



Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial

Perceptions of health professionals on social inclusion in a Psychosocial Care Center

Dulcian Medeiros de Azevedo¹, Glauber Weder dos Santos Silva², Francisco Arnaldo Nunes de Miranda², Mônica Silva de Bessa¹, Suerda Lillian da Fonseca Lins², João Evangelista da Costa³

Objetivo: compreender as percepções de equipe técnica sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. **Métodos:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 20 profissionais de saúde. Utilizaram-se a técnica de entrevista semiestruturada e a observação não participante. Dados analisados por meio da classificação hierárquica descendente e análise temática de conteúdo, processados no *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*. **Resultados:** emergiram-se três categorias: Inclusão social: participação familiar na inclusão/exclusão e a geração de renda; Atividades terapêuticas: inclusão “dentro e fora” do Centro de Atenção Psicossocial; e Desafios da inclusão: gestão do serviço e capacitação profissional. **Conclusão:** o preconceito ou a discriminação neste campo, aliado às dificuldades de apoio da gestão com serviço e “engessamento” do processo de trabalho com centralidade na consulta psiquiátrica, prejudica as tentativas de reabilitação e inclusão social de usuários e famílias.

Descritores: Apoio Social; Serviços de Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental.

Objective: to understand the perceptions of the technical team about social inclusion in the Psychosocial Care Center. **Methods:** qualitative research, developed with 20 health professionals. A semi-structured interview technique and non-participant observation were used. Data analyzed through the descending hierarchical classification and content thematic analysis, processed in the *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* software. **Results:** three categories emerged: Social inclusion, family participation in inclusion/exclusion and income generation; Therapeutic activities: inclusion inside and outside the Psychosocial Care Center; and Challenges of inclusion: service management and professional training. **Conclusion:** prejudice or discrimination in this field, coupled with the difficulties of support of the management with service and stiffening of the work process with centrality in the psychiatric consultation, jeopardize attempts at rehabilitation and social inclusion of users and families.

Descriptors: Social Support; Mental Health Services; Psychiatric Nursing; Mental Health.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

³Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente: Dulcian Medeiros de Azevedo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Campus Caicó, Av. Rio Branco, 725 - Bairro Paraíba. CEP: 593000-000. Caicó, RN, Brasil.
E-mail: professordulcian@gmail.com

Introdução

A Reforma Psiquiátrica é um fenômeno mundial que orienta a ressignificação da atenção à saúde mental, tendo como objetivo a superação do modelo manicomial (hospitalar e fechado) pelo cuidado em rede com serviços de saúde substitutivos (comunitários e abertos), sustentados pelo paradigma da desinstitucionalização, e que fortalecem a reinserção social e a convivência no território⁽¹⁾. Compete à rede substitutiva a luta contra a exclusão social e a autonomia do sujeito doente, com princípios de acolhimento e vínculo, permitindo a tomada de decisão compartilhada entre usuários do serviço e respectivos familiares⁽²⁾.

Na perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental, sob a égide dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços substitutivos que propõem o desenvolvimento de ações de inclusão social para pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de substâncias psicoativas e famílias, produzindo interferências no cotidiano e território, com novos discursos e práticas, em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, visando desinstitucionalização e inclusão social⁽³⁾.

Nesse sentido, os serviços substitutivos devem desenvolver estratégias de reabilitação e reinserção que promovam o protagonismo de usuários, iniciativas articuladas com os recursos do território, em campos do trabalho/economia solidária, habilitação, educação, cultura e saúde.

Apesar da premissa da coparticipação de usuários e cuidadores como protagonistas no planejamento dos cuidados de saúde mental, observam-se desafios nesse processo, os quais existem em decorrência das inconsistências na implementação do serviço e recursos finitos, persistência na continuidade de ações ritualísticas e resistência profissional à participação do usuário, que impede o envolvimento colaborativo e o substitui por decisões unilaterais, reproduzindo sentimento de marginalização entre usuários do serviço e familiares⁽⁴⁾.

Historicamente, em função da assistência hospitalocêntrica e segregadora com efeito negativo na assistência à saúde mental, reforçam-se a exclusão de usuários do convívio comunitário frente a estereótipos, rotulações, preconceitos e estigmas, alimentados pela falsa ideia de hetero e autoagressividade como desencadeante de periculosidade da pessoa com transtorno mental ou usuária de substância psicoativa. Estes, dentre outros, reforçam atitudes excludentes, como o isolar-se da sociedade, marginalização e desestruturação emocional⁽³⁾. Portanto, cabe aos serviços de saúde elaborar estratégias para promoção da qualidade de vida em diferentes dimensões e, em nível social, além de estabelecer planos para reinserção deste usuário⁽⁵⁾.

