava morta. (Maria)

Eu acho que se eu não tivesse internado eu tinha morrido porque foi muito forte as coisas que eu sofri, muita pressão na cabeça... senti uma coisa muito ruim dentro

de mim parecia que eu estava morrendo e não conseguia morrer. (Joaquim)

Outro aspecto relatado pelos entrevistados referente à dimensão doença se refere ao uso da medicação como sendo a única forma de tratamento do transtorno mental:

Carbolito é o remédio mais forte, eu uso é muito... o enfermeiro botou um saco de remédio pra eu tomar... eu não fico sem remédio de jeito nenhum. (Maria)

Eu achava que eu não tinha problema nenhum que eu não precisava de remédio e toda vez que eu saía do hospital eu prometia pro médico que ia tomar o remédio e eu não tomava, até uma vez que eu sofri muito no hospital e resolvi não ficar mais sem usar o remédio. (Joaquim)

Nessa dimensão é possível perceber ainda o modo como os entrevistados vivenciam o conceito de doença associando-o a eventos discriminatórios:

Tem alguns vizinhos que tem é medo de mim, que passa só me olhando... acha que eu sou perigosa. (Joana)

Tem gente que vira a cara pra gente... tem pessoa que tem preconceito com a gente... (Joaquim)

As falas de Joana e Joaquim, anteriormente apresentadas, parecem explicar a percepção de João ao afirmar que:

Não acho outro lugar que suporta, que atolera a gente como o CAPS. (João)

Os dados possibilitaram também perceber o grande sofrimento dos participantes em razão de suas vivências de ameaças à ruptura de si mesmos, com pensamentos suicidas:

Eu sinto muita tristeza e coisa que não convém tudo vem para a cabeça da gente... eu tenho remorso disso... esses pensamentos de fazer com a gente, mas por nada eu vou tirar minha vida... eu levo muito em oração, graças a Deus. (João)

Eu tinha vontade de suicidar... mais o povo diz que quem morre suicidado perde a alma...a doença dá esses pensamentos negativos. (Pedro)

Vou falar pra você as doenças que eu tenho pra você ver o quanto é grave... insônia, Esquizofrenia, TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo - aquele que você verifica), na tireoide (que eu engordo), problema de colesterol e problema mental. Se eu fosse uma pessoa que não acreditasse em Deus eu já tinha feito uma loucura. (Joaquim)

Cuidado

A dimensão cuidado foi associada pelos entrevistados a algo que depende do envolvimento deles mesmos para que ocorra: Cuidado é responsabilidade. (Pedro)

É evitar muitas coisas que não é certo pelo organismo da gente. (João)

Cuidado é a pessoa tratar a gente bem... quando a gente tiver algum problema aqui procurar os psicólogos, os psiquiatras, falar dos problemas. (Joaquim)

O cuidado foi significado como algo proporcionado pelo outro, nesse caso, pela equipe multidisciplinar, mas que só é possível se buscado individualmente:

Eles cuida muito bem de mim porque eu tomo remédio controlado. (Pedro)

O povo do CAPS cuida muito bem de mim. (Maria)

Eu sinto feliz... melhor do que quando eu estava com a minha mãe porque ela queria era me destruir, não queria cuidar de mim, me dava remédio a mais querendo me matar aos poucos querendo me deixar doida. (Joana)

DISCUSSÃO

A identificação do diagnóstico descrito no prontuário de cada participante, bem como o diagnóstico relatado pelos próprios usuários da pesquisa, foi realizada considerando o pressuposto da pesquisa construcionista social de que não se deve desconsiderar as conversas cotidianas, visto serem elas importantes para a produção do conhecimento¹⁷.

Na comparação entre o diagnóstico do prontuário percebe-se que para a maioria dos entrevistados, o diagnóstico autorrelatado parece adquirir significados mais inteligíveis ao senso comum, demonstrando uma tentativa de vivência do sofrimento mental próximo do que é aceito socialmente e por isto, mais inclusivo.

Sobre a dimensão saúde, é possível perceber em Pedro uma concepção de saúde associada a fatores biológicos, reproduzindo assim uma visão mecanicista e dualista típica do modelo biomédico, que negligencia os aspectos sociais e psicológicos do indivíduo.

Contudo, Joaquim e Maria demonstram uma visão ampliada de saúde ao associá-la à realização de atividades cotidianas como o trabalho e o estudo, concordando com as prerrogativas do modelo biopsicossocial⁸. O trabalho constitui para o ser humano um verdadeiro sentido de vida, visto que colabora para a estruturação da personalidade e da identidade dos indivíduos¹⁸. Além disso, pertencer a uma atividade pode promover a reinserção social de pessoas com sofrimento mental¹⁹. Por isto, o desemprego pode promover sofrimento mental².

A maioria dos trabalhadores encontra no trabalho o único meio para se relacionar socialmente fora do convívio familiar²⁰. Deste ponto, a ausência de trabalho pode acarretar alterações na saúde mental.

