

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

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

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

Recibido: 22/01/2018

Aprobado: 18/08/2018

Publicado: 05/11/2018

Fernanda Sousa Silva¹
Cintia Bragheto Ferreira²
Yasmin Livia Queiroz Santos³

La investigación tuvo como objetivo describir el proceso salud-enfermedad-cuidado para usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad, en el período de febrero y marzo del año 2015. Los resultados mostraron que los modelos biomédico y biopsicosocial 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.

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

A pesquisa teve como objetivo descrever o processo saúde-doença-cuidado para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram realizadas cinco entrevistas semiestructuradas, 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: Saúde mental; Doença crônica; Serviços de saúde 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.

1. Psicóloga. Especialista en Gestión de Sala de Aula en Enseñanza Superior, Mineiros, GO, Brasil. ORCID: 0000-0001-6435-7381 E-mail: nandasousa16@hotmail.com

2. Psicóloga. Maestría y Doctorado en Enfermería en Salud Pública. Profesora Adjunta en el Departamento de Psicología y del Programa de Posgraduación en Psicología de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4070-7169 E-mail: cintiabragheto@gmail.com

3. Psicóloga. Doctora en Psicología. Profesora en la Facultad Santa Rita de Cássia, Itumbiara, GO, Brasil. ORCID: 0000-0002-4020-6324 E-mail: yasminqueiroz88@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Definir un trastorno mental no es tarea fácil¹. El sufrimiento psíquico es considerado una particularidad humana que inspira un cuidado dirigido a cada persona singularmente², teniendo en cuenta que la búsqueda por una única causa que determine la salud y la vulnerabilidad reduce las posibilidades de comprensión de los individuos³.

La asistencia a pacientes con trastornos mentales pasó por algunos hitos históricos importantes tanto a nivel mundial como en Brasil. Entre ellos, el de la Reforma Psiquiátrica, que en Brasil se inició a finales de la década de 1970, con propuesta de lucha por los derechos de los pacientes psiquiátricos, buscando producir una crítica al denominado saber psiquiátrico y al modelo hospitalocéntrico para el cuidado de los pacientes con trastornos mentales. La Política Nacional de Salud Mental, fruto de las luchas de la Reforma Psiquiátrica, propone la alteración de los modelos de asistencia en manicomio por prácticas comunitarias que apuntan a la promoción de la autonomía de las personas con trastornos mentales⁴.

Para ello, se crearon, en Brasil, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), con el propósito de prestar cuidado diario a personas con sufrimiento mental grave y persistente y evitar internaciones en hospitales. Por eso, muchas fueron las conquistas de la Reforma Psiquiátrica en Brasil, entre ellas, el entrenamiento de profesionales de la atención primaria para atender a personas con sufrimiento mental y la reducción y el cierre de hospitales psiquiátricos⁵. Por lo tanto, las trayectorias de las prácticas de cuidado en salud mental parecen recorrer dos grandes polos, partiendo inicialmente de los valores que sostienen el modelo biomédico, asentado en la hegemonía del saber psiquiátrico y hospitalocéntrico, hasta el desarrollo de los valores que sostienen el modelo biopsicosocial de cuidado en salud.

En el modelo biomédico el cuerpo es visto independientemente de los procesos psicológicos, sociales y subjetivos de los individuos y las enfermedades se explican

únicamente relacionadas con causas fisiológicas, por lo que la salud está íntimamente ligada a la ausencia de enfermedades de naturaleza física, que en el campo de la salud mental tiene como foco la medicalización de los síntomas⁶ y los individuos, transformados en consumidores de medicamentos y sometidos al proceso de bio-medicalización de la vida⁷.

Sin embargo, el tratamiento en salud mental debe ir más allá del uso de la medicación. Necesita buscar soluciones para el cuidado atadas a los valores del modelo biopsicosocial, lo cual enfatiza que la salud y la enfermedad nacen de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales⁸. Por eso, es posible afirmar que cada individuo significa el concepto de salud y enfermedad conforme a sus concepciones históricas, políticas y culturales⁹.

