

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem

HUGO VITOR CABÚS DE MAGALHÃES

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE REDES SOCIAIS EM  
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso

BRASÍLIA-DF

2017

HUGO VITOR CABÚS DE MAGALHÃES

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE REDES SOCIAIS EM  
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
submetido ao Curso de  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade de Brasília, como  
requisito parcial para obtenção  
do Título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Glória Lima

BRASÍLIA-DF

2017

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os meus educadores que possibilitaram que eu pudesse chegar até a graduação e que ainda me instigam a ir além. Em especial aos docentes do Departamento de Enfermagem que me possibilitaram ter um olhar diferente para o ser humano, a vida e ao cuidado com o próximo.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Maria da Glória Lima por todo apoio e, principalmente, pela paciência em cada passo nesta graduação. Por ter-me feito ter tanto gosto pelo campo da Saúde Mental, possibilitando o crescimento pessoal e profissional.

Ao Dr. Prof. Elioenai Dorneles Alves, que, no momento mais difícil, me deu inspiração para continuar com ânimo a cada encontro nos corredores e em sala de aula.

“Quando tudo nos parece dar errado,  
acontecem coisas boas que não teriam  
acontecido se tudo tivesse dado errado”

Renato Russo

## **SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEAM - Centro de Atendimento Especializado à Mulher

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEAM - Delegacia de Atendimento Especial à Mulher

IRAMUTEQ – Interface de R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESC – Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

## RESUMO

Este estudo busca identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre Redes em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) DF acerca dos dispositivos de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dispositivos públicos e da comunidade, que possam ser articulados e integrados para buscar complementar o serviço de saúde mental para ampliação dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários com vista ao acesso à atenção integral em saúde e a sua inclusão social e exercício da cidadania. Estudo orientado pela abordagem qualitativa exploratória descritiva, com a realização de entrevistas junto de dez profissionais de saúde, mediante uso de roteiro com questões abertas.

As entrevistadas foram degravadas e os corpus analisados no Software IRAMUTEQ, com a aplicação do método da Classificação Hierárquica Descendente e obtiveram-se 5 classes: Classe 1 – Redes são pontes, trocas e parcerias – é ultrapassar os muros do CAPS; Classe 2 – A rede é viva, ela é feita das relações entre pessoas; Classe 3 – Rede: um mecanismo de proteção; Classe 4 – Loucura não é exclusão, é você pertencer a algo; Classe 5 – A rede em parceria com o cuidar.

Conclui-se que os profissionais em sua maioria têm um conceito ampliado de redes sociais, da importância de buscarem articular com dispositivos sociais para além da saúde, incluir dispositivos de outros setores e da comunidade, ampliando a capacidade tanto dos profissionais da equipe do CAPS, como também da RAPS de atender melhor as necessidades dos usuários e familiares na perspectiva da atenção integral a saúde, da autonomia e inclusão social. Do mesmo modo, ressalta-se a necessidade de investimento para processos de capacitação sobre a utilização de redes sociais para organizar melhor o trabalho dos profissionais nos CAPS.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Centro de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Psicossocial; Profissionais.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	8
2. OBJETIVOS .....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivo específico .....	11
3. METODOLOGIA.....	11
2.1 Cenário de estudo e Participantes .....	12
2.2 Aspectos Éticos .....	12
2.3 Coleta de Dados .....	13
2.4 Análise dos Dados.....	13
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	14
2.5 Dendograma CAPS II .....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
6. REFERÊNCIAS .....	29
7. ANEXOS .....	31
7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	31
8. APÊNDICE .....	34
8.1. ENTREVISTA ABERTA.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

Após o movimento de reforma psiquiátrica, as instituições psiquiátricas foram substituídas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tinham como objetivo atender a pessoa em estado de sofrimento mental e reinseri-la de volta na sociedade (SCHRANK, 2008).

O marco desse movimento se deu com a aprovação da Lei 10.216, em 2001, que desdobrou com e a criação de várias normativas ministeriais de saúde para orientar as políticas e práticas de saúde, atendo-se como prioridade a garantia de um cuidado digno mediante a criação de uma rede diversificada de cuidado de base comunitária, assegurando a proteção dos direitos humanos aos usuários da saúde mental, tendo como dispositivo estratégico, os Centros de atenção psicossocial, como dispositivo responsável em ordenar a rede de atenção psicossocial nos territórios de saúde.

Após quase dez anos, é criada formalmente a Rede de Atenção Psicossocial, pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, contemplando os diferentes níveis de atenção em saúde, atenção básica, rede especializada e a reabilitação, e uma diversidade de serviços, de base territorial e comunitária, para o atendimento às pessoas no campo da saúde mental, substituindo assim o modelo hospitalocêntrico e as internações, a fim de possibilitar que o indivíduo não perca seus vínculos com a sociedade e família (BRASIL, 2011).

No âmbito da Atenção psicossocial, a Resolução 3088/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a atenção em saúde às pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e de pessoas em situação de exclusão social, reafirmando os Centros de Atenção psicossocial - CAPS como organizador da rede e articulado aos dispositivos da atenção básica, ESF e os Consultórios na rua e em outros, o trabalho em equipe, de base territorial, comunitária e em rede, como também, a importância da formação e da capacitação na área e a participação social (BRASIL, 2011).

As necessidades dos usuários acompanham as crescentes transformações demográficas, o que implica na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a



implementação das Redes de Atenção à Saúde, permitindo corresponder de maneira eficaz, eficiente, coerente, com qualidade e garantindo a equidade às necessidades dos usuários do SUS, trabalhando a saúde de forma descentralizada e conectada à comunidade e a outros serviços, objetivando a reinserção do cliente na sociedade (MENDES, 2011).

Segundo Camatta e Schneider (2008) as famílias dos usuários veem o trabalho da equipe do CAPS como algo de grande importância. Esse reconhecimento se faz necessário para o melhor atender ao usuário quanto as suas necessidades, onde a família se torna, também, agente promotor de saúde.

Na ótica do usuário, segundo relatos no trabalho de Soares e Toyoko, 2006, o CAPS é um espaço onde o usuário pode resolver contradições, incertezas e, também, negociar com a equipe, levando todos a discutir e debater abertamente temas pertinentes às condições de saúde em que se encontram. No CAPS os usuários veem a oportunidade de se sentirem humanos, pois suas relações humanas não foram privadas, um lugar onde se favorece as relações sociais são favorecidas (MENDES, 2011).

Mielke et. al. (2012), comentam em seu trabalho da fala de um membro da equipe do CAPS, que ressaltam a importância da sociedade civil de ter ciência da dinâmica do serviço, o que favorece a criação de um indicador da qualidade do serviço. Ressalta ainda a importância de a comunidade interagir com o CAPS e que o relacionamento não seja unilateral por parte do último, sendo esse o principal estimulador do distanciamento do CAPS da população, além de desenvolver concepções equivocadas, como a de uma instituição que trabalha com pessoas em sofrimento mental, por demandar de alta especialização e por estar fora dos espaços de circulação da vida cotidiana.

