



TRANSFORMAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: AÇÃO EXTENSIONISTA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CHANGES IN THE MENTAL HEALTH FIELD: EXTENSION ACTION IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

TRANSFORMACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL: ACCIÓN EXTENSIONISTA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Mércio Gabriel Araújo¹, Isabelle Campos Azevedo², Luana Dantas Vale³, Romeika Carla Ferreira Sena⁴, Maura Vanessa Silva Sobreira⁵

RESUMO

Objetivo: relatar práticas extensionistas num centro de atenção psicossocial. **Método:** ação realizada no Centro de Atenção Psicossocial Arte de Viver, em um município do interior do Rio Grande do Norte, utilizando metodologias participativas para a área da saúde, junto com aporte teórico do campo da saúde mental. **Resultados:** a instituição apresenta entraves para trabalhar com os usuários que adentram no serviço. A catalogação de prontuários permitiu a seleção de usuários com esquizofrenia e identificou a necessidade de trabalhar as famílias e profissionais de saúde. A visita domiciliária buscou fortalecer o vínculo entre profissionais/família/usuário. O projeto terapêutico singular emergiu como apoio assistencial à equipe multiprofissional. A terapia comunitária representou uma nova abordagem terapêutica para a instituição. **Conclusão:** essas ações apresentaram-se como dispositivos de suporte e apoio aos serviços de saúde mental. É preciso compreender a importância do trabalho multiprofissional como facilitador do processo de trabalho e multiplicador do cuidado em saúde. **Descritores:** Saúde Mental; Enfermagem; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to report extension practices in a psychosocial care center. **Method:** action taken at the Psychosocial Care Center Arte de Viver, a city in the interior of Rio Grande do Norte, using participatory approaches to health, along with theoretical support from the mental health field. **Results:** the institution shows obstacles to work with patients who enter the service. Cataloging records allowed the selection of patients with schizophrenia and identified the need for working with families and health professionals. Home visits were to strengthen the link between professional/family/user. The unique therapeutic project emerged as welfare support multidisciplinary team. The community therapy represents a new therapeutic approach for the institution. **Conclusion:** these actions showed as supporting devices and support for mental health services. It is necessary to understand the importance of multidisciplinary work as facilitator of the work process and health care multiplier. **Descriptors:** Mental Health; Nursing; Mental Health Services.

RESUMEN

Objetivo: relatar prácticas extensionistas en un centro de atención psicossocial. **Método:** acción realizada en el Centro de Atención Psicossocial Arte de Viver, en una ciudad del interior de Rio Grande do Norte, utilizando metodologías participativas para el área de la salud, junto con el aporte teórico del campo de la salud mental. **Resultados:** la institución presenta trabas para trabajar con los usuarios que entran en el servicio. La catalogación de registros permitió la selección de usuarios con esquizofrenia e identificó la necesidad de trabajar las familias y profesionales de salud. La visita domiciliaria buscó fortalecer el vínculo entre profesionales/familia/usuario. El proyecto terapéutico singular surgió como apoyo asistencial al equipo multi-profesional. La terapia comunitaria representó un nuevo enfoque terapéutica para la institución. **Conclusión:** esas acciones presentándose como dispositivos de soporte y apoyo a los servicios de salud mental. Es preciso comprender la importancia del trabajo multi-profesional como facilitador del proceso de trabajo y multiplicador del cuidado en salud. **Descritores:** Salud Mental; Enfermería; Servicios de Salud Mental.

