



PESQUISA

MEDIATORS COLLABORATORS AND INHIBITORS IN THE SOCIAL NET OF USERS FROM A PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER

MEDIADORES COLABORADORES E INIBIDORES NA REDE SOCIAL DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
 AGENTES COLABORADORES E INHIBIDORES EMPLEADOS EN LA RED SOCIAL DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Cândida Garcia Sinott Silveira¹, Luciane Prado Kantorski², Vanda Maria Da Rosa Jardim³, Aline Basso da Silva⁴, Milena Hohmann Antonacci⁵, Ariane da Cruz Guedes⁶

ABSTRACT

Objective: To know the social network of users who attend a Psychosocial Care Center and contribution to the development of their autonomy, identifying the factors employees and inhibitors of this network. **Method:** Qualitative Methodology with the use of Network Analysis of Everyday Life (SEAS). It was developed in CAPS II in Pelotas, through two focus groups with 6 users. **Results:** We identified a social network of users from a network CAPS and how this contributes to the rescue of their autonomy, the user's view in relation to their social network and the conditions responsible for producing their well-being, beyond the problems that afflict users in their daily lives. **Conclusions:** highlights the importance of this study for mental health services, so that they can identify and reflect about CAPS and how this can contribute to the reconstruction of social and emotional ties of users. **Decriptors:** Mental health, Rehabilitation, Mental health services.

RESUMO

Objetivo: conhecer a rede social dos usuários que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial e a contribuição para o desenvolvimento de sua autonomia, identificando os fatores colaboradores e inibidores desta rede. **Método:** Qualitativo com a utilização da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES). Foi desenvolvido num CAPS II em Pelotas-RS, através de dois grupos focais com 6 usuários. **Resultados:** Identificou-se a rede social dos usuários de um CAPS e como essa rede contribui no resgate da sua autonomia, a visão do usuário em relação a sua rede social e aos condicionantes responsáveis pela produção de seu bem-estar, além dos problemas que afligem os usuários no seu cotidiano. **Conclusões:** ressalta-se a importância deste estudo para os serviços de saúde mental, para que estes possam identificar e refletir a respeito do CAPS e de como este pode contribuir na reconstrução dos laços sociais e afetivos dos usuários. **Descritores:** Saúde mental, Reabilitação, Serviços de saúde mental.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la red social de los usuarios que acuden a un Centro de Atención Psicossocial y su contribución al desarrollo de su autonomía, la identificación de los empleados y los inhibidores de los factores de esta red. **Método:** Metodología cualitativa con el uso de análisis de red de la vida cotidiana (SEAS). Fue desarrollado en CAPS II en Pelotas, a través de dos grupos de discusión con 6 usuarios. **Resultados:** Se identificó una red social de los usuarios de un CAPS de la red y cómo esto contribuye al rescate de su autonomía, la vista del usuario en relación con su red social y las condiciones responsables de producir su bienestar, más allá de los problemas que afectan a los usuarios en su vida diaria. **Conclusión:** destaca la importancia de este estudio para los servicios de salud mental, para que puedan identificar y reflexionar acerca de CAPS y cómo esto puede contribuir a la reconstrucción de los lazos sociales y emocionales de los usuarios. **Decriptores:** Salud mental, Rehabilitación, Servicios de salud mental.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. E-mail: candidasinott@hotmail.com. ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP e Professora Associada I pela UFPEL. E-mail: kantorski@uol.com.br. ³Enfermeira. Doutora pela UFSC. Professora adjunta pela UFPEL. E-mail: vandamrjardim@gmail.com. ⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFRGS. E-mail: aline_basso@hotmail.com. ⁵Enfermeira. Doutoranda PPG Enfermagem Psiquiátrica - EERP/USP. Mestre em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: milenaantonacci@usp.br. ⁶Enfermeira. Doutoranda PPG Enfermagem UFRGS. Mestre pela Universidade Federal de Pelotas. Endereço: Marechal Deodoro, 1087. Apto. 302. Centro. Pelotas-RS. CEP: 96020-220. E-mail: arianeceguedes@gmail.com.