Os serviços contam com o apoio de entidades que auxiliam na terapêutica dos usuários dos serviços. Essas entidades estão compreendidas na malha da rede matricial como Dispositivos de Rede, compreendendo diferentes áreas de atuação (violência, campo judicial, educação, esporte e lazer, saúde, trabalho e etc.). Costa *et al.* (2015) afirmam que os serviços podem ter seu atendimento maximizado com o auxílio da RAPS, melhorando a qualidade de vida dos usuários do serviço.

Após o acolhimento e início das atividades com os usuários do serviço, faz parte do programa institucional a reinserção do paciente no meio social, contando assim com dispositivos públicos e da sociedade civil que buscam a relatividade de necessidades e o apoio à essa clientela

Ainda segundo Costa *et al.* (2015) há limitações, sendo necessária uma maior reflexão sobre o assunto, como a possibilidade de produção do conhecimento neste campo. Assim, pode-se ressaltar a necessidade de que o conhecimento dos dispositivos de rede seja disposto de maneira igualitária a todos os profissionais dos serviços em saúde mental.

As diretrizes Políticas de Atenção à Saúde Mental reiteram os princípios do Sistema único de Saúde –SUS, em convergência com a concepção ampliada de saúde e a sua determinação social. Assim no processo de produzir o cuidado em saúde é central, a produção de subjetividades, e para as pessoas com transtornos mentais é emergente “a necessidade de construir outros lugares sociais para a pessoa com transtorno mental, incrementando a sua cidadania no horizonte no direito à cidade, à atenção integral e intersetorial” (ROSA, 2016, p.22).

Neste sentido, Pinheiro e Guanaes (2011) abordando o conceito de rede social e ao considerar o trabalho em saúde propõem “*redes sociais como possibilidades de intervenção na realidade social, e no lugar que as interações e diálogos ocupam nesses processos de intervenção*” (p.12) , e podem se tornar “ *grupo de referência para a construção identitária da pessoa, para sentimentos de bem-estar e como apoio para o enfrentamento de crises pessoais, e também para o desenvolvimento de atividades de cuidado à saúde*” ( p.13).

Assim, em convergência com essa perspectiva e dada a importância da utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde em saúde mental, e mais especificamente, no contexto do CAPS, este trabalho se propõe a conhecer como os profissionais concebem as redes e a possibilidade delas se constituírem como recurso para organizar o trabalho dos profissionais e ampliar a possibilidade de intervenções na elaboração dos projetos terapêuticos singulares com ênfase na atenção integral, na autonomia e cidadania dos usuários.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a percepção de profissionais de saúde sobre redes em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Distrito Federal.

### **2.2 Objetivo específico**

1. Identificar o conhecimento que os profissionais do CAPS possuem Redes de Atenção Psicossocial - RAS locais.
2. Identificar os dispositivos/pontos de atenção da RAPS de referências que os profissionais de saúde utilizam para atendimento das demandas dos usuários do CAPS.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo. Para Pope e Mays (2009), a pesquisa qualitativa em saúde é o método no qual se pode obter as informações buscadas pelo pesquisador por meio de métodos de entrevistas com os participantes e por análise do discurso, através de uma visão holística, podendo assim alcançar um resultado mais fidedigno, mesmo que o método qualitativo demande de maior trabalho e dedicação.

A utilização da técnica de entrevista em pesquisas qualitativas é considerada “mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores” (RIBEIRO, 2008 p.141).

Minayo e Sanches (1993), afirmam que a linguagem e as fala do cotidiano do entrevistado torna-se reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas

e símbolos e reproduz as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

## **2.1 Cenário de estudo e Participantes**

A pesquisa foi realizada em um CAPS II, pertencente a rede pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, para atendimento às pessoas adultas portadoras de sofrimento mental e seus familiares, que se apresentam em diferentes condições sociais.

A pesquisa foi realizada com a participação de 10 profissionais de saúde, 9 de nível superior e 1 de nível médio.

## **2.2 Aspectos Éticos**

Este estudo segue as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, com o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa no CEP UnB – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade, com protocolo no 67425917.6.0000.0030, onde recebeu aprovação parcial e aguarda apreciação do CEP da instituição coparticipação Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Este trabalho é um recorte do Projeto guarda-chuva intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal”, realizado pelo Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal – Obsam, com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Foram aplicados os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento aos participantes com a devida anuência, assim como o Termo de Concordância à instituição.

## 2.3 Coleta de Dados

A coleta dos dados deu-se por meio de entrevista individual com o uso de roteiro com questões abertas, com (Apêndice 8.1), gravada, e posteriormente transcrita na íntegra para análise.

Para Minayo (2007) a entrevista é o meio no qual se pode ter uma conversa com um objetivo em mente com o auxílio de um roteiro, com a finalidade a emergência das ideias do entrevistado, incitando-o à autorreflexão.

A utilização da técnica de entrevista em pesquisas qualitativas é considerada

A técnica de entrevista é mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados (RIBEIRO, 2008 p.141).

## 2.4 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o *software* livre Iramuteq. Trata-se de um *software* produzido inicialmente na França e trazido ao Brasil em 2013, que permite inúmeras análises textuais, como estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades grupais, classificação hierárquica descendente, análises de similitude e nuvem de palavras. Possui uma interface simples e de fácil manejo, e contém um rigor estatístico, possibilitando o uso de diversos a utilização de diversos recursos de análise lexical (RATINAUD, 2013).

O método de Classificação Descendente, proposto por Ratinaud, em 1990, o mesmo utilizado pelo *software* Alceste, classifica as palavras em conjuntos de acordo com seus vocabulários, e seus conjuntos são reduzidos com base em suas raízes, tendo como resultado um conjunto de palavras elementares que estão no mesmo contexto. O *software* Iramuteq possibilita o destaque de segmentos do texto que possuem caráter significativo para análises qualitativas dos dados (CAMARGO e JUSTO, 2013, p 515).

As transcrições das entrevistas foram agrupadas em um único documento de texto, e separados por comandos para leitura do *software* para a preparação do corpus textual a ser análise.

Para Camargo e Justo (2013) a análise textual consiste na análise verbal do material transcrito no qual está contido informações sobre pensamentos, crenças e opiniões do entrevistado. Assim é possível através da análise textual descrever um material produzido por um certo produtor, seja coletivo ou individual, como também realizar atividade comparativa. Sendo assim, conclui-se que o uso do *software* facilita esse processo de análise textual.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que tem como objetivo atender a população do território onde está inserido, oferecendo possibilidade do acompanhamento da pessoa, visando a sua reinserção na sociedade e suas atividades sociais, como emprego, lazer, cidadania e o bom convívio na unidade familiar (GRIGOLO e PAPPANI, 2014).

