

# “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental'

“Many holes tied together with ropes”: the concept of network for mental health professionals

## Karina Moraes Bermudez

Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva.  
Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Divisão de Ensino e  
Pesquisa da Rede de Saúde Mental. Niterói, RJ, Brasil.  
E-mail: karinabermudez@ig.com.br

## Rodrigo Siqueira-Batista

Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.  
Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e  
Enfermagem. Viçosa, MG, Brasil.  
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. Curso de Medicina.  
Ponte Nova, MG, Brasil.  
E-mail: rsiqueirabatista@yahoo.com.br

## Resumo

Este trabalho objetivou analisar os sentidos que são atribuídos ao conceito de rede de atenção pelos profissionais de saúde e identificar como eles o transformam em trabalho vivo na produção do cuidado. A investigação foi de abordagem qualitativa, com entrevistas mediadas pelo uso de situações-problema com profissionais de diferentes níveis de atenção aos pacientes com transtorno mental. Os dados foram apreciados pela análise de conteúdo de Bardin e, da análise temática, emergiram três categorias: (1) sentidos de uma rede de cuidado - conceituação e características; (2) meios operadores para a construção de uma rede de cuidados - construção da prática; e (3) propostas para minimização das dificuldades e efetivação de uma rede de cuidados. Delas, por fim, surgiram as seguintes subcategorias: trabalho em rede; redes de apoio; conflito; continuidade do cuidado; assistência integral; cuidado compartilhado; processo de formação; espaços amplos de discussão; e organização do trabalho. Desse modo, foi possível concluir que os profissionais expressam diferentes conceitos de rede e, com isso, agem de modo singular na produção do cuidado, mesmo estando sob a mesma diretriz normativa. Foram identificadas, também, uma fragmentação do acesso e barreiras a ele, o que dificulta a trajetória do paciente pela rede assistencial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Integralidade; Diretrizes Normativas.

## Correspondência

Karina Moraes Bermudez  
Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Divisão de Ensino e  
Pesquisa da Rede de Saúde Mental. Av. Prefeito Silvio Picanço, s/n.  
Niterói, RJ, Brasil. CEP 24370-005.

<sup>1</sup> Este estudo foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and pelo Programa de Amparo à Pesquisa da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Proapp/Fadip).

## Abstract

This study aimed to analyze the meanings attributed to the concept of network of care by health professionals and identify how they change it into living work in the production of care. This study used a qualitative approach, with interviews mediated by the use of problem situations with professionals from different levels of care provided to patients with mental disorders. Data were evaluated using Bardin's content analysis and, from the thematic analysis, three categories were defined: (1) meanings of a network of care - concept and characteristics; (2) operating means for the construction of a network of care - practice construction; and (3) proposals to minimize the challenges and consolidate a network of care. From these, the following subcategories were identified: networking; support networks; conflict; continuity of care; integral care; shared care; training process; broad discussion; and work organization. This study concluded mental health professionals express different concepts of network and, therefore, act differently when producing care, even though they observe the same normative guideline. Access fragmentation and barriers to access were also observed, which hinders the patient's use of the network of care.

**Keywords:** Mental Health; Integrality; Normative Guidelines.

## Introdução

Ao longo das últimas duas décadas ocorreu significativa reorientação da atenção ao paciente com transtorno mental, dadas a criação e ampliação de serviços de cuidado, buscando substituir a lógica exclusivamente hospitalocêntrica por um modelo de atenção psicossocial, diversificando as formas de terapêutica e criando novos cenários de atuação (Amarante, 2007). Ampliaram-se as possibilidades de pensar e de cuidar no âmbito da saúde mental, o que inclui a estruturação de uma **rede** de serviços capaz de ofertar acolhimento e atenção adequada, bem como de envolver os próprios usuários, seus familiares, o território, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade.

A noção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido muito debatida e questionada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no cotidiano dos serviços da área. No entanto, o conceito de redes de serviços não é novo. Podemos dizer que sua origem remonta à década de 1920, ano em que foi elaborado o Relatório Dawson, no Reino Unido. No referido documento já era possível identificar uma proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde a fim de que os serviços adotassem uma disposição nova e ampliada, distribuídos de forma que as necessidades da população (alvo/adscrita) fossem atendidas eficientemente, a partir de ações combinadas (Dawson, 1964).