El cuidado en salud mental, anclado en el modelo biopsicosocial, busca construir una terapéutica orientada a la historia de vida del sujeto en sufrimiento¹⁰ y en discusiones sobre el proceso dinámico de vivenciar la salud y la enfermedad, las cuales pueden producir un sujeto más activo en la construcción de su propio proceso de promoción de la salud¹¹.

Este proceso, cuando se construye en conjunto con los equipos, puede facilitar la planificación de acciones de cuidado ancladas en la integralidad^{12,13}. Además, la participación de familiares, comunidad y servicios de salud también pueden ser productores de experiencias de cuidado en que los usuarios participen como protagonistas del cuidado en salud mental a ellos disponible^{14,15}.

Sin embargo, a pesar de las contribuciones de la Reforma Psiquiátrica y de los valores del modelo biopsicosocial para el cuidado en salud mental, las personas que sufren de trastornos mentales no emergen de forma significativa como participantes en estudios, lo que tal vez reafirme el concepto de que las personas con sufrimiento mental son incapaces de participar en la construcción de sus tratamientos, reproduciendo así la lógica de manicomio de cuidado de los individuos con trastornos mentales.

Esta investigación se propuso oír y dar voz a esos individuos, con miras a que relataran sus concepciones acerca de los conceptos de salud, enfermedad y cuidado, contribuyendo así a la valorización de la autonomía de las personas con sufrimiento mental, así como con la ampliación de la comprensión de las personas con trastornos mentales. Siendo así, esta investigación tuvo como objetivo describir el proceso salud-enfermedad-cuidado para usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

MÉTODO

Estudio cualitativo-descriptivo que integra un proyecto mayor, que buscó comprender el proceso salud, enfermedad, cuidado para pacientes crónicos, cuidadores y profesionales de salud.

En el estudio participaron usuarios del CAPS II, ubicado en Goiás. Se realizaron cinco visitas al CAPS para la efectuación de la recolección de datos. En cada visita, un usuario era entrevistado a partir de la indicación de los profesionales del equipo del CAPS.

Después de la aceptación para la participación en el estudio, se proporcionó a cada entrevistado un período para la lectura del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) y, aclaración de dudas. Luego fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, basadas en un itinerario previamente elaborado, compuesto por datos sociodemográficos, como: edad y preguntas sobre los significados del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Las entrevistas se realizaron en una sala de la institución y ocurrieron individualmente, sólo con la presencia de una investigadora y del entrevistado, con una duración media de cuarenta minutos, siendo todas grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad.

El análisis de los datos fue realizado inicialmente a partir de la lectura exhaustiva de las entrevistas transcritas, de la organización de las conversaciones de los participantes y su subdivisión en las dimensiones salud, enfermedad y cuidado, construidas con la intención de comprender

los significados del proceso salud-enfermedad-cuidado.

En un segundo momento las palabras correspondientes a cada dimensión previamente elaborada fueron leídas con curiosidad comprendida como el interés genuino por las palabras de los participantes¹⁵, buscando sustentación en la perspectiva metodológica construccionista social, que considera que los sentidos son construidos vinculados a ciertos valores que pueden dictar reglas sociales y varias posibilidades sobre lo que puede ser la realidad y que, además, entiende que las entrevistas pueden ser un instrumento para la contextualización de un determinado tema¹⁶.

Posteriormente las conversaciones fueron discutidas ancladas en estudios que versaban sobre el campo del cuidado en salud mental. El estudio ocurrió en el primer semestre de 2015 y, fue aprobado por un Comité de Ética en investigación (dictamen nº 120/13).

RESULTADOS

Los participantes del presente trabajo recibieron nombres ficticios para la preservación de sus identidades. De los cinco entrevistados, tres eran del sexo masculino (João, Pedro y Joaquim) y dos del sexo femenino (María y Joana). El promedio de edad de los entrevistados, en el momento de realización de las entrevistas, era de 54 años y todos eran jubilados.

En cuanto a los diagnósticos, se levantó lo que constaba en los debidos prontuarios y el auto-relato de cada paciente entrevistado.