O CAPS II integrante deste estudo, é especializado na atenção da saúde mental às pessoas maiores de 18 anos e que necessitam deste serviço para o bem-estar pessoal e social. Esse equipamento de saúde teve sua inauguração em 2006, com funcionamento ambulatorial em dois turnos, aberto de 8hs as 17hs para atendimento ao público alvo.

O CAPS é localizado dentro da comunidade, em uma área urbana acessível, com estrutura arquitetônica que permite reproduzir os espaços de convívio cotidiano, sem nenhuma semelhança com estruturas físicas na lógica ambulatorial medicalocêntrica e/ou hospitalocêntrica.

Suas atividades incluem atendimento individual, psicoterápicas e psiquiátricas, acolhimento, oficinas terapêuticas, atividades grupais e comunitárias, visitas domiciliares e institucionais, e outros.

A equipe de saúde é multidisciplinar composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta

ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2002).

Foram entrevistados um total de 10 profissionais, compreendendo 4 psicólogos, um psiquiatra, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois enfermeiros, um assistente social e 1 técnico de enfermagem, sete do sexo feminino e três do sexo masculino, em faixa etária adulta conforme a classificação etária da OMS (idade madura – dos 31 aos 45).

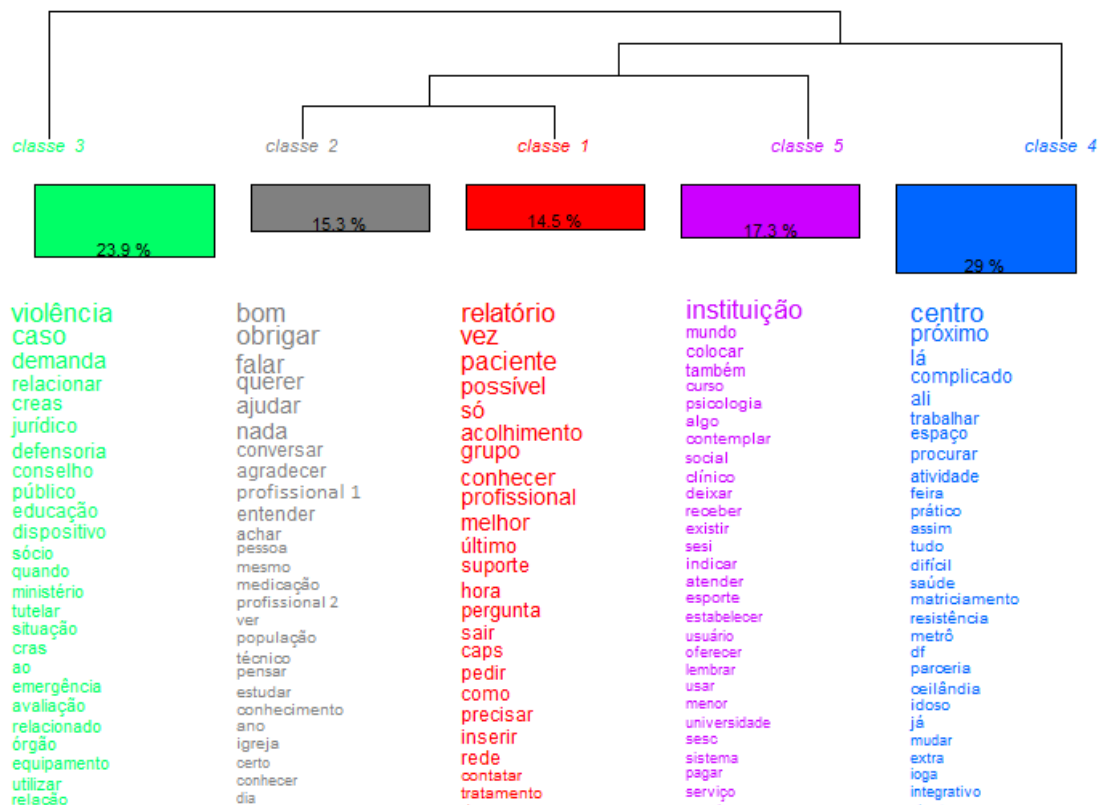
O pesquisador contou com o total apoio do gerente do CAPS, com quem realizou agendamento prévio para entrevistas em um horário destinado para reunião de equipe, no dia 24 de novembro de 2016. Além dos profissionais de saúde foram entrevistados 8 profissionais que atuam na segurança, na limpeza e recepção do CAPS, mas não incluídos neste recorte.

## **2.5 Dendograma CAPS II**

A partir da análise das entrevistas pelo *software*, foi obtido um dendograma por meio do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

As palavras foram agrupadas em Classes, como mostra a Figura 1, as quais foram analisadas uma a uma, na ordem de menor incidência para a de maior, e a sua correlação com as demais classes.

**Figura 2 - Dendograma: Classificação Hierárquica Descendente (CHD) CAPS II. Brasília, Distrito Federal, 2017.**



### Classe 1 – Redes são pontes, trocas e parcerias – é ultrapassar os muros do CAPS

Esta Classe (14,6%) abarca de forma significativa a concepção de rede e quando começaram a ter conhecimento sobre redes, seu processo de articulação e sua repercussão no processo de tratamento dos usuários.

Os participantes em sua maioria conhecem a rede como estratégia de apoio, de suporte, de complementariedade nas ações de cuidado e de favorecer o trabalho dos profissionais e a integração intersetorial.

Ressalta-se nessa descrição geral, as redes sendo mais restritamente compostas pelo sistema formal, seja da saúde, da educação, da assistência social, sem suscitar a possibilidade de outros dispositivos informais ou comunitários, vejam ilustrações a seguir

“São órgãos ligados ao CAPS para apoio. Governo, CRAS, rede hospitalar, educacional...”

“Redes são os equipamentos públicos, como eu tô na rede pública, que fazem, que compõem o sistema, né!?. Então, rede pra mim são os equipamentos públicos que a gente possa, são os parceiros que a gente pode tá trabalhando junto



“rede é justamente fazer um trabalho articulado dentro das unidades da saúde porque eu acredito que saúde é prevenção então tem que ser ligado e tem que, para mim, ter a contra referência, como centros de saúde, saúde da família é... Corpo de Bombeiros, Hospitais Gerais, PS, SAMU... Tudo isso é a rede. Os CREAS os CRAS entendeu? É a rede que possibilita o trabalho onde você pode garantir o atendimento melhor do serviço. As 1 ‘É, a articulação com os outros serviços. Inclusive eu faço parte das reuniões das redes locais.”