¹Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGEnf/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: mercio.gabriel@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGEnf/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: isabellebr2511@gmail.com; ³Enfermeira egressa, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: luanadantasvale@hotmail.com; ⁴Enfermeira egressa, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: romeikacarla@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/PPGCS/FCMSCSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: maurasobreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas vertentes trazer a loucura para o seio familiar, possibilitando que o usuário esteja reintegrado ao convívio social e que não esteja mais isolado nos manicômios. Observa-se que ocorre uma transformação no modo de perceber o portador de transtorno psíquico. Com o decorrer do processo de desinstitucionalização, o portador de transtorno mental, excluído do convívio familiar, é inserido nas rotinas familiares, tornando-se participativo. A partir desta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos parentes diante deste novo encargo: lidar com a loucura no cotidiano e ser parte imprescindível para a reinserção social do portador de transtorno mental.¹

Nesse contexto, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. As iniciativas municipais passaram a receber incentivos financeiros através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial.²⁻³

A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.⁴

É relevante que os profissionais estejam atentos às necessidades dos familiares a partir da realização de atividades como grupo de familiares, visitas domiciliares, passeios, entre outras atividades que favoreçam a inserção destes no serviço, dentro de uma ótica de que a família precisa ser cuidada, para que se sinta fortalecida e possa ter e dar suporte emocional.⁵

Contudo, o processo de formação profissional é descontínuo, tutelar com valorização do conteúdo e pouco

aproveitamento das situações reais vivenciadas pelo aluno, especialmente nos campos práticos que representam espaços dinâmicos para o desenvolvimento de competências.

A extensão universitária se configura como um *locus* privilegiado, uma vez que mobiliza recursos diversos nos acadêmicos, fomentando a reflexão-na-ação, a elaboração de projetos de atenção com estratégias, operacionalização e avaliação, permitindo atitudes de autonomia e criatividade do aprendiz.⁶

Nessa perspectiva, um grupo de discentes e uma docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) desenvolveram o Projeto de Extensão 'Desconstruindo o medo: estratégias terapêuticas de enfrentamento e aproximação de familiares dos usuários com esquizofrenia de um CAPS' cujo objetivo é apresentar estratégias de aproximação entre os cuidadores e o serviço de saúde, além de propiciar a compreensão dos familiares sobre a esquizofrenia e a elaboração de táticas para tornar a família uma aliada do serviço de saúde.

Com isso, este estudo objetiva relatar práticas extensionistas num centro de atenção psicossocial. Vale ressaltar que o referencial teórico-metodológico do projeto de extensão está pautado nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem e com as Políticas Nacionais de Saúde Mental e Humanização.^{2,7-8}

MÉTODO

O projeto de extensão pautou-se em rodas de estudos com textos científicos que continham temáticas voltadas para a esquizofrenia, visita domiciliar, práticas e habilidades dos profissionais nos serviços de saúde mental, terapia comunitária, entre outros, que permitiram aos extensionistas se familiarizarem com o campo da saúde mental e se aproximarem da realidade singular dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS.

Os participantes inseriram-se no CAPS Arte de Viver, localizado em um município do interior do Rio Grande do Norte. A escolha por este espaço foi realizada por ser referência em saúde mental para toda a macrorregião geográfica.

Esta instituição atende cerca de 250 usuários com doenças mentais, é composta por 20 profissionais de saúde, entre eles: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, educadores físicos e monitores. Está localizada numa região

afastada do centro da cidade, e no mesmo prédio do antigo manicômio, isso representa um grande desafio para o acesso dos usuários ao serviço e para os profissionais que buscam descaracterizar o modelo manicomial hegemônico que predominou durante décadas.

Participaram das atividades 25 usuários, cinco familiares, seis membros da equipe do CAPS e quatro discentes do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Caicó (CAC) participantes da ação extensionista juntamente com um docente do mesmo curso. Os instrumentos pedagógicos adotados foram oficinas de educação em saúde e comunicação e a Terapia Comunitária (TC).⁹⁻¹⁰ Assim, foram desenvolvidas cinco ações no CAPS: conhecer a realidade singular da instituição; catalogação de prontuários; visita domiciliar a famílias; realização de projeto terapêutico singular (PTS); e TC com usuários. Para a concretização dessas ações, o projeto de extensão foi desenvolvido no período de novembro de 2011 a novembro de 2012.