Assim, ao considerar a presença destes serviços substitutivos e do movimento reformista em curso, questionou-se: como são desenvolvidas atividades de inclusão social em Centro de Atenção Psicossocial de município de médio porte? Quais os desafios no desenvolvimento destas atividades, segundo a equipe técnica de saúde do Centro de Atenção Psicossocial?

Neste sentido, objetivou-se compreender as percepções da equipe técnica sobre inclusão social em Centro de Atenção Psicossocial.

Métodos

Pesquisa qualitativa, desenvolvida com profissionais da equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial III, do município de Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil, de julho a agosto de 2016.

Integravam a equipe técnica multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial estudado 32 profissionais. Optou-se como critério de inclusão: profissionais com vínculo ao serviço há pelo menos um mês, entendendo-se que este seria o período mínimo para o envolvimento com as atividades de inserção social e terapêuticas propostas ao modelo de atendimento requerido pelo Centro de Atenção Psicossocial III. Excluíram-se os profissionais que não desenvolviam atividades terapêuticas junto aos usuários, em gozo de

férias ou licença para tratamento de saúde.

Após aplicação dos critérios de elegibilidade, doze profissionais não atenderam aos critérios de inclusão. Estiveram aptos para participar da pesquisa: dois psiquiatras, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um farmacêutico, um nutricionista, um educador físico e um profissional terapeuta ocupacional, totalizando 20 participantes. Não houve recusa em participar do estudo.

Para coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos. O primeiro foi um questionário com perguntas fechadas, contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão) e laborais (tempo de trabalho no serviço, tempo de experiência em psiquiatria, tipo de vínculo trabalhista).

O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista semiestruturada, a qual teve duração média de 15 minutos e continha quatro questões que versavam sobre compreensão, desafios e potencialidades da inclusão social e atividades de promoção da saúde no Centro de Atenção Psicossocial, a saber: qual sua compreensão sobre a inclusão social de pessoas com transtornos mentais nesse serviço? Quais as atividades de promoção à inclusão que você desenvolve aqui? Quais os desafios encontrados nestas atividades de inclusão desenvolvidas por você? De que maneira a promoção à inclusão social poderia ser melhorada? As entrevistas foram gravadas em aparelho *smartphone* – modo *offline*, contendo aplicativo de gravador digital e transcritas na íntegra no *software Microsoft Office Word 2016*[®].

Além da entrevista, adotou-se a técnica observacional não participante, direcionada às atividades terapêuticas, que ocorreu durante duas semanas (80 horas), com livre entrada no ambiente. O pesquisador responsável pela coleta dos dados anotava informações relevantes, observadas durante as entrevistas, e atividades terapêuticas no serviço, com base em roteiro norteador para observações, de modo a analisar o ambiente, os participantes, a frequência e duração, o processo e o resultado a partir dos questionamen-

tos: quem são os participantes (profissionais)? Quais suas características e papéis? Que horas a atividade começou e a que horas terminou? É recorrente? Como a atividade está organizada e como se desenvolve? O ambiente é adequado para realização da atividade observada? Explique.

A observação ocorreu através do acompanhamento dos profissionais nas atividades realizadas com os usuários dentro e fora do Centro de Atenção Psicossocial. Os dados observacionais da entrevista eram revelados durante a discussão das categorias de análise, na perspectiva de confrontar “o que foi dito e executado” pelos participantes. Os participantes foram codificados, independente da categoria, como Entrevista 1 e assim sucessivamente (Ex.: E1 ... E20).

A preparação dos dados, após coleta (entrevista e observação), ocorreu em duas etapas. Primeiro, organizaram-se as informações sobre a caracterização dos participantes da pesquisa, de maneira descritiva, com auxílio do *software Microsoft Office Excel*[®] 2016. Logo depois, os dados obtidos das entrevistas (falas dos participantes) foram transformados em corpus textual para processamento no *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), forma de análise de conteúdo informatizada⁽⁶⁾.