“ Rede são todas as instituições que diretamente ou não são interligadas para atender um usuário de acordo com sua necessidade né? Atenção primária, secundária e terciária por exemplo, que formam uma rede, dá entrada até se for necessário um outro tipo de atendimento... Vai passando de um pro outro né”

Verifica-se também uma compreensão ampliada de redes por parte dos participantes pois estes trazem sentidos com características ampliadas na composição e descrição de redes, abarcando instituições formais e informais, organizações civis e comunitárias, pessoas, como representado nas ilustrações a seguir:

“Eu acredito que rede é essas pontes que a gente faz entre os serviços, em que a gente pode oferecer algo e eles também podem oferecer, uma troca. Uma troca e parcerias.

“ rede são dispositivos né que a gente tem dentro da nossa comunidade, do nosso dia a dia né. Tudo aquilo que a gente tem ao nosso redor mesmo né?! A gente tem rede de apoio da família, rede de apoio na comunidade, rede na igreja, rede em vários pontos específicos do seu dia a dia de cada pessoa né?! Cada pessoa tem uma, vamos dizer, uma gama de dispositivos, de espaços que podem ser utilizados”

“É uma coisa que a gente vai fazer e que a gente precisa também do auxílio de alguma instituição ou de alguma outra pessoa pra que aquele acontecimento fique melhor, pra que aquele atendimento seja realizado com mais eficácia. Porque as vezes a pessoa não precisa só daquele atendimento, ele precisa ir mais além. Então a rede, ela ajuda nisso. Porque a gente leva esse, vamos dizer, esse paciente, esse usuário, a ser atendido em outras fases, em outras etapas, em outros atendimentos. Que vai facilitar a vida dele”

Aparece nas falas dos participantes a importância de buscar dispositivos de atenção a saúde mental articulados a pontos da arte e cultura, abarcando também o esporte:

“ Rede eu entendo que é a ligação que o CAPS estabelece com outros serviços, outros dispositivos, associações, pessoas, no sentido de criar um vínculo de troca, não só um encaminhamento, eu levo alguma coisa e ela me traz alguma coisa daquele ponto da rede. Então a rede também cria laços que vão além da minha ligação com aquele outro serviço, mas eu também estabeleço a ligação desses serviços com outros dispositivos, formando um entrelaçamento, uma rede. No geral que tenham alguma coisa relacionada à saúde mental. Que tenha dispositivos de arte, cultura, esporte que de alguma forma influencia na questão da saúde mental”.

As redes, na opinião dos participantes permitem uma maior resolutividade para a população, um suporte ao CAPS para que ele funcione melhor como um organismo, com mais eficácia, como também, com eficiência, se traduzindo na busca dos

profissionais em buscar ” o melhor atendimento possível, e isso só é viabilizado com uma rede de profissionais e com o apoio de uma rede externa, pois temos limites como profissionais e como serviço de atendimento em sua especificidade.

“ uma organização da rede de saúde mental pra fornecer mesmo uma organização, uma resolutividade pra população né, fazendo esse mapeamento dos locais que a população pode procurar”

“são vários profissionais que estão engajados em tentar buscar o melhor é... atendimento possível para um paciente, né? Então a gente não consegue oferecer o melhor simplesmente com um profissional, porque o paciente é muito mais complexo, ele precisa de uma atenção em várias áreas, não só na esfera psíquica, mas, às vezes, na esfera familiar. Então ele tem que ser olhado como um todo, né? Como um indivíduo e não simplesmente como um objeto, né? Então é importante essa integração da equipe e essa rede de apoio não só dos profissionais daqui, mas a rede externa, né? ”

Essas concepções ampliadas de rede para o cuidado em saúde mental apontam para mudanças da hegemonia do modelos biomédicos e cartesianos da saúde que estão se apresentando na vida social, com a inclusão e legitimação de outros saberes que estão acontecendo no campo da vida social ”tendo como uma de suas principais legitimações as novas redes interativas do cotidiano” (MARTINS, 2010).

O conhecimento sobre redes para os participantes deste estudo se deu mais pela prática profissional no cotidiano de trabalho, um aprender diário nas relações com outros colegas profissionais, nas atividades de práticas de saúde ofertadas pelo serviço, como o acolhimento, visita domiciliar quando circula pelo território, buscar informações em palestras, por telefone ou contatos institucionais, escuta dos usuários sobre os recursos que eles conhecem. E mesmo antes, um conhecimento prévio pela experiência adquirida em atividades curriculares durante a formação profissional ou atividades profissionais anteriores ao trabalho em CAPS, com a atuação de estagiários que auxilia no levantamento e mapeamento dos dispositivos.

“ Na luta assim, no dia a dia mesmo. E já tinha uma pasta, eu quase não utilizo a pasta mesmo, mas como que foi?! No acolhimento, então eu entrei na secretaria e a gente fazia muitos acolhimentos, 5 por dia, um atrás do outro, então você procurava. Sempre foi assim, a gente procurava com outro que já tinha experiência. (...) todo mundo ajuda né? Todos os profissionais aqui. E eles conhecem mais né, (..)Foi assim no dia a dia mesmo”.

“o que que a gente vai fazendo? Quando a gente vai saindo pra visita domiciliar, a gente costuma ficar olhando o que tem ao redor e vai anotando o que tem, vai anotando o que não tem, o que a gente pode fazer, às vezes a gente para e pergunta: "como que posso encaminhar, o que que a gente pode fazer..." e cada um da equipe vai fazendo um pouco isso né?!”

“Com o dia a dia de trabalho, pergunta para um colega, pergunta para outro o que agente por fazer com este paciente... para orientar. Não, uma parte a gente já conhece mesmo, da estrutura quando a gente ainda está na Faculdade né?”

No processo de conhecer a rede sobressai-se na fala de alguns a possibilidade de construir vínculos “ eu sou muito de fazer vínculo com as pessoas, perguntar: "como é que eu posso fazer pra mandar paciente pra cá? ”.

O mapeamento de rede ser construído de forma colaborativa entre as diferentes áreas profissionais, que ao desenvolver suas atividades práticas e comunitárias durante o seu horário de trabalho, mas cabe destacar a importância que o mapeamento pelas áreas possa ser socializadas e intercambiadas para resultar em encaminhamentos e parcerias nas ações de saúde.

“A nossa grade de horário mesmo, é... pra que a gente possa tá resgatando. Às vezes tem coisa na comunidade pertinho que a gente não sabe né?! Então assim, a gente utiliza quando a gente tá na rua mesmo. Aí a gente vai anotando e vai crescendo a nossa rede: a psicologia com a sua área, o serviço social com a sua área, a TO com a sua área e aí a gente vai montando um pouco o que a gente tem né.”