Em considerações mais recentes, Mendes (2011) referiu-se às características de uma rede integrada e aos efeitos da desintegração. De forma geral, a perspectiva das RAS tenta romper com a concepção hierárquica e traz as redes como formações poliárquicas, ou seja, em relação cooperativa, horizontal, mesmo que respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas. Rompe com a preocupação de quem controla quem, quem se reporta a quem. A referência que orienta o cuidado sai da complexidade exigida e vai para o usuário e suas necessidades. A partir disso, e não por um modelo estanque, novos fluxos poderão ser pensados e circuitos serão traçados dentro do sistema de atenção à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a implementação das RAS acena para maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (Brasil, 2010).

Nessa mesma direção, em 23 de dezembro de 2011, através da portaria nº 3.088, se instituiu, em termos normativos, a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Não é suficiente uma definição normativa, portarias e decretos, para que uma rede seja instituída. A partir da necessidade colocada pelo usuário - e de acordo com a rede temática de atenção - é que os pontos se fazem e se definem, de forma dinâmica, a partir de responsabilização sanitária conjunta, ação cooperativa e proatividade.

Dito isso, a perspectiva deste texto é apresentar a operacionalização de um trabalho em rede. As redes não são em si.

Rovere (1999) destaca que essa ideia inclui a dimensão afetiva de abraçar o hospital e cita duas redes abrangentes: a **intelectual** e a **emocional**. Diz, ainda, que as redes são formas de articulação multicêntrica, relacional, contratual e não hierárquica. Amplia o conceito incluindo as instituições em que as pessoas trabalham, sejam os usuários, sejam os profissionais; lugares onde as pessoas se cumprimentam, onde uns sabem o que acontece com os outros: é isso que cria redes, cria mecanismos de apoio em termos de nossa constituição como sujeitos.

Dessa forma, para além da rede como tipo de organização administrativa, o conceito envolve a ligação entre pessoas, e não entre instituições ou computadores. São as pessoas que se conectam. A partir delas se fazem múltiplos nós, e não um lugar específico, mas pontos de articulação em maior ou menor densidade. Isso permite respostas flexíveis para diferentes necessidades (Rovere, 1999).

A partir desse sobrevoo conceitual, percebe-se que as diretrizes político administrativas indicam a consolidação de uma rede assistencial ampliada que, embora apresente fragilidades, indica avanços. Como podemos constatar, o campo do cuidado ao paciente com transtorno mental se modificou através da implementação dessas diretrizes, como também a partir da regulamentação de **dispositivos** de tratamento diferenciados, considerando a prevenção e promoção de saúde, criados ao longo do tempo.

Normativas são importantes e possibilitam direções de trabalho, mas, no ato do cuidado, a direção é também dada pelo profissional. Pretende-se olhar para as redes como um processo de construção, de articulação, de fluxos entre as pessoas, sejam profissionais, equipes ou usuários no território. Nesse contexto, o conceito de rede emerge com o objetivo de agenciar e fazer operar transformações nas práticas de cuidado e nas estruturas institucionais.

O profissional de saúde desempenha um papel fundamental nas ações de cuidado, na perspectiva da integralidade. Por isso, apesar do reconhecimento das normativas da RAS (Brasil, 2010) e da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Brasil, 2013a) para o fortalecimento das políticas de saúde mental, também é importante fazer aparecer as potencialidades de uma rede através do entendimento dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. A intenção é apontar a multiplicidade de conexões constituídas em uma rede de cuidado, o qual é construído, desconstruído e reconstruído por esses profissionais.

As redes não existem *per se*. São redes reais, do cotidiano, que produzem movimentos interessantes, implicando todos os agentes do processo - usuários, trabalhadores e gestores -, cada qual com interesses colocados de forma mais ou menos clara (Cecílio et al., 2012).

No entanto, se é viável tomar a rede por diretriz, ela pode constituir um operador a partir de dispositivos, os quais, por sua vez, podem ser entendidos como o modo segundo o qual variados elementos se relacionam entre si para atingir determinado fim, produzir algo que dê conta de um problema, de um anseio, ou gere surpresa (Foucault, 2012). Nessa perspectiva, os serviços são dispositivos estratégicos de cuidado, o qual deve ser integral e ampliado, de forma que se responsabilizem diante da complexidade das demandas que chegam. O conceito de dispositivo está sempre articulado ao jogo de poder, ou seja, reúne as instâncias do poder e do saber. É um termo empregado na tentativa de

demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. O

dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (Foucault, 2012, p. 364-365)

Porém, uma vez estabelecido, o dispositivo não é estático e inflexível, mas **dinâmico**. Generalizando a classe dos dispositivos foucaultianos, Agamben a conceitua “como qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, moldar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (Agamben, 2009, p. 40-41).