Na ordenação obtida pelo ALCESTE, cada entrevista é considerada uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação. Essas UCI correspondem a cada entrevista, considerando a fala de cada participante⁽⁶⁾. Para tratamento e categorização das classes geradas pelo ALCESTE, associou-se o processamento do *software* com as etapas da Análise de Conteúdo⁽⁷⁾.

Os profissionais participaram voluntariamente, após esclarecimento sobre objetivos e finalidades da pesquisa, tendo todos assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Gravação de Voz.

A pesquisa atendeu às normas da Resolução 466/2012 que norteia pesquisas com seres humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

com Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, conforme parecer nº 1.441.884, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 53357216.5.0000.5294.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos profissionais mostrou predominância do sexo feminino (60,0%), com a maioria na faixa etária de 30 - 39 anos (60,0%) e maior percentual de solteiros (55,0%). Em relação ao tempo de trabalho, 45,0% estavam de 2 - 3 anos prestando serviço no Centro de Atenção Psicossocial III e possuíam experiência em saúde mental de 0,4 - 4 anos (70,0%).

O *corpus* processado pelo ALCESTE obteve aproveitamento de 60,0% do material, considerado ótimo, com 105 Unidades de Contextos Elementares (UCE) analisadas. Tal sistema categorial pertence ao conjunto discursivo dos profissionais de saúde entrevistados acerca da temática inclusão social. Mediante as Classes apontadas pelo ALCESTE, por meio da Classificação Hierárquica Descendente, geraram-se três categorias de análise, de acordo com o conteúdo temático e interpretação das UCE presentes. As classes abaixo e seu conteúdo são associadas com o coeficiente *Phi*, o qual demonstra forte elo entre a palavra e a classe por meio do coeficiente $>0,20$.

Para cada categoria, utilizou-se a fala dos profissionais – *ipsis litteris* – para valorização da simbologia e dos significados diversos que os participantes remeteram ao cotidiano e dialogicidade deste com a temática, ou seja, modos de falar e interpretar, respeitadas as recomendações do preparo do *corpus*.

A Classe 1 obteve retenção de 27,0% das UCE, associada, semanticamente, com as seguintes formas de palavras (valor de *phi*): principal (0,38); vez (0,31); pass (0,3); família (0,32); ve (0,27); casa (0,27); muita (0,27); dia (0,25); ger (0,22); cheg (0,24); deix (0,24); entr (0,24); sair (0,24); renda (0,24); saude (0,24); carinho (0,24) e ano (0,22). Elaborou-se a categoria Inclusão social: participação familiar na inclusão/ex-

clusão e a geração de renda, a qual apresenta a instituição família como núcleo capaz de fortalecer a inclusão social de pessoas vivendo com transtornos mentais, evidenciado, principalmente, pela capacidade de autonomia laboral e geração de renda. Ademais, também se mostrou capaz também de estruturar processos excludentes que impactam no bem-estar do familiar em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial, conforme as falas: *Outra questão também da inclusão social, quando a gente fala da família, ainda tem essa rejeição ... já iniciando dentro de casa na própria casa, a família não aceita, quando estão com algum problema, a família, às vezes, não deixa sair nem na calçada, a própria família (E12). Para gente poder está fortalecendo e efetivando essa inclusão social, também promovendo mais oficinas de geração de emprego e renda que eles possam aprender aqui e levar para casa, trabalhar na família nessa oficina, que a partir dessa oficina, eles venham ter uma renda extra (E01).*

Em relação à segunda categoria (Classe 2), com 25,0% das UCE, esta associou-se às palavras (valor de *phi*): atividade (0,47); volt (0,34); grupo (0,32); terapia (0,32); particip (0,32); cap (0,28); medica (0,29); desenvolv (0,29); fisic (0,26); sintomas (0,26); familiar (0,24); transtorn (0,24); clin (0,23); forma (0,23); cidade (0,23); enfermagem (0,23); interess (0,21). Nomeou-se como Atividades Terapêuticas: inclusão “dentro e fora” do Centro de Atenção Psicossocial, destacou-se na fala dos profissionais a realização de atividades intra e extra muros do Centro de Atenção Psicossocial III, como forma de inclusão social, enquanto estimuladoras da autonomia e cidadania, em função dos anos perdidos por incapacidade de convívio social e familiar, ocasionando ônus sobre os aspectos requeridos para viver a cotidianidade. As falas ilustram esse processo: *Ele está participando das atividades de comunidade ... atividades diárias ... ir numa farmácia, ir comprar um pão, ... de atrações culturais. Então, está incluso no que, no conceito da sociedade ... está interagindo com a comunidade (E11). Aqui no Centro de Atenção Psicossocial, nós temos a parte ... a enfermagem fica muito com parte do assistencialismo, então, da administração das medicações, de tudo isso. Nós participamos de forma complementar, as ações da terapia ... Então tem um show, tem um passeio na ilha, têm essas atividades, a gente ... nós acabamos contribuindo para isso (E11).*