Essa forma empírica de aprender a articular redes relatada pelos profissionais, se observa o uso de alguns instrumentos que auxiliam fazer uma identificação ou mapeamento da rede, evidenciando um esforço mais individual, é alertada como dificultadoras para organizar e otimizar o trabalho em redes. Para Martins (2010), os profissionais “*precisam de instrumentalização adequada para trabalhar de forma mais ampla, para além do individual, englobando as redes como componente essencial para um melhor funcionamento dos serviços de saúde*” (2010, p.18)

A rede foi referida também sendo composta por dispositivos com funcionamento e temporalidade dinâmicos e suscetíveis às mudanças políticas institucionais, políticas e sociais.

Algumas coisas são fixas... católica né... são as parcerias assim, mas em relação, pode tá acontecendo uma greve ou a demanda tá mudando tudo né?! Então, assim, vai mudar mais, porque pela questão do centro de saúde agora, parece que os médicos não vão ficar só lá, vão pros hospitais, então pode ter alguma alteração e isso vai mudando muito. O DF é o pior lugar que eu já vi pra organização de saúde mental. Deus me livre! Assim né, é complicado. Acho que nenhum lugar é bom de saúde, mas aqui tá bem ruim. Essas pessoas ainda tem um apoio né, mas não é resolutivo.

A rede é percebida como estratégia que propicia mudanças de forma a ampliar as possibilidades do PTS dos usuários.

“A nossa visão de saúde mental não é “medicalocêntrica”, é muito mais ampliada, vários pontos estão associados a saúde mental, o trabalho, o lazer, o esporte, a rede de amizade, familiar, que isso que vai gerar uma estrutura para ele se estabilizar em termos de saúde mental. Ele é mais psicossocial, isso é muito evidente, não é a gente que vai curar o usuário, mas é a relação que ele estabelece com o mundo, somos um facilitador pra que isso aconteça.”

“ Eu acho até que a gente poderia tá fazendo esse mapeamento realmente um pouco mais aqui, porque aqui é muito rico, é porque a gente não sabe mais detalhes do que tem né? De fazer essas parcerias? Porque eu acho que esse contato corpo a corpo com a entidade, com a pessoa responsável é muito mais importante do que por telefone ou por e-mail entendeu? Eu acho que o contato, você vai conhecendo (...) Eu acho que a rede funciona dessa forma né? Se não fica muito informal. E assim, a saúde mental, ela é diferenciada mesmo né? Se a gente não tiver esse poder de persuasão, de tá convencendo as pessoas de que algo diferente pode acontecer, a gente não consegue muita coisa. Eu acho que é por aí.”

Manglia e Muramoto (2007) destacam as vantagens de análises das redes sociais de usuários do serviço de saúde mental para identificação dos problemas e necessidades, como também, na busca de soluções e intervenções terapêuticas mediante o manejo de fatores de proteção na construção de projetos terapêuticos:

“a caracterização das redes sociais e de suas necessidades, além de confirmar a importância das redes sociais no percurso assistencial. Para o modelo assistencial, a validação de estratégias de ativação de redes sociais exige mudanças nas culturas técnica e de organização de serviços, e a definição de novos desenhos assistenciais, mais complexos e que incorporem em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que garantem aos sujeitos a possibilidades de viver a vida fora dos circuitos de institucionalização” (MANGLIA; MURAMOTO ,2007, p.54)

## **Classe 2 – A rede é viva, ela é feita das relações entre pessoas**

“Vamos fazendo vínculo, eu sou muito de fazer vínculo com as pessoas, perguntar: "como é que eu posso fazer pra mandar paciente pra cá?" Aí a gente vai anotando e vai crescendo a nossa rede ...Porque eu acho que esse contato corpo a corpo com a entidade, com a pessoa responsável é muito mais importante do que por telefone ou por e-mail .”

Esta classe (15,3%) evidencia que, apesar das barreiras encontradas, o diálogo é a forma eficiente na articulação de pontos da rede, que é necessário um movimento para buscar se articular.

“eu gosto muito desse contato mesmo, de ir lá e de conversar. Eu acho que a rede funciona dessa forma”.

“Eu estou falando a dificuldade que tem, que às vezes a gente tem que conversar no dia: "tá funcionando?..."”

A organização do trabalho é marcada pela busca de novos dispositivos, pela consolidação dos dispositivos conhecidos e reconhecidos e pelas dificuldades encontradas frente às situações vivenciadas.

“A gente vai achando, como o DF é bem desorganizado, aí você tem que pegar no momento mesmo. O que está funcionando, às vezes estava funcionando, lotou ali, aí já mudou alguma coisa. Então, nem sempre é uma coisa que está certa. Eu sempre pergunto pras meninas, a gente pergunta e encaminha na hora.”

“eu encaminhei uma senhora outro dia ... mas os técnicos estavam em greve.”

“a gente faz o matriciamento,... locais de esporte, eles sempre falam: pode ser o SESC ... que têm várias atividades. Ioga em alguns centros, a gente tem que saber, aí tem que ligar, tem que perguntar. Por exemplo, se ele tem o acompanhamento dele no centro [de saúde], ele liga lá e vê o que que tem de referência ali dentro e a gente encaminha.”

Essa rede também é apontada como dinâmica, ela é mobilizada diante da situação vivida, do momento em que a necessidade é evidenciada.

“Cada caso é um caso. Depende da demanda. Aí depende da avaliação do momento, né!? Você tem que conhecer um pouco de cada equipamento desse pra saber o que ele faz. Senão ... você faz encaminhamento errado. Então é uma coisa assim, não dá pra falar qual momento. Tem que ser feita uma avaliação. ”

As situações que mobilizam os profissionais a tornar a rede viva são diversificadas, vão desde uma crise em que precisa de uma intervenção de dispositivo que permite fazer o transporte do usuário para internação, passa pela busca de possibilidades de tratamento fora do CAPS e vai até a busca de provimento para subsistência.

“Olha a gente pode conseguir uma cesta, alguma coisa, a gente pode te ajudar... Mas verifique com a sua igreja se não tem nenhuma igreja que tem um lugar para você ficar, as vezes tem a casa de quem cuida da igreja ou alguém que pode te acolher.

Por que algumas vezes você encaminha a pessoa para a vila olímpica para o tratamento.”

Cabe aqui corroborar com Martins (2010) que ressalta que os profissionais de saúde ao trabalhar e estar atentos as redes podem favorecer a aproximação entre comunidades e as equipes, “*se familiarizem com o que dizem os atendidos sobre quem*

*são as pessoas importantes em sua vida, o que elas fazem e qual é a sua importância” ampliando o leque de intervenções mais voltadas às necessidades da população, mais voltadas as suas realidades e com mais sentidos, saindo de enfoques com foco informativo, cartesiano e curativista (Martins, 2010, p.18).*

### **Classe 3 – A rede em parceria com o cuidar (17,3%)**

Aqui nesta classe (17,3%) percebe-se discursos mais direcionados às instituições propriamente ditas e os serviços que contemplam as redes.