Primeiramente, os extensionistas conheceram a estrutura física e as condições de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS. Em seguida, a catalogação de prontuários permitiu a escolha de cinco usuários com esquizofrenia, essa escolha partiu das necessidades de saúde que esses sujeitos apresentavam. Logo mais, foram realizadas visitas domiciliares às famílias para conhecer suas condições de vida e saúde. A partir da realidade encontrada, foram elaborados os PTS. Por fim, os participantes do projeto desenvolveram a TC com vinte usuários do CAPS, cinco familiares e seis profissionais de saúde.

As abordagens adotadas para concretização e operacionalização das ações foram discutidas e planejadas em encontros entre profissionais da instituição e extensionistas. Após a realização de cada atividade, ocorreu a avaliação das ações.

A avaliação da catalogação dos prontuários, para escolha dos usuários que participaram das visitas domiciliares e do PTS, foi feita pelos profissionais da instituição que concordaram ou não com a escolha dos usuários. Com relação às visitas domiciliares, a avaliação partiu também desses profissionais através das respostas dos familiares no serviço após a realização das idas às residências. O PTS foi avaliado tanto pela coordenação do CAPS, como pelos participantes do projeto. E, por fim, a TC foi avaliada pelos usuários, profissionais e extensionistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira ação desenvolvida foi a inserção dos extensionistas no CAPS objetivando aproximar-se da realidade singular da instituição, conhecendo suas ações e práticas de saúde. Percebeu-se a ausência de insumos para a realização de ações. Os profissionais relataram dificuldades enfrentadas para trabalhar com os usuários que adentram ao serviço em regime semi-intensivo e intensivo, diante das condições mínimas de internação, falta de profissionais médicos e presença da terapêutica medicamentosa, como principal abordagem nas ações assistenciais. Esses resultados evidenciam o descompromisso da gestão e a falta de competências e habilidades dos profissionais no campo da saúde mental para desenvolver intervenções que favoreçam a participação do doente mental.

Esses resultados são insatisfatórios para o campo da saúde mental, haja vista os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos e a reorientação dos cursos da área da saúde que propõem qualificar os profissionais para atender os usuários psiquiátricos numa perspectiva humanizada e que preencha as exigências do novo modelo de atenção psicossocial.^{2,11}

Para realizar uma atenção à saúde mental no modelo psicossocial, a formação/capacitação dos profissionais deve ser voltada para a reinserção social do usuário em sofrimento mental, com ideias antimanicomiais direcionadas à autonomia e independência do sujeito e sua inserção na comunidade, condições imprescindíveis que deveriam ser pensadas e incentivadas pelos gestores, ofertadas por instituições de ensino e, também, buscadas pelos próprios trabalhadores do campo da saúde.¹²

É preciso a articulação das ações de saúde, nos serviços, pois esta propicia que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, referindo-se tanto ao seu próprio processo de trabalho quanto às ações executadas pelos demais integrantes da equipe, além de contribuir para o processo saúde/doença do usuário com sofrimento mental e de suas necessidades de saúde, considerando sua subjetividade, desejos e anseios que permeiam seu imaginário social.¹³

Não obstante, o serviço realiza oficinas terapêuticas que permitem a melhoria do portador com sofrimento mental propondo-se como um espaço de produção manual, não se constituindo potencialmente como um ambiente de convivência de diferenças e

singularidades que permitam a troca de experiências e conhecimentos.

O trabalho com grupos configura-se como uma das principais ferramentas terapêuticas nos mais diversos contextos de assistência à saúde e, mais especificamente, na área da saúde mental. Esse subsídio decorre das condições favorecidas a partir da reforma psiquiátrica, tendo por foco a ressocialização e valorização da autonomia do indivíduo em sofrimento mental. Ainda, permite a formação de vínculos afetivos entre participantes e profissionais da saúde, colaborando no processo de tratamento.¹⁴

As oficinas terapêuticas caracterizam-se como um lugar de prática de múltiplos saberes, sendo os profissionais responsáveis por oferecerem aos portadores de sofrimento mental todas as ações necessárias para lhes assegurar a reabilitação, como também se torna um objeto de atenção de vários conhecimentos.