Se identificó así: João (diagnóstico prontuario: esquizofrenia, diagnóstico auto-relatado: depresión), Pedro (diagnóstico prontuario: esquizofrenia, diagnóstico auto-relatado: disturbo mental), Joaquim (diagnóstico prontuario: esquizofrenia, diagnóstico auto-relatado: esquizofrenia), María (diagnóstico prontuario: trastorno afectivo bipolar, diagnóstico auto-relatado: enfermedad mental) y Joana (diagnóstico prontuario: epilepsia y diagnóstico auto-relatado: epilepsia).

Posteriormente, se procedió al análisis de las temáticas, previamente subdivididas en las dimensiones salud, enfermedad y cuidado.

Salud

Las representaciones de los entrevistados relacionadas con la dimensión salud estuvieron asociadas al cuerpo y a la realización de actividades de vida diarias:

La salud es estar bien con el cuerpo, la higiene, dormir bien, alimentar bien. (Pedro)

Es la persona tiene... ser, no perfecta más... no tener crisis como yo tenía, poder trabajar, poder estudiar, poder relacionarte con las personas de la ciudad, trabajar. (Joaquim)

Salud es buena, porque usted tiene ánimo para hacer todos los servicios. Barre una casa, limpia su terreno, lava ropa, cuida de sus nietos que llegan. (Maria).

Enfermedad

En relación a la dimensión enfermedad, Joana, Pedro y Joaquim asocian sus trastornos a algo mucho más ampliado que una enfermedad:

No me siento enferma. (Joanna)

Tengo una buena salud... pero me siento también con muchas puntadas debido a la enfermedad, en el pulmón, en el pecho, en la espalda. (Pedro)

...mi problema es que mi mente está muy desgastada... porque yo uso mucho mi mente ella desgastó.. puede pasar eso por locura... pero puede ser un poco de esquizofrenia... la doctora habla que es lo que viene de mi cabeza... la esquizofrenia no es que la persona sea loca la persona tiene el mundo de él... enfermedad para mí es la persona que no trabaja, no estudia, tiene problema, de las crisis. (Joaquim)

Las entrevistas permitieron también comprender la percepción de los entrevistados sobre los primeros signos y síntomas de sus sufrimientos psíquicos, demostrando que inicialmente había un desconocimiento de los participantes sobre sus trastornos:

He tenido depresión desde hace mucho tiempo sin tratamiento. Un día mi hija habló a mi padre voy a llevar al señor allá en el doctor... en la consulta él me fue haciendo unas preguntas ... él le dijo a mi hija lo que está acabando con su padre es depresión y me pasó remedio para mí hasta que yo vine aquí. (Juan)

Me quedé seis meses acostado... fue en 1996 yo estaba hablando, eh, mamá muchas cosas va a cambiar, las cosas va a cambiar de aquí en adelante. (Pedro)

...del resguardo me quedé así con mi mala cabeza... hasta hoy me quedo con la cabeza mal, pero ahí tomo el remedio del doctor y botellada allí mejora. (Maria)

Daba puntada en la cabeza... quedaba cambiando el sentido, caía por el suelo y ahora no estoy así más no... porque no puedo pasar rabia. (Joanna)

Ante las percepciones de enfermedad para los entrevistados, es posible describir algunos significados negativos relatados, tales como la representación de un posible vínculo entre la enfermedad y la muerte:

Como yo he visto gente que está ahí conversando allí muere, mi hermana menor ella murió acostó sana ya la hora de despertar ella estaba muerta. (Maria)

Creo que si yo no me hubiera internado yo habría muerto porque fue muy fuerte las cosas que sufrí, mucha presión en la cabeza... sentí una cosa muy mala dentro de mí parecía que estaba muriendo y no podía morir. (Joaquim)

Otro aspecto relatado por los entrevistados referente a la dimensión enfermedad se refiere al uso de la medicación como la única forma de tratamiento del trastorno mental:

Carbolito es el remedio más fuerte, yo uso es mucho ... el enfermero puso una bolsa de remedio para que yo tomara ... no me quedo sin remedio de ninguna manera. (Maria)