INTRODUÇÃO

No século XVII, as pessoas portadoras de doença mental eram tratadas em instituições que tinham como princípio terapêutico o isolamento, essa forma de cuidar, dentro do manicômio, excluía e anulava qualquer manifestação de poder dos indivíduos. Vale ressaltar, segundo Amarante¹, que nesse ambiente o sujeito diagnosticado como doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, constituindo-se num espaço apenas de suporte da doença. Enfim, anula-se qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social. Os manicômios traduzem-se por agentes de “desvalor”, têm a capacidade de transformar as manifestações de poder por parte do paciente em negatividade pura do sintoma, tornando-se um lugar de troca social zero.

Após a 2ª Guerra Mundial, a sociedade passou a refletir sobre o cuidado humano, tanto com relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício e compreendeu-se que os mesmos deveriam mudar, pois as práticas ocorridas dentro destes eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Com isso houve o nascimento das primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica.²

Conforme Kantorski³, a reforma psiquiátrica consiste na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, bem como destruir manicômios internos e externos que têm aceitado determinadas formas de pensar e agir. Sobretudo na reinvenção de modos de lidar com a realidade.

Neste sentido, a reforma psiquiátrica surge como um movimento social em defesa dos direitos humanos, dos excluídos da razão e da cidadania.

Ela tem como um dos seus principais objetivos a restauração do vínculo social e a articulação de programas assistenciais com as redes sociais de apoio. Surge também com a proposta de superação do modelo manicomial por uma rede de serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde no cuidado e reabilitação psicossocial. Os serviços de saúde necessitam estar articulados as demais redes de serviços de saúde e necessitam permanentemente das redes sociais face à complexidade das demandas de inclusão dos portadores de transtornos mentais.⁴

Como serviços substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas, cooperativas sociais, respeitando as necessidades de cada local, como forma de reestruturar a assistência psiquiátrica.

Partindo do conceito de que o CAPS é responsável por um tratamento territorializado, entendemos que a comunidade torna-se atuante e cooperadora nesse contexto. Silva⁵ compreende não ser só o redimensionamento dos recursos assistenciais do hospício para a comunidade o fator relevante para a desinstitucionalização da loucura. Para o autor, faz-se necessário um processo de desmontagem de saberes que comprimem a experiência da loucura no interior da doença mental em si, neste sentido torna-se imprescindível à criação de novos modos de sociabilidade e produção de valor social.

A reabilitação psicossocial consiste num processo de reconstrução, rompendo com a lógica da exclusão e da segregação social comum ao modelo asilar. As novas práticas propostas em saúde mental devem ter como objetivo a produção da vida e a reprodução social. Para isso a estimulação das relações e dos intercâmbios sociais que compõem a identidade social de cada indivíduo e intervenções que visem à integração com a família e a rede social pode trazer resultados benéficos para a qualificação dos programas de reabilitação e ser determinante para modificar a trajetória dos usuários.⁶

As redes sociais surgem como elemento potencializador, por promover ações rápidas e eficazes quanto à emancipação do indivíduo e ampliação do direito de exercer cidadania.⁷

As pessoas estão inseridas na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no âmbito familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho; enfim, as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm é que fortalecem a esfera social.⁸

O empobrecimento da rede social se configura como desabilitação, como perda qualitativa e quantitativa, desde a primeira rede que é o núcleo familiar, até as formas mais ampliadas de relações. Intervenções que visem à integração com o núcleo familiar e com a rede social ampliada para portadores de transtorno mental severo, podem trazer benefícios para essas pessoas e para a qualificação dos programas de reabilitação.⁹ Assim, o estudo e conhecimento destas redes na qualificação do cuidado em Enfermagem são importantes contribuições na busca de autonomias possíveis aos usuários na atenção em Saúde Mental.

Desta forma, este estudo objetiva conhecer a rede social dos usuários que freqüentam um Centro de Atenção Psicossocial e a contribuição J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):696-05

para o desenvolvimento de sua autonomia, identificando os fatores colaboradores e inibidores desta rede.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa com a utilização da metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES). A Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano é uma metodologia que foi desenvolvida e sistematizada pelo sociólogo Paulo Henrique Martins, que tem por objetivo mapear as redes existentes, as redes em formação ou as redes potenciais, identificando as crenças e os valores dos atores locais, os problemas que inibem a expansão da rede e os meios de superação dos problemas. Trata-se de um método a ser aplicado na análise de redes sociais do cotidiano, em geral, e na análise de redes de usuários dos serviços públicos.¹⁰

O estudo foi realizado em um CAPS II de um município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo seis usuários do CAPS II do interior do Rio Grande do Sul que estavam em tratamento intensivo ou semi-intensivo. Para participar da pesquisa os sujeitos preencheram os seguintes requisitos: Estarem freqüentando o CAPS em regime intensivo ou semi-intensivo; não apresentarem déficit cognitivo; e manifestarem por escrito a disponibilidade quanto à participação na pesquisa bem como, permitir o uso do gravador e a divulgação dos dados.