Mas a quais redes e dispositivos diz respeito esta investigação? Como já referido, não será tomada como eixo de reflexão a organização e a quantidade de serviços existentes. A ênfase será dada na tecitura de uma rede, a partir dos nós estabelecidos entre os profissionais que os atam na perspectiva de produção do cuidado. Uma rede é tecida no encontro e na articulação daqueles que a compõem. Propõe-se, pois, uma reflexão sobre como a articulação em rede tem acontecido no dia a dia dos serviços de saúde. Com base nessas considerações, o escopo deste artigo é analisar os sentidos atribuídos à construção de uma rede de produção de cuidado às pessoas com transtornos mentais, sob a ótica dos profissionais da saúde.

## Métodos

Esta pesquisa, caracterizada como qualitativa, foi desenvolvida no período de outubro a dezembro de

2016 em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. A rede de saúde do município estudado é composta por serviços de diversas complexidades, divididos em: serviços de urgência e emergência; hospitais; policlínica; unidades de Atenção Primária a Saúde (APS); e Programa de Saúde Mental. Essa composição antecede a publicação da Raps, em 2011. O estudo focou em quatro serviços de saúde: um Centro de Atenção Psicossocial II de adulto (Caps); um Ambulatório Ampliado de Saúde Mental; um Serviço de Emergência Psiquiátrica em nível hospitalar; e uma APS.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, compostas por situações-problema (Ferreira; Silva Júnior; Siqueira-Batista, 2015). Ao final dessas situações, apresentou-se uma pergunta norteadora e, ao longo da conversa, outras indagações surgiram, o que possibilitou explorar novas questões a partir das colocações dos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise. Participaram do estudo treze profissionais de saúde de diferentes categorias (nível superior, médio e fundamental) e que trabalham nas referidas unidades. Voluntários para colaborar com a pesquisa, todos foram esclarecidos quanto aos objetivos e riscos do trabalho, através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes da pesquisa foram apresentados às quatro situações-problema em formato escrito, as quais representaram casos fictícios pertinentes a

### Quadro 1 – Situações-problema utilizadas no estudo

SITUAÇÃO PROBLEMA	EMENTA
1	<p><i>Maria, paciente feminina, 59 anos, possui quatro filhos (dois foram assassinados e um saiu da prisão por tráfico de drogas em 2013) e quatro netos de sua única filha, sendo de pais diferentes. Também, em 2013, ficou viúva e perdeu a mãe. Não trabalha. Sua casa encontra-se interdita pela defesa civil após desabamento no Morro. Recebe aluguel social. Chega ao posto queixando-se de tristeza, ansiedade e insônia. Chora durante o atendimento e diz: “é muita preocupação na minha cabeça, não consigo dormir e acho que estou com problema de memória na mente, queria não pensar em nada, queria não ter preocupação.” Fala de sua irritação com a filha que deixa os filhos “muito soltos” e ela tem medo que eles “larguem os estudos” e se “envolvam com coisa errada”; fala do falecimento da mãe e do esposo – “era o meu suporte” – e que não consegue dormir, preocupada com os intensos tiros perto de sua casa. Queixa-se, também, de fortes dores abdominais, tenesmo (vontade de evacuar, porém sem sucesso) e sangramento retal. Diagnóstico prévio de litíase renal. Suspeita diagnóstica de tumor anorretal.</i></p> <p><i>Solicita medicação para ficar com a mente vazia e passe livre.</i></p> <p><i>✓ Como você receberia tal demanda? Que encaminhamento daria?</i></p>

continua...