Em relação à dimensão doença, Pedro, Joana e Joaquim ao associarem seus transtornos a algo muito mais ampliado do que uma doença, demonstram que o sofrimento mental pode não ser algo central na vida de um indivíduo¹¹. Por sua vez, Maria e Joaquim reafirmam em suas falas a relevância do modelo biomédico e da supremacia psiquiátrica para o tratamento de seus transtornos mentais. A Psiquiatria, em nome da segurança, legisla que a vida pode ser garantida quando associada à medicação²¹⁻²⁷.

Quanto mais cresce a hegemonia do discurso psicofarmacológico como o mais adequado para o cuidado dos transtornos mentais, mais pessoas são diagnosticadas como doentes e mais medicamentos são consumidos²², o que parece também ser reproduzido, pelo menos parcialmente, por Maria e Joaquim, ao relatarem suas relações com os medicamentos. Acrescenta-se aí que, os psicofármacos, principalmente quando prescritos inadequadamente, tendem a reduzir a autonomia dos indivíduos com transtornos mentais²³.

Os participantes Joana, Joaquim e João referiram eventos discriminatórios na vivência de seus transtornos, reafirmando a constatação de que nas convenções sociais se atribuem ao sofrimento psíquico causas de cunho cultural ou de valores, ao invés de fatores biológicos e/ou psicossociais²⁴. Este fato colabora para a exclusão das pessoas com transtornos mentais.

Ademais, João parece também demonstrar que os relacionamentos se baseiam no que se pensa a respeito das pessoas com as quais se convive²⁵. Somado a isso, sua fala, além das falas de Joana e Joaquim, demonstram a vivência de segregação em decorrência do sofrimento mental, reafirmando que o diagnóstico de um transtorno mental afeta negativamente o paciente, causa danos irreversíveis²⁶; e, ser discriminado em razão da utilização de medicamentos psiquiátricos, pode ser

sinônimo de estar fora do padrão de normalidade necessário para a convivência em sociedade²⁷.

Percebe-se predomínio de representações negativas associadas à vivência do sofrimento psíquico, provenientes tanto dos sintomas desencadeados pelos transtornos, como das representações sociais (negativas) construídas para o sofrimento psíquico, que são promotoras de isolamento e solidão para os participantes.

Quanto à dimensão cuidado, os entrevistados reconhecem que é necessário o envolvimento deles mesmos, o que concorda com a prerrogativa de que planos e ações de cuidado em saúde dependem do comprometimento dos indivíduos¹² e pode emergir associado a informação e independência²⁸, demonstrando ainda a busca de Pedro, João e Joaquim por autonomia. O auxílio do CAPS enquanto recurso para o cuidado foi verbalizado por Joaquim, Maria e Joana, reafirmando assim a importância da equipe do CAPS como facilitadora da promoção do cuidado em saúde mental.

Há que se destacar também a fala de Joana, ao relatar sobre a relação dela com a mãe, o que vem corroborar com a discussão sobre as dificuldades de relacionamento familiar em pacientes com sofrimento mental. O desentendimento familiar, as agressões verbais e físicas, as brigas, são fatores que contribuem para o desequilíbrio da pessoa com transtorno mental²⁴.

Levando em consideração que a relação familiar pode ser o sustentáculo, tanto para a prevenção de uma crise quanto para a sua manutenção, situações em que a referida relação é vivida de forma negativa, poderão dificultar ainda mais a manutenção da saúde psíquica das pessoas com sofrimento mental. Contudo, para os participantes, diferentemente da família de Joana, o CAPS emergiu como um importante aliado no apoio aos entrevistados.

Os entrevistados enfatizaram suas vivências demonstrando como se percebem em relação a sua saúde, muito associada ao exercício de uma atividade laboral, atual ou exercida no passado, assim como o papel que

o transtorno mental ocupa em suas relações, com inúmeras situações discriminatórias.

O suicídio aparece ligado ao sofrimento mental. Diante disso, o transtorno mental tem vários reflexos negativos na vida dos entrevistados, mas que ao relatarem sobre seus sofrimentos e sobre suas formas de cuidado, ancoradas principalmente na medicação, proporcionou a compreensão das vivências destes usuários.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar que os modelos biomédico e biopsicossocial participam da construção dos discursos dos usuários entrevistados.

Dentre os três conceitos estudados, o que mais disparou significados no discurso dos participantes foi o conceito de doença. Nele, os usuários relataram brevemente como foi o diagnóstico da doença, o que viabilizou a compreensão da vivência dos mesmos enquanto pessoas com transtornos mentais.

Muitos dos usuários significaram seu transtorno como algo carregado de sofrimento causado não apenas pelos sintomas decorrentes do intenso sofrimento psíquico, mas também relacionado a construções sociais que priorizam uma visão excludente na forma de se perceber as pessoas com transtornos mentais.

Por meio das falas dos usuários, foi possível compreender também o papel que a medicação ocupa no tratamento desses indivíduos. Os mesmos acreditam que o uso do medicamento proporciona um satisfatório cuidado da sua saúde.

A primazia do modelo biomédico para o cuidado em saúde mental, presente de forma predominante no discurso dos entrevistados deste estudo, merece ser colocada em reflexão, visto que parece contribuir para que os participantes se sintam impedidos de uma convivência social satisfatória e reafirmem a centralidade da terapia medicamentosa para o cuidado de seus transtornos mentais.