Os indivíduos que aceitaram participar do estudo obtiveram a garantia do direito a privacidade, do livre acesso aos dados, do anonimato e sigilo das informações dadas, e da liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tais direitos foram assegurados

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, sendo aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Enfermagem pelo parecer nº55/2009.¹¹

A aplicação da metodologia aconteceu com a realização de dois grupos focais. O primeiro grupo teve como objetivo mapear as redes de crenças e horizontes na saúde, apreender as representações que tem os usuários do CAPS sobre os condicionantes macrossociológicos (Unidades de saúde, CAPS, Instituições Estatais) e microsociológicos (Família, vizinhos, comunidade) responsáveis pela produção de seu bem-estar numa perspectiva de autonomia na reabilitação psicossocial. Já no segundo processo foi realizado o mapeamento das redes de conflitos e mediações da pessoa tendo como objetivo detectar os problemas centrais que afligem o usuário de um Centro de Atenção Psicossocial no seu cotidiano imediato (família, comunidade, trabalho, serviços públicos e saúde), o modo como vem enfrentando estes problemas e a que mediadores (pessoas ou organizações) recorre para mediar tais conflitos e construir saídas (pactos e medidas).

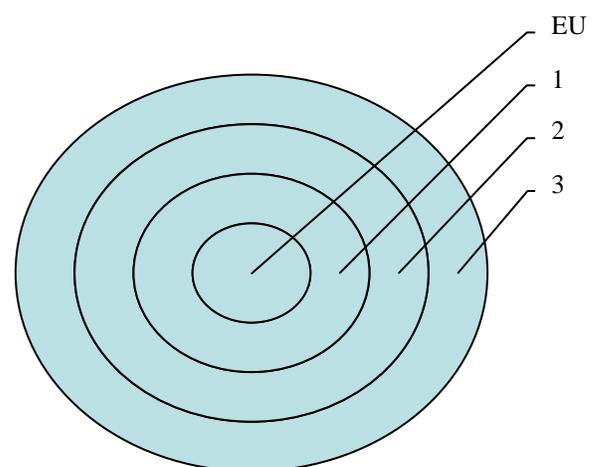
RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados obtidos nos grupos focais, as quais foram transcritas, foram lidos e analisados conforme a metodologia MARES de Paulo Henrique Martins.

Para Martins¹² a noção de rede que interessa na pesquisa qualitativa e que valoriza o usuário é a de rede relacional que envolve o conjunto de trocas simbólicas e materiais, ou seja, troca de dons (serviços, gestos, gentilezas, afetos etc).

A seguir apresentaremos o Mapa da Pessoa de cada sujeito participante da pesquisa e o que

emergiu como um facilitador e como inibidor na condição de saúde destes usuários.



Legenda do mapa da pessoa

1. Problemas (citado até três problemas).
2. Facilitadores: com o quê ou com quem eu posso contar para resolver os problemas.
3. Inibidores: com o quê ou quem não posso contar para resolver os problemas.

- Mapa da Pessoa do usuário 1 (preenchimento conforme legenda no mapa acima).

1: Medo, não conseguir cuidar da minha família. Crises, vontade de quebrar tudo, desespero constante quando os remédios, ainda esta longe do horário de tomar eles. Meus filhos, principalmente a minha filha menor que esta apresentando os mesmos sintomas do que eu.

2: Recorro ao CAPS, aos meus filhos, desabafo escrevendo, antes eu conversava com a minha cachorra Rochinha.

3: Constrangimento em achar que estou sendo chata tanto para os meus filhos, quanto para as doutoras e enfermeiras do CAPS, apesar de que sempre elas me oferecem ajuda.

- Mapa da Pessoa do usuário 2:

1: Preocupo-me com o futuro de meu filho, e também comigo pois tenho muito medo de faltar e não ter quem cuide dele.