A segunda ação desenvolvida pelos participantes foi a seleção de usuários com esquizofrenia, para isso, foi preciso realizar a catalogação dos prontuários identificando os que necessitavam de maior atenção. Dentre os 250 usuários atendidos pelos CAPS, dez estavam acolhidos, sendo selecionados cinco sujeitos. A seleção teve como critério a doença mental dos usuários, assim, priorizaram-se os que eram diagnosticados com esquizofrenia - sete usuários, destes, os que tinham no prontuário algum registro de problemas familiares descritos por algum profissional- cinco casos.

Diante disso, buscou-se trabalhar com as famílias desses usuários juntamente com a equipe do serviço. A opção por trabalhar com os familiares considerou a necessidade de esses indivíduos estarem preparados para enfrentar as diversas situações que podem surgir em decorrência do transtorno e suas experiências já vivenciadas. A dificuldade em demonstrar afeto, a falta de diálogo e atitudes impulsivas são fatores apresentados por usuários com sofrimento mental.

O medo, anseios e preocupação vivenciados pelos familiares ocorrem destes comportamentos explosivos e também figuram neste contexto. Em decorrência disso, a não compreensão da doença e de suas consequências acarreta o distanciamento de amigos, familiares e parentes, o que eterniza o estigma e preconceito em relação ao sujeito acometido de transtorno mental.¹

Para trabalhar com os familiares dos usuários com esquizofrenia, emergiu a terceira ação do projeto de extensão que foi a

necessidade de se realizar visitas domiciliárias para conhecer as singularidades vivenciados por esses sujeitos.

A visita domiciliária, no contexto da saúde mental, configura-se como um instrumento de aproximação entre os profissionais e a família permitindo a construção de vínculos e confiança para subsidiar nas dúvidas, anseios e necessidades desses sujeitos frente às questões inerentes dos usuários com transtorno mental.

A visita domiciliária permite aos profissionais de saúde entender a realidade e o contexto domiciliar, seja a estrutura física e material ou as relações pessoais intrafamiliares. Possibilita que os profissionais construam atividades que estimulem a participação do usuário no processo saúde-doença. É relevância para minimizar ou até eliminar os fatores que colocam em risco sua saúde e de seus familiares.¹⁵

Um estudo realizado no Paraná revelou que os profissionais de saúde não orientam e/ou informam os familiares sobre a doença e seu tratamento. Logo, para a família, é um desafio servir de coparticipante no processo de cuidado, já que é preciso conhecimento, comprometimento e envolvimento da família no tratamento, e na maioria das vezes, os profissionais não buscam esclarecer os familiares sobre as particularidades que acometem seu parente.¹⁶

Para a realização dessa atividade, os extensionistas convidaram os profissionais do CAPS, entretanto, as dificuldades de locomoção dos profissionais apresentam-se como um entrave que interfere na efetivação de ações para os usuários e seus familiares. A ausência de um meio de transporte dificulta o acesso da equipe às residências. Assim, estas visitas ocorreram somente quando a gestão avaliava como oportuna, concedendo, assim, a locomoção da equipe. Percebe-se a ausência de apoio da gestão que condiciona a equipe multiprofissional a sua subordinação limitando, portanto, as atividades do serviço.

A ausência de articulação entre o CAPS e a gestão é insatisfatória para o atendimento ao usuário com doença mental, haja vista que a visita domiciliária favorece a construção de estratégias de enfrentamento para os desafios que a doença possa proporcionar ao usuário/família/serviço.