Os entrevistados significaram o processo de cuidado como um ato de responsabilidade deles mesmos, o que reafirma o desejo de autonomia; e que também consideram a equipe multidisciplinar

do CAPS fundamental e facilitadora para a promoção do cuidado em saúde mental.

Este estudo tem como limitação o fato de se entrevistar apenas usuários indicados pelos trabalhadores do CAPS. Contudo, baseado na lacuna de estudos e nos resultados encontrados, sugere-se a produção de mais estudos que procurem dar voz às pessoas com transtornos mentais, visto que eles podem ser importantes protagonistas na construção do seu próprio processo de saúde, doença e cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar, sim-excluir, não. Genebra: OMS; 2005. 257p.
2. Ministério da Saúde (Br). Saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado em: 10 set 2017]. 171p. (Cadernos de Atenção Básica; 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
3. Straub RO. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. 3ed. São Paulo: Artmed; 2014. 508p.
4. Almeida R, Duarte DM. Humores insensatos: teatro do oprimido e perspectivas de um criativo fazer coletivo. In: Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde Mental. Saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em: 10 set 2017]. p. 503-509. (Caderno Humaniza SUS; 5). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
5. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios. Rev EPOS. 2013; 4(2):1-3.
6. Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde mental na atenção primária a saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Physis. [Internet]. 2014 [citado em 10 de set 2017]; 24(2):545-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200012>
7. Iriart C, Merhy EE. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. Interface Comun Saúde Educ. [Internet]. 2017 [citado em 10 set 2017]; 21(63):1005-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>
8. Lyons AC, Chamberlain K. Health psychology: a critical introduction. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. 454p.
9. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis. 2007; 17(1):29-41.
10. Bizarria FPA, Tassigny MM, Oliveira NTG, Jesuíno, SLCS. Reflexões sobre diagnóstico psiquiátrico à luz da psicologia analítica. Estud Interdiscip Psicol. [Internet]. 2013 [citado em 10 set 2017]; 4(2):148-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2013v4n2p148>
11. Silva JL. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. Informe-se em Promoção da Saúde [Internet]. 2006 [citado em 10 set 2017]; 2(1):3-5. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/o-process.pdf>
12. Ramos PF, Pio DAM. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. Psicol Ciênc Prof. 2010; 30(1):212-23.
13. Sordi LP, Bigatto KRS, Santos SG, Machado AL. Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental. Rev Port Enferm Saúde Mental. 2015; (2):89-94.
14. Ministério da Saúde (Br). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [citado em: 08 set 2017]. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
15. Mcnamee S, Hosking DM. Research and social change: a relational constructionist approach. New York: Routledge; 2012. 142p.
16. Spink MJ, Brigagão J, Nascimento V, Cordeiro M, organizadores. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. 170p.
17. Batista NCS, Bernardes J, Menegon VSM. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: Spink MJ, Brigagão J, Nascimento V, Cordeiro M, organizadores. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 98-123.
18. Borges LO, Tamayo A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. Rev Psicol Organ Trab. [Internet]. 2001 [citado em 20 ago 2017]; 1(2):11-44. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572001000200002
19. Aguiar DA. Trabalho e saúde mental: a relação existente no cenário de um CAPS. REFACS. [Internet]. 2017 [citado em 10 set 2017]; 5(1):47-

55. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i1.1912>
20. Vasconcelos ZB, Oliveira ID, organizadores. Orientação vocacional: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos. São Paulo: Vetor; 2004. 206p.
21. Fonseca TMG, Jaeger RL. A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura hoje. In: Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde Mental. Saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 10 set 2017]. p. 23-40. (Caderno Humaniza SUS; 5). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_de_mental_volume_5.pdf
22. Travaglia AAS. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. *Psicol Rev.* 2014; 23(1):31-49.
23. Ferrazza DA, Rocha LC, Luzio CA. Medicalização em um serviço público de saúde mental. *Gerais (Univ Fed Juiz Fora)* [Internet]. 2013 [citado em: 04 set 2017]; 6(2):255-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008
24. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):123-7.
25. Duarte Junior JF. A política da loucura. São Paulo: Papirus; 2008. 97p.
26. Silva RS, Brandalise F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. *Mudanças.* 2008; 16(2):123-9.
27. Silva TT. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes; 2000. 133p.
28. Alves TC, Oliveira WF, Vasconcelos EM. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2013 [citado em: 14 set 2017]; 23(1):51-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/04.pdf>

CONTRIBUIÇÕES

Fernanda Sousa Silva e **Cintia Bragheto Ferreira** participaram da concepção, delineamento, redação e revisão crítica. **Yasmin Livia Queiroz Santos** participou da redação e revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silva FS, Ferreira CB, Santos YLQ. Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(4): 745-752. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, F. S.; FERREIRA, C. B.; SANTOS, Y. L. Q. Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, n. 4, p. 745-752, 2018. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Silva, F.S., Ferreira, C.B. & Santos, Y.L.Q. (2018). Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *REFACS*, 6(4), 745-752. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.