Yo creía que no tenía ningún problema que yo no necesitaba remedio y cada vez que salía del hospital le prometía a un médico que iba a tomar el remedio y yo no tomaba hasta que una vez que sufrí mucho en el hospital y decidí no quedarme más sin usar el remedio. (Joaquim)

En esa dimensión es posible percibir aún el modo como los entrevistados experimentan el concepto de enfermedad asociándolo a eventos discriminatorios:

Hay algunos vecinos que tienen miedo de mí, que pasan sólo mirándome... creen que soy peligrosa. (Joanna)

Algunas personas dan vuelta la cara para nosotros... tienen persona que tiene prejuicios con nosotros... (Joaquim)

Las palabras de Joana y Joaquín, anteriormente presentadas, parecen explicar la percepción de Juan al afirmar que:

No creo que haya otro lugar que soporta, que tolera a nosotros como el CAPS. (Juan)

Los datos posibilitaron también percibir el gran sufrimiento de los participantes en razón de sus vivencias de amenazas a la ruptura de sí mismos, con pensamientos suicidas:

Yo siento mucha tristeza y cosa que no conviene todo viene a la cabeza de nosotros... tengo remordimiento de eso ... esos pensamientos de hacer con la gente, pero por nada voy a cortar mi vida ... yo llevo mucho en oración , gracias a Dios. (Juan)

Yo tenía ganas de suicidarme... pero la gente dice que quien muere suicidado pierde el alma... la enfermedad da esos pensamientos negativos. (Pedro)

Voy a contarle la enfermedad que tengo para que usted pueda ver cuánto es grave... el insomnio, la esquizofrenia, (Trastorno Obsesivo Compulsivo - que compruebe) TOC

en la tiroides (me hace engordar), problemas de colesterol y problemas mentales. Si yo fuera una persona que no creyera en Dios, ya había hecho una locura. (Joaquim)

Cuidado

La dimensión cuidado fue asociada por los entrevistados a algo que depende de la participación de ellos mismos para que ocurra:

Cuidado es responsabilidad. (Pedro)

Es evitar muchas cosas que no es bueno para el organismo de la gente. (Juan)

Cuidado es la persona tratarnos bien... cuando tenemos algún problema venimos aquí a buscar a los psicólogos, los psiquiatras, hablar de los problemas. (Joaquim)

El cuidado fue significado como algo proporcionado por el otro, en este caso, por el equipo multidisciplinario, pero que sólo es posible si se busca individualmente:

Ellos cuidan muy bien de mí porque tomo remedio controlado. (Pedro)

La gente del CAPS cuida muy bien de mí. (María)

Yo me siento feliz ... mejor que cuando yo estaba con mi madre porque ella quería destruirme, no quería cuidar de mí, me daba remedio demás queriendo matarme poco a poco queriendo dejarme loca. (Joanna)

DISCUSIÓN

La identificación del diagnóstico descrito en el prontuario de cada participante, así como el diagnóstico relatado por los propios usuarios de la investigación, fue realizado considerando el presupuesto de la investigación constructorista social lo que no se debe desconsiderar las conversaciones cotidianas, ya que son importantes para la producción del conocimiento¹⁷.

En la comparación entre el diagnóstico del prontuario se percibe que, para la mayoría de los entrevistados, el diagnóstico auto-relatado parece adquirir significados más inteligibles al sentido común, demostrando un intento de vivencia del sufrimiento mental cercano de lo que es aceptado socialmente y por ello, más inclusivo.

Sobre la dimensión salud, es posible percibir en Pedro una concepción de salud asociada a factores biológicos, reproduciendo así una visión mecanicista y dualista típica del modelo biomédico, que descuida los aspectos sociales y psicológicos del individuo.

Sin embargo, Joaquín y María demuestran una visión ampliada de salud al asociarla a la realización de actividades cotidianas como el trabajo y el estudio, concordando con las prerrogativas del modelo biopsicosocial⁸. El trabajo constituye para el ser humano un verdadero sentido de la vida, ya que colabora para la estructuración de la personalidad y de la identidad de los individuos¹⁸. Además, pertenecer a una actividad puede promover la reinserción social de personas con sufrimiento mental¹⁹. Por eso, el desempleo puede promover sufrimiento mental².