Por último, a Classe 3 (8,0% UCE) teve associação com os termos (valor de *phi*): serviço (0,49); pesso (0,44); aceit (0,43); sab (0,41); usuario (0,36); important (0,36); vend (0,34); gestao (0,34); profissio (0,30); dificil (0,28); sent (0,25); mundo (0,25); quebr (0,25); tempo (0,25); contato (0,25); cuidado (0,25); envolvime (0,25). Gerou a categoria Desafios da Inclusão: gestão do serviço e capacitação profissional, na medida em que a efetivação da inclusão social em qualquer que seja o campo não é restrita ao processo de trabalho e ações dos profissionais de saúde, pois também não menos responsável é uma gestão presente, com planejamento e assistência às equipes (educação no serviço), conforme os participantes relataram: *E depende muito, assim, da questão da gestão, às vezes, a gente faz muita coisa só por vontade própria, mas, às vezes, a gente precisa de um transporte para ir para outro local, para incluir mesmo na sociedade, e, às vezes, a gente não tem* (E12). *Muito importante são os profissionais que não são bem preparados, porque, assim, você está lidando com uma coisa difícil ... Então, assim, de todos esses, eu acho que o principal, o desafio principal é a falta de preparação para os profissionais* (E16).

Discussão

Este estudo buscou identificar as percepções da equipe multiprofissional de um centro de atenção psicossocial sobre a inclusão social. Contudo, apontam-se limitações que se referem à regionalidade e lacuna da literatura sobre ações de inclusão social em serviços substitutivos de saúde mental. No entanto, reconhece-se a magnitude da pesquisa ao ofertar condições de reelaboração dos processos que conduzem ao fortalecimento da rede psicossocial e a aplicabilidade de estratégias que fomentam a reforma psiquiátrica brasileira.

No que diz respeito aos resultados, a primeira categoria "Inclusão social: participação familiar na inclusão/exclusão e a geração de renda" denotou que a participação familiar na tomada de decisões, avaliação do serviço e dos profissionais que atuam com os usuá-

rios possuem efeitos positivos na recuperação dos usuários, o que corrobora com a literatura⁽⁸⁾. Assim, torna-se compromisso e responsabilidade da equipe técnica a identificação de formas de incluir os familiares durante o processo assistencial, embora se tenha percebido a dificuldade dessa prática no Centro de Atenção Psicossocial investigado, principalmente no que se refere à participação familiar na reinserção dos usuários à sociedade.

Para efetiva e eficiente inclusão social e familiar, devem-se amenizar os estigmas associados aos usuários. Entretanto, a exclusão da pessoa com transtorno mental se perpetua há anos e, em muitas situações, o tratamento ainda se faz através de rotulações e manutenção do usuário em locais que centram no modo manicomial o fazer profissional, gerando exclusão familiar e social⁽³⁾.

Apesar da necessidade de intervir no meio social, no cenário investigado, observou-se que nenhuma atividade sistemática e permanente foi desenvolvida com a população externa, ou seja, a comunidade. Neste sentido merece atenção o desenvolvimento de reflexão sobre o trabalho na comunidade e nos espaços de convívio social, avaliando e planejando o acesso permanente dos usuários a outros espaços, tal qual museus, bibliotecas, centros de cultura, praças.

Na perspectiva da inserção comunitária, os profissionais relataram a importância do trabalho de geração de renda, como forma de aprendizagem e inclusão social. Outra pesquisa denotou que as oficinas terapêuticas permitem a possibilidade de ressaltar conflitos internos/externos por meio de atividades artísticas, valorizando o potencial criativo, imaginário e expressivo do usuário; o que o tornará mais apto socialmente⁽⁹⁾, independentemente de serem dispositivos capazes de aprendizagem de um ofício, ou gerar renda.