Nessa perspectiva, observa-se que as dificuldades existentes nos serviços de saúde, em especial no campo da saúde mental, são decorrentes da diferença da gestão das políticas públicas, gestão administrativa da Instituição e gestão das ações clínicas

desenvolvidas no equipamento de Saúde. E a falta de conciliação entre essa tríade está no antagonismo dos interesses entre demanda do sujeito, trabalhador da saúde e gestor público.⁴

Outra dificuldade identificada na execução das ações domiciliárias foi o apoio matricial inexistente no serviço de saúde mental. O matriciamento é entendido como um arranjo que propõe a reformulação no modo de organização dos serviços buscando o aumento do grau de resolutividade das ações de saúde através de uma rede de corresponsabilização entre os diversos setores da atenção primária.¹⁷

O matriciamento é um dispositivo pautado na pactuação integrada das resoluções, permitindo aos profissionais construir uma atenção integral à saúde através de práticas inovadoras e da atuação multiprofissional, além de proporcionar a participação dos usuários e da família durante o processo terapêutico, tendo em vista os fluxos assistenciais que são articulados pelo CAPS e a ESF.¹⁸

O CAPS não apresenta articulação com as equipes da Estratégia Saúde da Família- ESF do município, o que provoca uma lacuna nas ações intersetoriais necessárias para o acesso dos usuários a esses serviços. O trabalho realizado pelos profissionais da saúde mental não compreende as ações de territorialidade indispensável para o conhecimento da área de abrangência do CAPS.

Diante das dificuldades para a realização de intervenções fora do espaço do serviço, os participantes desenvolveram uma quarta ação que foi a elaboração do PTS dos cinco sujeitos selecionados, tendo em vista a ausência desse instrumento no CAPS.

O PTS é um dispositivo elaborado por toda a equipe multiprofissional com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. É algo singular e individualizado, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família, fortalecendo o processo saúde/doença do portador de sofrimento mental.¹⁹

Com essa proposta, foram realizadas visitas às famílias dos usuários e elaborados PTS a partir da realidade singular de cada sujeito, valorizando suas subjetividades e construindo um planejamento pautado no cuidado como elemento-chave e em práticas que favoreçam a responsabilidade para com o indivíduo portador de sofrimento psíquico e mental. Estabelecendo, assim, uma reabilitação que

contemple as três vertentes da vida humana: casa, trabalho e lazer.

Desse modo, o PTS continha propostas de intervenções no ambiente familiar em conjunto com o usuário. Elaborado com objetivos terapêuticos a serem alcançados entre usuário/profissionais e, por fim, com avaliação dos resultados propondo compreender os anseios da equipe multidisciplinar.

Nesse entendimento, um estudo realizado no interior paulista apontou que o projeto terapêutico é um processo estruturado relacionado aos aspectos de gestão do cuidado e planejamento que envolve saberes, modos de agir e tecnologias em saúde que proporcionam ações cuidadoras, atendendo determinadas necessidades de saúde. Essas ações objetivam humanizar o cuidado ao usuário com sofrimento mental possibilitando, assim, sua socialização.²⁰

Após a formulação do PTS, o planejamento foi apresentado a equipe multiprofissional do CAPS, discutindo todas as ações propostas e sugerindo inseri-las nas novas demandas dos usuários selecionados. Logo, percebeu-se que esta ação foi bem aceita pelos profissionais, uma vez que estabeleceu prioridades e ações efetivas para os usuários.

Os resultados dessa ação são considerados bons, considerando que os profissionais não possuíam ações planejadas, cujas intervenções eram voltadas apenas a terapêutica medicamentosa e assistencial não direcionadas para ações autônomas de reabilitação do usuário.