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

2: Em primeiro lugar eu procuro o esposo e busco Deus em orações ajuda, e após eu procuro o CAPS e também meu medico e a psicóloga do CAPS.

3: A falta de apoio da família.

- Mapa da pessoa do usuário 3:

1: Medo de outras doenças, preciso consultar e o pai diz não, vizinhança indesejável.

2: Procurar atenção da mãe. Parentes me atendem quando a mãe está ocupada.

3: Atenção do profissional, faltam mais técnicos o grupo é numeroso.

- Mapa da pessoa do usuário 4:

1: Trabalho, CAPS um profissional para dar atenção a todos, falta de atenção.

2: Família, minha mãe que cuida do tratamento.

3: Quando termina o tratamento, para de tomar remédio para pegar um emprego.

- Mapa da pessoa do usuário 5:

O usuário 5 não pode comparecer ao preenchimento do mapa da pessoa por motivo de doença.

Com o preenchimento do mapa da pessoa pode-se detectar os problemas centrais que afligem o usuário, entender como eles vêm enfrentando esses problemas e a quem eles recorrem para mediar seus conflitos, também se pode entender os fatores que inibem a solução do problema.

Cada indivíduo possui uma trajetória de vida construída em redes com representações sociais próprias, sejam associativas como a família, a comunidade, os vizinhos, como articuladoras entre os usuários e os sistemas de saúde.¹³

Através da leitura do mapa da pessoa e os significados atribuídos pelos sujeitos do estudo quanto à família, vizinhos e ao CAPS, podemos identificar que para quatro dos usuários a família aparece como um facilitador e este dado foi confirmado nas falas a seguir:

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):696-05

“...Pra mim no meu caso, a família vem em primeiro lugar, porque se tem alguma coisa errada tem que fala pra quem me entende mesmo, pra quem tá comigo 24 horas.” (usuário 3)

“...o que me ajuda é a minha família, meu apoio principal é da minha mãe, depois dos meus irmãos, no CAPS, a psicóloga que eu posso conversar com ela e dialogar, a psiquiatra e meu companheiro.” (usuário 6)

Segundo Silveira¹³, a família apresenta-se no contexto da reforma psiquiátrica, como provedora de cuidado essencial, no sentido de preservar os vínculos sociais e os direitos de cidadania. Constitui-se em importante parceria para os serviços comunitários e abertos, ou seja, o apoio da família acaba por se caracterizar como um fator que contribui para o cuidado em liberdade.

A família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Além disso, cabe a esta elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico. No entanto, existe a necessidade dos profissionais da área de saúde mental em não se centrar apenas na pessoa doente, mas em toda a estrutura da sociedade na qual esta se insere. Destaca-se neste contexto, especialmente a família, pois esta constitui o sistema social dentro do qual evoluem as fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano.¹⁴

Porém para uma usuária a família aparece como um inibidor, considerando que ela não pode contar com essa família para ajudar na resolução de seus problemas, conforme foi demonstrado em seu mapa e na fala a seguir:

“...é de se sentir sem apoio mesmo dos familiares, eu mesmo só tenho o esposo e ele (filho). A família é muito importante e isso eu não posso contar.” (usuário 2)

O reflexo dessa realidade de preconceito e exclusão pode ser observado sobre o universo dos

familiares de indivíduos com sofrimento mental. Os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são vítimas de preconceitos, responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas.¹⁵

Observamos que ao mesmo tempo em que a família apresenta-se como aliada no processo de cuidado na comunidade, a depender de como estes vínculos foram constituídos e até deteriorados, ao longo do tempo, ela pode vir a se constituir em uma fragilidade e até em um ponto de tensionamento. Neste sentido a tentativa de identificar potencialidades desta relação com a família pode implicar em um trabalho longo e cuidadoso, ou seja, um caminho de difícil reconstrução, mas que deve ser buscado.