Observou-se que, apesar de apresentarem capacidade técnica, os profissionais envolvidos nas oficinas conduziram estas atividades não relacionando à necessidade dos usuários, uma vez que não são

pensadas de acordo com uma proposta terapêutica, individualizada. Porém, percebeu-se que as oficinas estimulam os usuários a desenvolver a criatividade e expressar emoções em quadros diagnósticos através da relação da arte, que em outras evidências é manifestada como processo de (re)construção da autonomia dos sujeitos⁽¹⁰⁾. Neste ínterim, sabe-se que essas atividades potencializam o processo de tratamento e inclusão, ampliando a percepção e despertando a criatividade dos indivíduos⁽¹¹⁾.

Em relação à segunda categoria: Atividades Terapêuticas: inclusão “dentro e fora” do Centro de Atenção Psicossocial, as funções indicadas para o serviço substitutivo possibilitam processo desafiador, histórico e social na promoção da inclusão no mercado de trabalho e nos relacionamentos afetivos e de parentalidade, preservando singularidade, história, cultura e vida cotidiana, estes necessários para impedir impactos no grupo social que possam gerar exclusão destes⁽¹²⁾.

Entretanto, observou-se, por meio da observação não participante, barreira dos profissionais de enfermagem em identificar função diante das atividades terapêuticas, identificando-se como responsáveis por capacitações e também ao trabalho burocrático exercido, realidade que coaduna com os desafios da enfermagem para exercer o papel reformista no Centro de Atenção Psicossocial, no qual tem apresentado perfil atitudinal autoritário, restritivo e discriminatório frente ao adoecimento mental⁽¹³⁾.

A partir da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos passaram a focar o usuário de acordo com a coletividade e os relacionamentos afetivos, sociais, familiares e comunitários⁽¹⁴⁾, porém, na realidade do Centro de Atenção Psicossocial investigado, os profissionais reconheceram que o serviço ainda apresentava escassas oportunidades para praticar a mobilidade dos usuários no território e que se necessitava trabalhar com a comunidade/população, propor ações e atividades na perspectiva e dimensão comunitárias.

As oportunidades permanentes de atividades externas vivenciadas nesse serviço estavam aquém das reais necessidades dos usuários. Durante o período de observação, somente dois profissionais de educação física e artesão produziram atividades externas com os usuários (quadra de esportes e campo de futebol, passeio no comércio e espaço comunitário), sem articulação com os demais membros da equipe, reafirmando, assim, que a maioria das atividades era realizada de forma individual, sem seguir o preceito da interdisciplinaridade⁽¹⁵⁾.

Além disso, poucos usuários internos nos leitos do Centro de Atenção Psicossocial analisado participavam destas atividades externas, evidenciando total imersão no modo manicomial, algo próximo a internalização do modelo de internação compulsório e de exclusão social, em detrimento de olhar psicossocial, enquanto atitude terapêutica específica aos serviços substitutivos⁽³⁾.

Por último, como terceira categoria: Desafios da Inclusão: gestão do serviço e capacitação profissional, neste estudo, identificou-se a carência de recursos para efetivação de atividades do serviço, sendo comum auxílio e doações da comunidade para realização de atividades ou, ainda, a venda de artesanatos para compra de novos materiais, objetivando manter as oficinas.

Consonante à realidade encontrada, quanto ao financiamento dos serviços de saúde mental e aos desafios para implementação de rotinas e atividades inclusivas, observa-se que a saúde mental é uma área subfinanciada no Sistema Único de Saúde, situação que constrange o avanço desses serviços essenciais e, conseqüentemente, precariza a atenção psicossocial. Contrário ao processo reformista nota-se que as comunidades terapêuticas têm sido protagonistas no investimento das políticas de saúde mental⁽¹⁶⁾.

Os profissionais entrevistados ainda discorreram sobre perspectiva do perfil, preparo profissional para trabalhar na área, entendendo estes como caminhos, também, de possível inserção social de usuários

de Centros de Atenção Psicossocial, no qual preconceito e estigma com a loucura fazem parte do imaginário social enquanto representação e percepção daquilo que ainda parece oculto, mágico e próprio do campo espiritual.

Esses processos de entendimento equivocado no campo mágico-religioso influenciam diretamente o perfil e o preparo profissional para atuar no campo da saúde mental. Assim, a literatura tem apontado para responsabilidade de gestores frente às dificuldades identificadas com uso da educação permanente em saúde e recursos necessários para se avançar na efetivação das políticas em saúde mental⁽⁴⁾.