“É uma coisa que a gente vai fazer e que a gente precisa também do auxílio de alguma instituição ou de alguma outra pessoa pra que aquele acontecimento fique melhor, pra que aquele atendimento seja realizado com mais eficácia.”

Por meio dos discursos, muitos dos profissionais reconhecem o interesse das instituições, principalmente as relacionadas com o campo psicossocial, em ter vínculos com o serviço, trabalhando de forma complementar ao cuidado do paciente, contribuindo com a promoção da qualidade de vida do mesmo.

“Temos o vínculo com a instituição “ASSIM” que funciona no Riacho Fundo, com a “MG Inverso” que fica no Plano Piloto, na Asa Norte, que são dispositivos assim, mais de oficinas, centros de convivência, de pacientes que estão estabilizados e precisam de um acompanhamento.”

De mesmo modo, pode-se notar o interesse dos profissionais em colocar em prática a inserção do paciente no mercado de trabalho, fazendo-se cumprir assim uns dos objetivos propostos pelo serviço.

“Tem curso de graça naquela faculdade... como é? agora eu esqueci, faculdade não, é a escola técnica que tem aqui que tem muitos cursos. Às vezes eles oferecem de graça, porque geralmente eles não podem pagar, então a gente sempre tá olhando o que é que tem na rede que seja grátis pra que eles possam tá procurando mais né. E existe vários tipos de curso: de informática; tem gente que gosta de artesanato, tem muita comunidade, muita igreja que oferece esse tipo de curso né; de culinária.”

### **Classe 4 – Loucura não é exclusão, é você pertencer a algo**

Nesta classe (29%) os participantes referiam a importância do CAPS como articulador dos dispositivos da rede social para ampliar as possibilidades do cuidado às pessoas portadoras de adoecimento psíquico, pois são recursos importantes que podem

favorecer o cuidado integral do usuário, a autonomia e o pertencimento do usuário na comunidade/sociedade.

Os participantes de modo geral referiram que é necessário identificar e fazer um movimento de articulação para envolver e potencializar os diferentes e diversos recursos públicos seja da área da saúde, da educação, da assistência social, do esporte e lazer e dispositivos comunitários e outros que podem implicar positivamente na qualidade da saúde e de vida do usuário.

“Então assim, a gente tenta utilizar aquilo que eles têm próximo de casa.”.

Os participantes fazem referência sobre estratégias de identificação dos recursos da rede com vistas a lançar da mão na dinâmica de trabalho dos profissionais para melhores encaminhamento dos usuários e articulação institucional, a depender da necessidade apresentada por eles – cadastro, listagem, mapeamento, matriciamento, envio de relatório de encaminhamento, contato telefônico.

“A gente precisa desses dispositivos, então a gente fez em uma época, um cadastro que tinha com eles e aí eles iam lá utilizar esses espaços: de livros, de leitura, né?! O que a gente tem próximo. A gente já fez algumas parcerias aqui próximo, a gente consegue por um tempo.”

“Mas a primeira Assistente Social daqui já tinha feito o mapeamento e a gente tenta atualizar... E a medida que vai surgindo, a necessidade né?”

O mapeamento e atualização da rede social pode ser a partir da escuta e participação dos próprios usuários.

“Então a gente faz esse mapeamento assim: o que que você tem próximo?! O que que você tem? Você tem centro de saúde, você vai à igreja? O que que você tem pra que a gente possa tá utilizando aqueles espaços”

Há uma fala expressiva em identificar os recursos disponíveis para favorecer o tratamento do usuário, já no acolhimento e no decorrer do processo de intervenção dos profissionais, falam de a necessidade advém de um grupo de usuários pelo próprio processo de adoecimento terem “*muita resistência em incluir essas atividades na vida deles*” “a gente sabe a dificuldade deles de saírem né?!”

Os recursos da rede são apontados como favorecedores do processo de reabilitação do usuário.

“ Então, às vezes tem um paciente que eu já tô vendo a evolução, que ele tá falando que quer estudar, quer trabalhar ... e a gente tenta ver o que tem, o que pode ser feito. A Assim também é um lugar que a gente indica muito, porque lá tem cursos. Então essa parte mais pros cursos ... ao longo do tratamento. ”

A articulação dos diferentes dispositivos e os recursos da rede estão em estreita relação com o processo de acolhimento e de adesão ao tratamento.

O matriciamento como recurso potencializar da articulação da rede apareceu apenas na fala de dois participantes:

“Agente tenta fazer pelo matriciamento também, saber os locais. Porque a gente faz o matriciamento, tem duas equipes: norte e sul, e conhece as pessoas pra ver se facilita também né, pra nós e pra população, principalmente pra população né?! Mas não é fácil não”.

“... Eu vejo assim, esse negócio de ligar lá, as vezes a gente até liga pro Centro de Saúde ou vai lá, mas para a questão do matriciamento para trabalhar com eles para evitar que alguns casos cheguem aqui ou devolver um caso de matriciamento, né? Faz esse contato de as vezes até fazer uma visita compartilhada com o pessoal do Centro de Saúde, nesta hora a gente aciona entendeu? E acompanha junto, mas não tem assim, uma garantia de que por exemplo eu estou ligando aqui mas vou conseguir uma vaga lá, não é assim...”

Há um reconhecimento de que grupos específicos pela estratégia do matriciamento poderiam receber melhores cuidados, mas, contudo, mesmo que não seja priorizado no CAPS, os profissionais do CAPS têm buscado articular a serviços que oferecem o matriciamento para estes grupos. a exemplo:

“Lá [outro equipamento de saúde] tem matriciamento também com relação à geriatria, tem um grupo lá que faz matriciamento, não do CAPS, eles lá.”

Um antigo debate que se tem na saúde é de se saber qual equipamento de saúde cuida de qual tipo de demanda e a qual usuário dar prioridade. Contudo, é importante possuir a comunicação entre os dispositivos da rede. Assim é possível entender como cada serviço pode atender a cada tipo de necessidade, articulando melhor o tipo de usuário que melhor pode se beneficiar de cada serviço, traçando entre as equipes de cada serviço o melhor plano terapêutico possível (ROSA, 2016 p.197-200)



Cabe ressaltar que trabalhar em rede é uma ação complementar e amplia a possibilidade de atendimento às necessidades dos usuários e a sua possibilidade de estar no mundo, reafirmando que articular e trabalhar em rede faz a diferença no processo de trabalho do CAPS

“A gente precisa desses dispositivos, então a gente fez em uma época, um cadastro que tinha com eles e aí eles iam lá utilizar esses espaços: de livros, de leitura, né?! O que a gente tem próximo. A gente já fez algumas parcerias aqui próximo”

“eles precisam estar inseridos em vários grupos de psicoterapia, ou de dança, ou grupos de artesanato e eu preciso que eles também busquem, às vezes, o suporte de outros profissionais fora o CAPS, também para complementar o tratamento, né? Então eu também dependo da rede de apoio não só de outros profissionais, de outros médicos também, que não estão aqui no CAPS”

Nota-se também alguns fatores que dificultam os atendimentos na saúde mental, como questões governamentais relacionados à saúde pública, espaço físico e apoio financeiro para desenvolvimentos das atividades, tanto no CAPS quanto nos dispositivos da rede.