La mayoría de los trabajadores encuentran en el trabajo el único medio para relacionarse socialmente fuera de la convivencia familiar²⁰. Desde este punto, la ausencia de trabajo puede acarrear cambios en la salud mental.

En cuanto a la dimensión enfermedad, Pedro, Joana y Joaquim al asociar sus trastornos a algo mucho más amplio que una enfermedad, demuestran que el sufrimiento mental puede no ser algo central en la vida de un individuo¹¹. Por su parte, María y Joaquim reafirman en sus palabras la relevancia del modelo biomédico y de la supremacía psiquiátrica para el tratamiento de sus trastornos mentales. La psiquiatría, en nombre de la seguridad, legisla que la vida puede ser garantizada cuando está asociada a la medicación²¹⁻²⁷.

En cuanto más crece la hegemonía del discurso psicofarmacológico como el más adecuado para el cuidado de los trastornos mentales, más personas son diagnosticadas como enfermas y más medicamentos son consumidos²², lo que parece también ser reproducido, al menos parcialmente, por María y Joaquim, al relatar sus relaciones con los medicamentos. Se agrega allí que, los psicofármacos, principalmente cuando prescritos inadecuadamente, tienden a reducir la autonomía de los individuos con trastornos mentales²³.

Los participantes Joana, Joaquín y João mencionaron eventos discriminatorios en la vivencia de sus trastornos, reafirmando la constatación de que en las convenciones sociales se atribuyen al sufrimiento psíquico

causas de cuño cultural o de valores, en vez de factores biológicos y/o psicosociales²⁴. Este hecho colabora para la exclusión de las personas con trastornos mentales.

Además, João parece también demostrar que las relaciones se basan en lo que se piensa acerca de las personas con las que se convive²⁵. Sumado a eso, su discurso, además de las palabras de Joana y Joaquín, demuestran la vivencia de segregación como consecuencia del sufrimiento mental, reafirmando que el diagnóstico de un trastorno mental afecta negativamente al paciente, causa daños irreversibles²⁶; y ser discriminado por razón de la utilización de medicamentos psiquiátricos, puede ser sinónimo de estar fuera del estándar de normalidad necesario para la convivencia en sociedad²⁷.

Se percibe predominio de representaciones negativas asociadas a la vivencia del sufrimiento psíquico, provenientes tanto de los síntomas desencadenados por los trastornos, como de las representaciones sociales (negativas) construidas para el sufrimiento psíquico, que son promotoras de aislamiento y soledad para los participantes.

En cuanto a la dimensión cuidado, los entrevistados reconocen que es necesaria su implicación, lo que concuerda con la prerrogativa de que planes y acciones de cuidado en salud dependen del compromiso de los individuos¹² y puede emerger asociado a información e independencia²⁸, demostrando aún la búsqueda de Pedro, João y Joaquín por autonomía. La ayuda del CAPS como recurso para el cuidado fue verbalizada por Joaquim, María y Joana, reafirmando así la importancia del equipo del CAPS como facilitadora de la promoción del cuidado en salud mental.

Hay que destacar también el discurso de Joana, al relatar sobre la relación de ella con la madre, lo que viene a corroborar con la discusión sobre las dificultades de relación familiar en pacientes con sufrimiento mental. El desentendimiento familiar, las agresiones verbales y físicas, las peleas, son factores que contribuyen al desequilibrio de la persona con trastorno mental²⁴.

Teniendo en cuenta que la relación familiar puede ser el sostenimiento, tanto para la prevención de una crisis como para su mantenimiento, situaciones en que dicha relación es vivida de forma negativa, pueden dificultar aún más el mantenimiento de la salud psíquica de las personas con sufrimiento mental. Sin embargo, para los participantes, a diferencia de la familia de Joana, el CAPS emergió como un importante aliado en el apoyo a los entrevistados.

Los entrevistados enfatizaron sus vivencias demostrando cómo se perciben en relación a su salud, muy asociada al ejercicio de una actividad laboral, actual o ejercida en el pasado, así como el papel que el trastorno mental ocupa en sus relaciones, con innumerables situaciones discriminatorias.