O CAPS também aparece como um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da autonomia, como fator importante no tratamento e como mediador para resolução dos problemas, como evidenciando no mapa de três usuários e nas falas a seguir:

“...aqui no CAPS eu não tenho ansiedade, no CAPS eu consigo ficar, não tenho medo, se eu pudesse eu ficava todo dia, mas não posso tenho compromissos...me ajuda na autonomia porque não sinto medo, não sinto aquela ansiedade.” (usuário 1)

“...e o CAPS tá sendo a segunda família, se a primeira não da atenção, aí o único jeito é procurar a 2ª família, o CAPS, porque aqui no CAPS eu comecei a ver que não sou eu só eu que tenho esses mesmos problemas, o pessoal do CAPS também tem esses mesmos problemas que eu, aí tem que ver isso para me acalmar mais e para procurar ser mais compreensível com o próximo.” (usuário 3)

Os CAPS têm possibilitado o atendimento a uma crescente demanda de indivíduos em sofrimento psíquico e tem tido uma atuação expressiva, contribuindo para que muitos portadores deixem de internar freqüentemente em hospitais psiquiátricos, e se mantenham em tratamento, podendo conviver com seus familiares

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):696-05

e amigos, como podemos evidenciar na fala a seguir:

“...eu achava assim, eu tô ruim mesmo, eu vou me internar lá (no hospital psiquiátrico), independentemente do que acham, do que os outros acham, eu acho que eu tenho que ir lá e ficar internada, porque se lá eu tiver que passar por uma crise, se eu tiver que passar por uma coisa lá eu vou tá poupando a minha família, e todo mundo de ver como eu vou tá, então eu vou pra lá, me jogo lá pra dentro. Agora não, agora eu acho que tem que ser a família em conjunto com o CAPS, acho que se os dois não andar junto com o CAPS não dá, porque aqui eles vão falar uma coisa e a gente não vai ter apoio para continuar com o tratamento, se a família da gente não apóia a gente, então por isso eu digo que a minha base de sustentação é a minha família e o CAPS.” (usuário 6)

Para Amarante², nos serviços substitutivos os usuários são ouvidos pelos técnicos, estabelecendo vínculos afetivos e terapêuticos, eles sentem que o profissional está disposto e comprometido em ajudá-los. Com isso, após serem ouvidos, esses indivíduos devem ser incluídos nas soluções, encaminhamentos e tratamentos, tornando-os sujeitos em seu processo de reabilitação e promoção da saúde mental.

Olschowsky¹⁶ refere que a reforma psiquiátrica é uma ação que busca romper barreiras, no sentido de que devemos aprender a conviver com o louco, de modo que as práticas possam ser questionadas e que se possa promover novas relações com os usuários, se contrapondo às ações intervencionistas, limitantes e estigmatizantes, permitindo a aceitação de que a pessoa com transtorno mental deve ter espaços de liberdade, sem a perda das condições do exercício da própria subjetividade e cidadania.

Contata-se que apesar dos limites estruturais que os CAPS têm apresentado, como falta de recursos humanos e materiais, e mesmo considerando seus limites em operar fora de um contexto mais amplo de rede de serviços capazes de oferecer complementariedade ao que é

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

ofertado no CAPS, este se constitui como importante espaço de escuta, apoio e cuidado ao usuário. Reforçando-se seu papel estratégico para implementação da reforma psiquiátrica, os usuários evidenciam o serviço como parte de sua base de sustentação.

Outro determinante que apareceu como facilitador na solução de problemas e como um fator contribuinte no tratamento foram os vizinhos e a comunidade, podemos perceber a importância desses determinantes nas falas a seguir:

“...Pra mim é os vizinhos, a minha família pouco me ajuda, até pelo contrário, às vezes sinto porque me deixam de lado, por causa dele (filho) ...eu conto com os vizinhos, amigos, com a família muito pouco, muito pouco eu conto com eles. E a comunidade também que eu, eu gostaria de salientar, na igreja, também aceitam ele bem, freqüento a igreja, todos aceitam ele bem, graças a Deus, e os vizinhos e aqui o CAPS.” (usuário 2)

Considerando Salles e Barros¹⁷, é o próprio paciente em seu sistema de relações que pode desenvolver novas formas de autonomia, desenvolvendo potencialidades afetivas que diminuam a vulnerabilidade e possibilitem a formação de novos vínculos sociais e afetivos.