“Mas é difícil, agora mesmo a gente está em um momento onde a gente não tem telefone. Para o serviço social, ficar sem telefone é muito ruim. Não tem internet, porque a gente vai muito na internet também, a internet é um dos lugares em que a gente pesquisa muito....”

As falas dos participantes ressaltam a importância dos serviços CAPS e de seus profissionais estimularem e investirem na articulação de redes sociais que permitam estabelecer trocas e a inclusão dos usuários em diferentes espaços, de maneira a ampliar as possibilidades de intervenção do projeto terapêutico que melhor atendam às necessidades dos usuários, articulando pessoas, serviços, instituições e comunidades para mudanças sociais que ampliem os horizontes e o acesso à atenção integral em saúde e de inclusão social dos usuários da saúde mental.

### **Classe 5 – Rede: um mecanismo de proteção**

Nesta classe (23,9%) , que possui relação direta com o conjunto das outras classes, ressalta-se, principalmente as demandas dos pacientes, das condições e necessidades, geralmente, comuns. Pode-se dizer que está relacionada diretamente aos motivadores das demandas, onde há maior incidência das demandas relacionadas a

questões sócio jurídicas e de violência, a qual compreende a principal demanda dos pacientes atendidos no CAPS.

Há uma estreita correspondência ao questionamento feito sobre possíveis situações apresentadas e demandas no atendimento realizados aos usuários, sobre qual o dispositivo social existente e se era conhecido, se havia articulação entre o dispositivo e o serviço CAPS, pedindo para que nomeassem e as estratégias usadas ou não, como um caminho metodológico para levantar e mapear os dispositivos da rede que o CAPS estavam mobilizando ou não no âmbito do seu território, a exemplo: violência; educação e trabalho; sócio jurídico; atendimento de emergência; saúde (física e mental); esporte e lazer e outros

Percebe-se que a busca de ampliar o movimento de fortalecer o trabalho em rede tem como fator importante, a sensibilização e o interesse dos profissionais com a questão da compreensão sobre como as pessoas se inserem nos diversos espaços que compõem a sua vida, e, a maneira pela qual interagem e vivenciam suas relações se mostra importante, na medida em que tal conhecimento torna possível identificar fatores que atuam enquanto protetores e de riscos, pois um mesmo contexto social pode produzir, de acordo com o circuito de relações experimentada pela pessoa, processos positivos de inclusão e promoção da saúde ou processos mais negativos que vulnerabilizam e podem levar à institucionalização e ao abandono. Sobre essas configurações mutáveis e contingentes devem interferir os serviços de saúde mental (MANGIA; MARUMOTO, p.57)

Para a questão da rede saúde

“Na violência, é... a gente aciona, dependendo da violência né. O conselho tutelar, as delegacias, tem delegacias especializadas né. Acho que mais é isso né, esse tipo de acompanhamento.”

É perceptível na maioria das falas em que a violência é quase sempre direcionada à mulher, seja ela a paciente do CAPS ou familiar, o que mostra que a rede de atendimento do CAPS não só se limita aos usuários do serviço, mas família da pessoa, reforçando o ideal humanizado trazido pelo SUS.

O SUS tem como um de seus princípios, a Universalidade. Este princípio garante a todas às pessoas acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem fatores sociais ou características pessoais, promovendo a qualidade de vida e dignidade humana, disposto na lei de regulamentação do SUS, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Aragão (2011) traz em seu trabalho a importância da atuação do profissional de saúde em identificar, notificar e orientar a pessoa vítima de violência por meio de uma visão holística e humanizada e contribuindo para a construção de fatores de proteção à essa pessoa ao acionar os dispositivos que atendem a essa demanda.

“A questão da DEAM [Delegacia de Atendimento Especial à Mulher], CEAM [Centro de Atendimento Especializado à Mulher] que é a questão da violência, e aqui eu trabalho com um grupo de? que é feminino e que tem muito ligado essa questão de violência doméstica e as vezes também tem que acionar o CREAS e o CRAS e os outros CAPS né? CAPS ADI, CAPS i ou... Eu particularmente aciono muito a questão dos CREAS e CRAS e encaminho ao Ministério Público ou Justiça porque o serviço social sempre...”

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo busca uma primeira aproximação sobre a concepção de redes sociais, a partir da fala e das experiências subjetivas dos profissionais de saúde que atuam em um CAPS, sobre de que forma eles experimentam e buscam articular esse recurso como possibilidade de ampliar o campo de intervenção em saúde mental.

Um maior aprofundamento de estudos de redes sociais exige mapeamentos teóricos e metodológicos mais amplos. Mesmo considerando os limites deste estudo foi possível responder aos objetivos deste estudo e fazer uma síntese inicial das concepções sobre redes e das questões paradigmáticas envolvidas, sobre os recursos potenciais presentes que são buscados ou não com vistas as parcerias no contexto comunitário e também as lacunas presentes em um contexto social complexo e variado descrito pelos participantes, como a insuficiência da rede, as questões paradigmáticas da organização das instituições, os interesses políticos e a vulnerabilidade social, entre outros.

E neste contexto adverso, os profissionais tem feito um esforço individual em romper com a hegemonia do modelo da saúde, de caráter prescritivo e curativo para criar novos movimentos a buscar articular novas redes sociais, para além do setor saúde para a construção dos projetos terapêuticos singulares, de forma a ampliar a participação, a autonomia e a inclusão social e assim conquistar outro lugar um para as pessoas com transtornos mentais.

## 6. REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Ailton de Souza. **Rede de proteção social e promoção de direitos: contribuições do conselho tutelar para a integralidade e a intersetorialidade** (Uberaba - MG). 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto: 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CAMATTA, Marcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. Vol. 43, n. 2 (jun. 2009), p. 393-400**, 2009.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; COLUGNATI, Fernando Antônio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em Saúde Mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3243-3253, 2015.

DULCE, H. C e.t al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3231.pdf>

GRIGOLO, T. M.; PAPPANI, C. Clínica Ampliada: **Recursos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um município do norte de Santa Catarina**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.01-26, 2014.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira MURAMOTO, Melissa, Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MARTINS, P.H. (2010). Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. *Caderno CRH*, 23, (59). Recuperado em 11 fevereiro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000200013&script=sci_arttext).

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista brasileira de enfermagem**. Vol. 65, n. 3 (2012), p. 501-507, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

PINHEIRO, R. L.; GUANAES, C. O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidade para a prática na estratégia saúde da família. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 9-25, ago. 2011.