A reabilitação do portador de sofrimento mental é uma ação ampliada que se apresenta como um conjunto de estratégias voltadas a aumentar a capacidade de trocas e a valorizar a subjetividade. E para a efetivação desse processo, é indispensável que o indivíduo seja reinserido na vida em sociedade. A reinserção consiste na retomada da autonomia e da cidadania, quando a pessoa conquista a sua liberdade e exercita a subjetividade, circulando nos espaços da cidade e promovendo novas relações sociais.²¹

Por fim, a quinta ação compreendeu a necessidade de trabalhar novas estratégias tanto com os usuários quanto com os profissionais e familiares, os extensionistas resolveram através das rodas de estudo inserir a Terapia Comunitária (TC) no cotidiano das ações desenvolvidas pelo CAPS. Para isso, a partir da experiência da coordenadora do projeto, foi necessário refletir, discutir e apreender a temática proposta de forma a propiciar aos sujeitos do serviço uma

interação saudável e coerente com seus valores morais e costumes.

A TC é entendida como uma prática complementar que se apresenta dentro da comunidade a partir da participação de diversas esferas que a compõe formando uma rede de saberes que permite através da imprevisibilidade e da criatividade dialogar problemas, anseios e soluções inerentes a todos os indivíduos que estão inseridos nessa atividade.¹⁰

Busca-se através da TC realizar uma reflexão do sofrimento causado ao indivíduo seja por situações estressantes ou quaisquer outras que interfiram na sua condição de saúde. Nesse sentido, procura-se promover a saúde nos espaços coletivos, valorizando as histórias de vida dos sujeitos, a restauração da autoestima e da confiança em si, resgatando a identidade, permitindo que o indivíduo se torne autônomo e independente, além de favorecer a percepção das dificuldades e possibilidades de resolutividade através das competências locais.^{10,21}

Os participantes realizaram o TC no CAPS como uma ação que fortalecesse as relações entre profissionais, familiares e usuários inseridos no CAPS. Primeiramente, foi trabalhado o acolhimento com música e apresentação dos participantes. Em seguida, o terapeuta comunitário realizou a dinâmica da transformação através de figuras de borboletas estimulando a reflexão sobre os desafios, problemas, dificuldades e obstáculos que são enfrentados no cotidiano de cada sujeito. Após, realizou-se a leitura de um poema que despertou inquietações acerca das contribuições que os participantes enquanto sujeitos de mudança têm realizado ações que transformem a realidade ao seu redor. Finalmente, a formação da roda com o enlace dos praticantes através do abraço incentivou a relevância do outro na vida de cada indivíduo e o quanto um simples ato fortalece a vida das pessoas.

A TC propõe um olhar voltado para o coletivo, estimulando o resgate da cidadania e o incentivo do processo de empoderamento. Constitui um espaço com base na partilha das experiências, permitindo construir redes sociais de promoção da vida, valorização da cultura e das competências de cada indivíduo. Os encontros de terapia tecem redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças.²²

Diante do exposto, abordar essa temática no CAPS foi imprescindível para subsidiar o desenvolvimento de novas metodologias participativas nesse espaço, embora essa ação representasse uma nova abordagem para os usuários, familiares e profissionais,

caracterizou-se também como ferramenta de aproximação entre usuário/família/serviço.

É preciso evidenciar que a invisibilidade dos familiares nesse serviço é um desafio para os profissionais, haja vista a necessidade de construir estratégias para atender a esse parente que sofre mentalmente junto com seu familiar.

Promover ações extensionistas no contexto da saúde mental corrobora com os desafios enfrentados pelo modelo antimanicomial, que propõem a autonomia e independência dos sujeitos favorecendo sua inserção na comunidade, fortalece a construção de vínculos entre usuário/família/serviço, possibilita ao futuro profissional refletir sobre as particularidades dos serviços de saúde e introduz a universidade nos espaços da comunidade proporcionando a troca de saberes e conhecimentos estimulando a autonomia do indivíduo.