Porém os vizinhos e a comunidade aparecem como inibidores no tratamento para um usuário, como explicitado em seu mapa e na sua fala:

“...e a vizinhança não me dou bem não, não me relaciono bem com a vizinhança, porque eu já sei como eles são...eu tenho problemas no bairro porque não tenho chance de melhorar de vida enquanto eles tiverem perto me ameaçando.” (usuário 3)

Para Saraceno⁹, o empobrecimento da rede social se configura como desabilitação, como perda qualitativa e quantitativa, desde a primeira rede que é o núcleo familiar, até as formas mais ampliadas de relações. Intervenções que visem à integração com o núcleo familiar e com a rede social ampliada para portadores de transtorno

mental severo, podem trazer benefícios para essas pessoas e para a qualificação dos programas de reabilitação.

Reconstituir laços com a vizinhança constitui-se num desafio para os serviços que tem como premissa a reabilitação psicossocial do usuário. Num mundo cada vez mais individualista em que as relações de vizinhança tendem a serem precarizadas esta se torna uma difícil empreitada. No entanto, precisamos considerar que o portador de transtorno mental necessita ampliar suas possibilidades de relação com o entorno e com a cidade e que não há trabalho de reabilitação que possa ser feito sem considerar esta tarefa. Relacionar-se com vizinhos significa exercitar a tolerância das pessoas de acolher a diferença, de sair de um mundo mais individual para um movimento com o coletivo, tensionar preconceitos e fundamentalmente colocar a loucura em circulação pelas casas e ruas da cidade.

Também podemos perceber através da aplicação da metodologia e da análise das falas as dificuldades comuns que os usuários de um serviço substitutivo em saúde mental encontram durante sua trajetória terapêutica. Um ponto comum referenciado pelos sujeitos participantes da pesquisa foi em relação ao custo dos medicamentos, como podemos perceber nas falas a seguir:

“...eu sinto dificuldade no custo dos medicamentos, tem os remédios que eu tomo, que ele toma (filho) e o meu marido toma, e são só a aposentadoria dele isso aí, o custo dos medicamentos é o que mais atrapalha a gente de tudo.” (usuário 2)

A falta de medicação de uso contínuo para usuários de serviços de saúde mental como os CAPS mostra-se como um déficit de estrutura do sistema de saúde mental que compromete significativamente o cuidado. Não nos parece admissível que pacientes insulíndependentes possam passar por situações impeditivas de acesso

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

a esta medicação, assim como, os usuários de serviços de saúde mental tenham que enfrentar sucessivamente a falta de medicação. Pois esta falta pode implicar no desencadeamento de uma grave crise psíquica, tendo um custo econômico e social para o sistema de saúde difícil de dimensionar.

Kantorski et al.¹⁸ evidenciam o quanto esta falta de medicação interfere na ambiência ao avaliar qualitativamente um CAPS e o cuidado nas situações de crise. É importante reforçar a incompreensão sobre como estruturar uma rede de cuidados comunitários em saúde mental prescindindo de elementos básicos como a medicação. No entanto ainda esta, é uma realidade vivenciada pelos portadores de transtornos psíquicos.

No final desta apresentação e discussão teórica dos resultados, é importante colocar as limitações do estudo que podem se caracterizar pelo tempo de aplicação da metodologia e a desistência de uma usuária. Isto demonstra que a potencialidade da pesquisa qualitativa também pode assinalar uma dificuldade no processo de coleta de dados, visto que, o mesmo envolve o contato com o mundo subjetivo e individual dos indivíduos pesquisados, bem como, com questões pessoais, sociais e culturais que podem levar a desistência e não compreensão da necessidade global da pesquisa.

CONCLUSÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, são territorializados e responsáveis por cuidar dos portadores de sofrimento psíquico em liberdade. Porém para que os profissionais possam oferecer um cuidado em liberdade torna-se necessário pensar suas práticas, que deverão ir além da atenção aos usuários, alcançando também a família, os J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):696-05

vizinhos, os amigos, a comunidade, enfim a rede social do usuário.

Considerando que a reabilitação psicossocial tem por objetivo aumentar as habilidades das pessoas portadoras de transtorno mental para que tenham a possibilidade de exercer sua cidadania e resgatar sua autonomia nos vários âmbitos da vida, procurou-se conhecer qual a rede social dos usuários de um CAPS e como esta rede contribui nesse processo.

No caminho percorrido neste estudo podemos conhecer a rede social dos usuários de um CAPS II e como essa rede contribui no resgate da sua autonomia. Percebemos que cada indivíduo possui na sua trajetória de vida redes sociais com representações próprias, sejam elas associadas a família, vizinhos ou articuladas aos serviços de saúde.