Os problemas e as dificuldades relatados não fazem parte apenas da realidade local, mas de vários cenários com Centros de Atenção Psicossocial nos estados brasileiros. Em São Paulo, por exemplo, as evidências apontam para generalização continuada e barreiras na participação ativa de diversos atores profissionais na produção de educação permanente nos serviços de saúde mental, além de valorização na formatação das atividades e burocratização das ações⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Para enfrentar esse processo, é necessário esforço dos pontos discutidos, principalmente no que se refere aos processos de educação permanente dos profissionais e reconhecimento dos gestores acerca da importância de investimento neste setor assistencial. Para tanto, destaca-se a necessidade de trabalho mais intenso em universidades e escolas de formação em saúde (médio ou superior) sobre a saúde mental, pois ainda há déficit de conhecimento sobre a temática.

Conclusão

O preconceito ou a discriminação neste campo, aliado às dificuldades de apoio da gestão com serviço e “engessamento” do processo de trabalho com centralidade na consulta psiquiátrica, prejudica as tentativas de reabilitação e inclusão social de usuários e famílias.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo fomento a esta pesquisa – Código de financiamento 001, à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, pela concessão de bolsa de Iniciação Científica e à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pelo financiamento dos custos de publicação.

Colaborações

Azevedo DM e Bessa MS contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Silva GWS, Miranda FAN, Lins SLF e Costa JE colaboraram com análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. The regionalization of mental health and new challenges of the psychiatric reform in Brazil. *Saúde Soc.* 2017; 26(1):16-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>
2. Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Psychosocial rehabilitation in the west network of the municipality of São Paulo: potentialities and challenges. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39:e2017-0231. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>
3. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and struggle for a society without asylums. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018; 23(6):206774. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018236.07082018>
4. Bee P, Brooks H, Fraser C, Lovell K. Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *Inter J Nurs.* 2015; 52(12):1834-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>

5. Clifton A, Repper J, Banks D, Remnant J. Co-producing social inclusion: the structure/agency conundrum. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 [cited Set. 02, 2018];20(6):514-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22882808>
6. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the alceste in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited Sept. 02, 2018]; 7(esp):5015-22. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11764/14082>
7. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Rev Eletr* [Internet]. 2015 [citado 2018 set. 02];17(1):1-14. Disponível em: <http://oficinas.incubadora.ufsc.br/index.php/Lucasfranco/article/view/2336/2155>
8. Azevedo DM, Oliveira AM, Melo GSM, Salvetti MG, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Evaluation of assistance in center of psychosocial care in the perspective of professionals. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2014 [cited Sept. 02, 2018];16(2):109-16. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/9293/6467>
9. Costa MGSG, Figueiró RA, Freire FHMA. The phenomenon of Chronification on Psychosocial Aid Centers: a case study. *Temas Psicol*. 2014; 22(4):839-51. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-13>
10. Santos ES, Joca EC, Souza AMA. Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):637-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0469>
11. Mendes MF, Lopes VB, Lobo APA. Mental health and art: workshop experiences aesthetic report in a psychosocial care center. *Cad Bras Saúde Ment* [Internet]. 2016 [cited Sept. 02, 2018];8(20):70-8. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3992>
12. Ibiapina ARS, Monteiro CFS, Alencar DC, Fernandes MA, Costa Filho AAI. Therapeutic workshops and social changes in people with mental disorders. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(3):e20160375. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0375
13. Gonçalves AM, Vilela SC, Terra FS. Attitudes of professionals of the Network of Psychosocial Attention to mental illness. *Rev Rene*. 2017; 18(5):647-54. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500012>
14. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Castro Junior EF, Barreto LA, Rosa LRS, Lima LL. Solvability of mental health care in the Family health strategy: social representation of professionals and users. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1062-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700014>
15. Araujo Filho JD, Bessa MS, Azevedo DM. Mental health care in a Counseling and Psychosocial Service: evaluation in the professional perspective. *J Nurs Health* [Internet]. 2016 [cited Sept. 02, 2018];6(2):279-86. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5779/6044>
16. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(19). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>
17. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0061>
18. Medeiros GT, Nascimento FAF, Pavòn RG, Silveira FA. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. *Interface*. 2016; 20(57):475-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0232>