CONCLUSÃO

Essa ação extensionista propôs subsidiar e incentivar transformações necessárias neste âmbito de práticas assistências em saúde mental. Porém, a maioria dos profissionais justificam dificuldades para trabalhar com atenção psicossocial devido à ausência de insumos, de incentivo dos gestores, além do déficit de conhecimento, devido às falhas no processo formativo, o que implica no despreparo e precariedade das condições de trabalho.

O processo de mudança torna-se complexo, diminuindo a possibilidade dos profissionais se perceberem como sujeitos de seu trabalho e, consequentemente, como corresponsáveis pela qualidade do cuidado ofertado aos pacientes daquela instituição. Nessa condição, é improvável uma ascensão do cuidado e de uma assistência qualificada para todos os usuários amparados por esta rede de apoio.

O CAPS constitui-se como espaço de suporte e de apoio aos usuários e familiares em sofrimento psíquico, implicando em demandas constantes de investimentos intelectuais, financeiros, onde deve haver comprometimento e habilidades práticas no tocante a saúde mental, além da compreensão da importância do trabalho multiprofissional como facilitador do processo de trabalho e multiplicador do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 June 11];16(1):147-56. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>

2. Brasil. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. 2001 [cited 2014 May 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html

3. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2014 June 15];14(1):297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>

4. Pereira EC, Costa-Rosa A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental no campo da práxis. Saude soc [Internet]. 2012 [cited 2014 June 10];21(4):1035-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>.

5. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JK, Souza AS et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm [internet]. 2009 [cited 2014 June 14];18(1):131-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>

6. Lucchese R, Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2014 June 10];43(1):152-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/20.pdf>

7. Brasil. Resolução CNE/CES 3/2001 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União [Internet]. Nov 2001 [cited 2014 May 30]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Textos Básicos de Saúde [Internet]. 2004 [cited 2014 May 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Oficinas de Educação em Saúde e Comunicação [Internet]. 2001 [cited

2014 May 30]. Available from: <http://www.funasa.gov.br/internet/>

10. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e a Terapia Comunitária [Internet]. 2008 [2014 June 19]. Available from: <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/02-Livros/pdf/LivrosSusTc.pdf>

11. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1174/GM, de 7 de julho de 2005: destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS e dá outras providências [Internet]. 2005 [cited 2014 June 18]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>

12. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 June 14];14(2):346-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/18.pdf>

13. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Silva ALA, Vargas D et al. Work in primary health care: a comprehensive mental health car. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2014 June 10].43(2):1256-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a19v43s2.pdf>

14. Martins RV, Rossetto M, Sartori QDN, Pinto EC, Wan Der Sand ICP, Hioldebrandt LM. Ações de saúde mental no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev gaúcha enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 June 23];33(1):11-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a02v33n1.pdf>

15. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 June 10];21(1):26-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1.pdf>

16. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. Texto contexto enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 June 09];22(1):61-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf

17. Moraes APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. Saude soc [Internet]. 2012 [cited 2014 may 30];21(1):161-70. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/16.pdf>

18. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção básica: olhares múltiplos e dispositivos para a resolutividade. *Ciência Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2014 May 29];17(3):653-60. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334013>

19. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 June 21];20(3):293-302. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>

20. Souza J, Luis MAV. Demands of mental health: nurses' perceptions of family health teams. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 May 30];25(6):952-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a05.pdf>

21. Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um caps na perspectiva dos profissionais. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2014 June 17];9(2):265-276. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/06.pdf>

22. Silva GWS, Sobreira MV, Pereira AJ, Silva ML, Miranda FAN. Communitarian therapy and its repercussions in the work process in the family health strategy. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2014 June 24];7(esp):4928-34. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2874/pdf_3043

Submissão: 26/06/2014

Aceito: 20/07/2015

Publicado: 15/08/2015

Correspondência

Mércio Gabriel de Araújo
Rua João Raimundo Pereira, 110
Bairro Centro
CEP 59378-000 – São José do Seridó (RN),
Brasil