POPE C, MAYS N, organizadores. 3a ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]**. *Temas em Psicologia* – Vol. 21, nº 2, p. 513-518, 2013.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, n. 4, 2008, p. 129-148.

ROSA, L. Panorama Geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica/atenção psicossocial. In: **Atenção psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. Vol. 42, n. 1 (mar. 2008), p. 127-134, 2008.

SOARES, Sandra Regina Rosolen; TOYOKO, Saeki. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 923-929, 2006.

## 7. ANEXOS

### 7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília/UnB  
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares/CEAM  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP  
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal/Obsam

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Maria da Glória Lima e coordeno a pesquisa “**Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa**” que tem por **objetivo** criar dispositivos de avaliação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento da rede de saúde mental no DF. Esta pesquisa se **justifica** pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial –CAPS como dispositivo estratégico da organização da Rede de Atenção Psicossocial –RAPS e a necessidade de um melhor entendimento sobre a gestão do processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde mental e da construção de indicadores para subsidiar a análise da sua qualidade assistencial e gerencial, baseada em critérios clínicos, de gestão e de participação social.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, avaliativa participativa com trabalhadores, usuários e gestores de saúde mental para análise da rede de Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal com construção de narrativas e validação de indicadores, a partir da utilização dos seguintes procedimentos para a coleta de dados juntos aos participantes deste estudo: estudo documental, questionários, entrevistas semiestruturadas, atividades grupais e diário de campo.

No **estudo documental** serão examinados os documentos disponíveis sobre as políticas de atenção à saúde mental e as normativas disponíveis para organização dos dispositivos da rede de atenção psicossocial da saúde mental, documentos sobre georreferenciamento, o funcionamento de trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial; organização, composição, condições das equipes de trabalho, normas e rotinas das equipes, documentos sobre processos avaliativos da RAPS e apoio institucional. **Os questionários** serão aplicados aos gestores e/ou responsáveis/informantes, um roteiro de itens para identificação e caracterização dos dispositivos apontados como integrantes da rede de atenção psicossocial para elaboração do mapeamento da rede de atenção aos usuários da saúde mental. **As entrevistas semiestruturadas** serão realizadas com os profissionais de saúde, gestores e usuários (respeitada a sua inserção) buscando identificar/caracterizar: a) as informações relativas ao trabalho das equipes e dos gestores dos CAPS; b) a composição das equipes e caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários; c) a organização e caracterização do trabalho nas equipes nos CAPS. **Atividades Grupais** em três momentos: 1) Grupos Focais para identificar percepções dos participantes sobre os temas tratados na capacitação, 2) Oficinas formativas presenciais temáticas, 3) Oficinas de consensos para construção de indicadores. **Diário de campo** dar-se-á pelo acompanhamento das oficinas presenciais e registro da dinâmica e narrativas dos participantes nos encontros presenciais formativos. As entrevistas serão combinadas em

locais e datas pré-agendadas, conforme disponibilidade dos participantes. O tempo estimado será em torno de 30 a 60 minutos e será gravada em áudio, com a anuência dos participantes. As oficinas poderão ter duração entre 01h30min a 02h30min.

Os riscos durante a coleta das informações por meio das oficinas formativas, participativas, das entrevistas e da observação são mínimos, e podem acontecer caracterizados por alguns aspectos desconfortáveis ou constrangedores, como o incômodo físico pelo tempo a ser dispensado nas oficinas ou com a gravação da voz nas entrevistas, pela observação nas oficinas presenciais ou por alterações comportamentais decorrentes de reflexões, memórias e emoções, dos temas tratados nas oficinas ou pelo teor das questões nas entrevistas aplicadas acerca do trabalho e do cuidado em saúde mental. Diante de quaisquer situações que lhe causem desconfortos relacionados à pesquisa, a coleta de dados poderá ser interrompida. Danos materiais não são previstos, todavia, caso sejam confirmados, todo o apoio necessário lhe será concedido pelo pesquisador de acordo com a legislação. Como participante da pesquisa, você não possui benefícios imediatos. Entretanto, a curto, médio e longo prazo, o estudo instiga a reflexão sobre o processo de trabalho no âmbito da saúde mental nos dispositivos CAPS e poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos gerados pelo elaboração do mapeamento da rede do DF, da construção de indicadores e a formação do apoio institucional para a RAPS. A sua participação poderá contribuir para a melhoria do trabalho em saúde mental realizado nos CAPS.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação voluntária nesta pesquisa. Se houver alguma dúvida em relação ao estudo ou se você sentir algum desconforto, que a pesquisa pode lhe causar algum dano antes ou durante seu desenvolvimento, você poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou por telefone.

A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Se você concordar em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que o seu nome não será utilizado em nenhum momento, assegurado o seu sigilo e privacidade durante todas as fases da pesquisa. Será considerado o respeito aos sujeitos e a instituição participante em todo processo investigativo. Garantia de ressarcimento de quaisquer despesas tidas pelos participantes da pesquisa decorrentes de sua participação na mesma, assim como de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa. Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral. Você terá a liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documento; poderá deixar de responder às perguntas que julgar conveniente e a qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo sem haver penalização. Como participante você terá amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.

Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, no NESP/UnB. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos mesmos. Os resultados das informações serão divulgados na Universidade de Brasília e no Ministério da Saúde, podendo ser publicados posteriormente como livros, periódicos científicos e divulgados em eventos científicos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pela pesquisadora responsável e/ou pelo Comitê de ética em pesquisa da FS, ver



informações no quadro abaixo. Declaro que nenhum dado será utilizado para a divulgação da pesquisa sem a aprovação do CEP/ FS.

Ao final da leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Desde já agradeço a sua colaboração.

Dra. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)



Pesquisador Colaborador: \_\_\_\_\_

### **Consentimento Pós-informação**

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “*Reorganização dos e nos processos de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_

#### **Profa. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)**

Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil

Telefone: (61) 3340-6863 (NESP) / 31071711(ENF) / 999728794. E-mail: [obsam.nespub@gmail.com](mailto:obsam.nespub@gmail.com)/ [limamg@unb.br](mailto:limamg@unb.br)

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS –**

End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: E-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com),

Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira

## **8. APÊNDICE**

### **8.1. ENTREVISTA ABERTA**

#### **Roteiro de entrevista com os servidores dos CAPS**

1 – O que você entende por rede?

2 – Quais os dispositivos da rede que você usa nos atendimentos? Em quais momentos?

3 – Quais os dispositivos da rede que você usa em caso de demandas relacionadas à/ao:  
Em quais momentos?

3.1 – Violência

3.2 – Educação e Trabalho

3.3 – Sócio-jurídico

3.4 – Atendimento de emergência

3.5 – Saúde (física e mental)

3.6 – Esporte e Lazer

3.7 – Outros

4 – Como você conheceu essa rede?