El suicidio aparece ligado al sufrimiento mental. El trastorno mental tiene varios reflejos negativos en la vida de los entrevistados, pero que al relatar sobre sus sufrimientos y sobre sus formas de cuidado, ancladas principalmente en la medicación, proporcionó la comprensión de las vivencias de estos usuarios.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió identificar que los modelos biomédico y biopsicosocial participan en la construcción de los discursos de los usuarios entrevistados.

Entre los tres conceptos estudiados, el que más disparó significados en el discurso de los participantes fue el concepto de enfermedad. En él, los usuarios relataron brevemente como fue el diagnóstico de la enfermedad, lo que viabilizó la comprensión de la vivencia de los mismos como personas con trastornos mentales.

Muchos de los usuarios significaron su trastorno como algo cargado de sufrimiento causado no sólo por los síntomas derivados del intenso sufrimiento psíquico, sino también relacionado a construcciones sociales que priorizan una visión excluyente en la forma de percibir a las personas con trastornos mentales.

Por medio de las palabras de los usuarios, fue posible comprender también el papel que la medicación ocupa en el

tratamiento de esos individuos. Los mismos creen que el uso del medicamento proporciona un satisfactorio cuidado de su salud.

La primacía del modelo biomédico para el cuidado en salud mental, presente de forma predominante en el discurso de los entrevistados de este estudio, merece ser planteada en reflexión, ya que parece contribuir para que los participantes se sientan impedidos de una convivencia social satisfactoria y reafirmen la centralidad de la terapia medicamentosa para el cuidado de sus trastornos mentales.

Los entrevistados significaron el proceso de cuidado como un acto de responsabilidad de ellos mismos, lo que reafirma el deseo de autonomía; y que también consideran el equipo multidisciplinario del CAPS fundamental y facilitador para la promoción del cuidado en salud mental.

Este estudio tiene como limitación el hecho de entrevistar sólo usuarios indicados por los trabajadores del CAPS. Sin embargo, basado en la brecha de estudios y en los resultados encontrados, se sugiere la producción de más estudios que busquen dar voz a las personas con trastornos mentales, ya que pueden ser importantes protagonistas en la construcción de su propio proceso de salud, enfermedad y cuidado.

REFERENCIAS

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 en 10 sept 2017]. 171p. (Cadernos de Atenção Básica; 34). Disponible en: 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 en 10 sept 2017]. p. 503-509. (Caderno Humaniza SUS; 5). Disponible en: http://bvsmms.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 en 10 de sept 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 en 10 sept 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 en 10 sept 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 en 10 sept 2017]; 2(1):3-5. Disponible en: <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 en 08 sept 2017]. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponible en: http://bvsmms.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. Disponible en: 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 sept 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 sept 2017]. p. 23-40. (Caderno Humaniza SUS; 5). Disponible en: http://bvsmms.saude.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 sept 2017]; 6(2):255-65. Disponible en: 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 sept 2017]; 23(1):51-71. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/04.pdf>

CONTRIBUCIONES

Fernanda Sousa Silva y Cintia Bragheto Ferreira participaron de la concepción, delineamiento, redacción y revisión crítica. **Yasmin Livia Queiroz Santos** participó de la redacción y revisión crítica.

Cómo citar este artículo(Vancouver)

Silva FS, Ferreira CB, Santos YLQ. Descripciones del proceso salud-enfermedad-atención en la perspectiva de usuarios de un centro de atención psicosocial. REFACS [Internet]. 2018 [citado en: *insertar día, mes y año de acceso*]; 6(4):745-752. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo(ABNT)

SILVA, F. S.; FERREIRA, C. B.; SANTOS, Y. L. Q. Descripciones del proceso salud-enfermedad-atención en la perspectiva de usuarios de un centro de atención psicosocial. REFACS, Uberaba, MG, v. 6, n. 4, p. 745-752, 2018. Disponible en: *<insertar link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Silva, F.S., Ferreira, C.B. & Santos, Y.L.Q. (2018). Descripciones del proceso salud-enfermedad-atención en la perspectiva de usuarios de un centro de atención psicosocial. REFACS, 6(4), 745-752. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.