## Quadro I – Continuação

SITUAÇÃO PROBLEMA	EMENTA
2	<p><i>João, paciente masculino, dezenove anos, estudante, comparece ao atendimento agendado por seus pais, que estão percebendo alteração no comportamento do filho. De uns tempos para cá, João tem ficado mais isolado em casa, sem querer atender os amigos, faltando a aulas na universidade e ficando inquieto. Não possui história pregressa de transtorno mental, nega uso de drogas e sem queixas clínicas.</i></p> <p><i>Iniciou curso de direito há alguns meses após muita dedicação de estudo.</i></p> <p><i>O paciente não reconhece essa sua mudança de comportamento. Diz apenas que o curso “embaralha sua mente, mas que isso é pela enorme quantidade de matéria”.</i></p> <p><i>O profissional que recebeu João, depois de realizado o atendimento, informa que irá encaminhá-lo para seguir tratamento em serviço especializado de saúde mental para ajudá-lo a passar por esse momento. Ao que o paciente reage e diz que não é maluco e não precisa de tratamento.</i></p> <p>✓ O que você faria se fosse o profissional que recebeu João nesse primeiro atendimento.</p>
3	<p><i>Rafael, paciente masculino, quarenta anos, sem vínculos familiares nem de trabalho, mora sozinho em um quarto alugado em uma pensão. Vive com a renda do Benefício de Prestação Continuada que recebe no valor de um salário-mínimo.</i></p> <p><i>Realiza acompanhamento regular em serviço da rede de saúde mental e também realiza acompanhamento clínico com regularidade. Paciente com diagnóstico de psicose e hipertensão arterial sistêmica. Segue o esquema medicamentoso prescrito por seus médicos assistentes, como também segue acompanhamento semanal com sua psicóloga.</i></p> <p><i>É um paciente que, quando está em um momento mais agudo de quadro psicótico, sente-se ameaçado pelo olhar das pessoas na rua, e logo passa em sua cabeça reagir como forma de se proteger ou procurar o Serviço de Emergência Psiquiátrica, solicitando internação, alegando não poder viver em sociedade, pois querem lhe fazer mal.</i></p> <p><i>Nesses momentos, é frequente que Rafael percorra diversos serviços de saúde em seu município pedindo “mais atendimento” para ficar “mais protegido”.</i></p> <p>✓ Pense que Rafael chegou ao serviço em que você trabalha e solicita atendimento para se sentir mais protegido. O que você faria? O que diria a ele?</p>
4	<p><i>Ivete, paciente feminina, 37 anos, solteira, reside com a mãe. É usuária de drogas e psicótica. Tem três filhos que ficam soltos, contando com o cuidado de vizinhos e familiares.</i></p> <p><i>Chega ao serviço de saúde pedindo orientação, pois seu filho está com diarreia e ela não sabe o que fazer para cuidar disso. No atendimento, o profissional que a recebe é sensível ao perceber que a situação é mais complexa que a diarreia apresentada inicialmente, identificando a sintomatologia de Ivete.</i></p> <p><i>No acolhimento, foi possível que Ivete falasse do uso de drogas, para ela uma curtição, apesar de reconhecer que traz consequências negativas para sua vida e de seus filhos, inclusive financeiras, já que abandonou o trabalho de caixa de supermercado e, desde então, não possui renda e nem passe livre. A partir do vínculo estabelecido, diz ao profissional que, pela primeira vez, conseguiu falar disso sem medo de ser recriminada. Logo, o profissional a orienta quanto ao cuidado do filho, solicita que retorne com o menino para reavaliação no dia seguinte e a encaminha para o Caps AD. Ela diz que já foi encaminhada para esse lugar e nunca foi. O profissional explica a necessidade do encaminhamento e insiste que ela vá. Ivete não retorna com o filho e não segue a orientação do profissional.</i></p> <p>✓ Você faria algo diferente? Fale dessa situação e das ações de que o profissional lançou mão como projeto de cuidado de Ivete.</p>

situações clínicas que demandariam articulação entre diferentes profissionais e serviços para produção de um cuidado integral (Quadro 1). Cabe esclarecer que a utilização das situações-problema fictícias teve por finalidade identificar como a questão do trabalho em rede é percebida pelos profissionais e como acontecem as articulações. A metodologia utilizada permite captar o discurso subjacente à ação, impondo um limite de aproximação da prática. Dessa forma o intuito não foi avaliar o encaminhamento dado às questões clínicas apresentadas, mas tornar visível o trabalho em rede.

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram apreciados pela análise temática de Bardin (2004). A análise de conteúdo na modalidade temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que favorecem a captação da representação social das pessoas depoentes sobre o objeto em estudo, assim como a contextualização psicossocial que circunda esse objeto (Minayo, 1992).

O estudo atendeu às diretrizes da Resolução 466/2012 (Brasil, 2013b) e foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense em julho de 2016, sob o nº CAAE 56262116.5.0000.5243.

Diante da análise dos elementos surgidos com as entrevistas foi possível uma primeira aproximação com as narrativas, através de leituras flutuantes. Tornou-se perceptível a convergência das respostas para três categorias principais: (1) **sentidos de uma rede de cuidado**: conceituação e características; (2) **meios operadores** para a construção de uma rede de cuidados: construção da prática, dificuldades e facilidades; (3) **propostas** para minimização das dificuldades e efetivação de uma rede de cuidados. Essas categorias podem ser expressas pelos conceitos norteadores e cada uma foi organizada a partir das subcategorias: **trabalho em rede**; **redes de apoio**; **conflito**; **continuidade do cuidado**; **assistência integral**; **cuidado compartilhado**; **processo de formação**; **espaços amplos de discussão**; e **organização do trabalho** (Quadro 2).