Podemos perceber que o CAPS aparece como um fator importante no tratamento dos sujeitos do estudo e como mediador na resolução dos seus problemas e que este serviço têm possibilitado um atendimento de qualidade aos indivíduos em sofrimento psíquico pois contribui para que os usuários deixem de internar freqüentemente em hospitais psiquiátricos, fazendo assim com que estes não percam seu convívio social.

Vimos também que os usuários estabeleceram vínculos afetivos e terapêuticos com os profissionais do CAPS na maneira em que procuram o serviço como facilitador na resolução de seus problemas e evidenciam o serviço como base de sustentação em sua vida.

Porém, pensamos que se os usuários permanecem por um longo período de tempo vinculados ao CAPS poderão ter dificuldades em relação à alta e reinserção social progressiva pela constituição de outras redes.

A família na rede social dos sujeitos é considerada para a maioria como mediadora nos

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

conflitos, sendo reconhecida como unidade de apoio e como provedora de cuidados, mas para alguns dos sujeitos a família aparece como inibidora na resolução dos problemas.

Evidenciamos também no estudo que os usuários encontram outras formas de vínculos sociais e afetivos em sua rede que não o CAPS e a família, surgiram como elementos de apoio os vizinhos e a comunidade.

Porém os vizinhos, apareceram também como ponto de tensão nas relações sociais dos usuários, o que nos faz pensar em perda nas relações, visto que o empobrecimento social se configura como desabilitação e que o fortalecimento das relações podem trazer benefícios para essas pessoas e para a reconstrução dos laços.

O estudo também mostrou como a falta de elementos básicos ainda é uma realidade presente na trajetória terapêutica dos portadores de sofrimento psíquico, elementos básicos como o acesso as medicações foram evidenciados como dificuldade na trajetória dos sujeitos.

Este estudo torna-se relevante para a enfermagem, visto que o enfermeiro diante deste novo modo de assistência precisa mudar seu pensamento sobre o cuidado passando a aprender a compartilhar os saberes e assumindo uma postura crítica sobre a prática, sendo assim um agente de mudança na sociedade.

Finalizando, ressalta-se a importância deste estudo para os serviços de saúde mental, para que estes possam identificar e refletir a respeito do CAPS e de como este pode contribuir na reconstrução dos laços sociais e afetivos dos usuários. E que com isso possam aprimorar suas práticas, dispensando ao usuário um atendimento muito mais qualificado e comprometido com a sua liberdade e com o resgate da sua autonomia.

1. Amarante P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
2. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.120.
3. Kantorski LP. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: Valladares ACA. Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo: Vetor; 2004. p. 15-30.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2004.
5. Silva MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; 2005. v. 15, n. 1, p. 127-150.
6. Mângia EF, Muramoto MT. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; 2005. v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr.
7. Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UPFE; 2008. p.159.
8. Tomael MI, Alcara AR, Di Chiara IG. Das redes sociais à inovação. Ci. Inf. Brasília; 2005. V. 34, n. 2, ago.
9. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte; Rio de Janeiro; 2001. 2º Ed, p.178.
10. REDESUL- Redes que reabilitam- avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Projeto aprovado pelo edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT / 33/2008; Coordenação Luciane Prado Kantorski - Pelotas; 2008.
11. COFEN. Resolução COFEN nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de

REFERÊNCIAS

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):696-05

Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR *et al.*

Mediators collaborators and...

Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.

12. Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Ed Universitária da UPFE; 2008. p.159.

13. Silveira, CL. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante e as implicações nas redes sociais. Monografia de Graduação. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria; 2009.

14. Bielemann V. et al. A Inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm. Florianópolis; 2009. Jan./mar. 18(1): 131-9.

15. Melman J. Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora; 2001.

16. Olschowsky A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Lato Sensu". Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2001. p. 233.

17. Salles MM, Barros S. Vida Cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul Enferm; 2009. Vol. 22, n.1, p.11-16.

18. Kantorski L. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num centro de atenção psicossocial. Revista Ciência e Saúde Coletiva; 2009.

Recebido em: 15/10/2012

Revisão requerida: no

Aprovado em: 21/04/2013

Publicado em: 01/10/2013