**Quadro 2 – Categorias obtidas a partir das entrevistas com os profissionais da saúde: construção de uma prática de cuidado**

Categories	Subcategories	Conceptualizing concept
<b>I: Sentidos de uma rede de cuidado: conceituação e características</b>	(I) <b>Trabalho em rede</b>	A normativa é um padrão já estabelecido, mas não garante o meio de a rede se constituir. Isso depende dos atores envolvidos no processo.
	(II) <b>Redes de apoio</b>	Denota a importância de uma rede de apoio consistente, completa e ampla, para além da saúde, considerando outras formações.
	(III) <b>Conflito</b>	Salienta a existência de conflitos que precisam ser mediados e gerenciados em uma rede.
<b>II: Meios operadores para a construção de uma rede de cuidados – construção da prática – dificuldades e facilidades</b>	(IV) <b>Continuidade do cuidado</b>	Salienta a importância da responsabilização para possibilitar uma atenção contínua.
	(V) <b>Atenção integral</b>	Salienta a importância da atenção integral ao paciente, na perspectiva do cuidado ampliado.
	(VI) <b>Cuidado compartilhado</b>	Denota a horizontalização, coproblematização, compartilhamento das ações.

continua...

## Quadro 2 – Continuação

Categories	Subcategorias	Conceito norteador
III. Propostas para minimização das dificuldades e efetivação de uma rede de cuidados	(VII) Processo de formação	Princípio geral: rede como diretriz, a qual pode se constituir com operadores nesse processo a partir de dispositivos agenciados pelos profissionais.
	(VIII) Espaços amplos de discussão	Salienta a necessidade de aproximação, conversas e encontros entre os profissionais para a tecitura de uma rede. Espaços onde possam se ouvir sem que as dificuldades estruturais tomem a cena em discussões clínicas.
	(IX) Organização do trabalho	Evidencia o risco que temos em burocratizar o cuidado.

A discussão tem continuidade com o detalhamento das categorias e subcategorias construídas.

### Sobre a transformação dos conceitos em operadores da prática

#### Categoria I: sentidos de uma rede de cuidado: conceituação e características

Os profissionais entrevistados, ao pensarem no encaminhamento dado às situações-problema apresentadas, lançaram mão de diferentes procedimentos de articulação, como: encaminhamentos por escrito (na ficha de referência e contrarreferência), contato telefônico, visitas institucionais ou mesmo deixaram de articular. Isso acena para um contexto no qual variadas formas de contato são produzidas entre profissionais de distintos serviços e entre profissionais da mesma equipe. Demonstra, igualmente, que as relações acontecem de díspares modos, dependendo das condições colocadas, o que produz uma miríade de efeitos práticos. Esse ponto pôde ser percebido diante dos diversos encaminhamentos dados às situações pelos profissionais, de formações distintas, que trabalham nos serviços.

Verifica-se, por exemplo, que a dinâmica estabelecida pela APS acontece de forma diferente, com uma lógica própria (Motta; Siqueira-Batista, 2015), se comparada aos serviços de saúde mental. Na APS a equipe, diante de uma situação de transtorno mental, parece não estabelecer contato direto com

outro serviço, seja para encaminhar, para pensar em uma intervenção conjunta ou para esclarecer uma avaliação solicitada. Verifica-se que a grande maioria do fluxo do processo, independentemente da complexidade da situação, é única: solicitar avaliação da supervisora de saúde mental da referida unidade para que seja operado um fluxo semelhante ao apoio matricial, como se percebe nas falas dos profissionais da APS:

*Tá fazendo logo que possível um agendamento com a supervisora, ou passar para o médico né. (P4, técnico de enfermagem)*

*Além do atendimento médico em si, que foi solicitado para ela ir a esse atendimento, eu acho que aqui, na nossa vivência de PMF, também estaria colocando junto a supervisão de saúde mental para estar fazendo esse link dessas questões da ansiedade, da tristeza, até desse quadro que ela diz de mente vazia. (P2, enfermeira)*

Diante desse fluxo, cabe uma reflexão: perante as diferentes complexidades de situações que chegam aos serviços, quais as possibilidades de articulação na perspectiva de um cuidado compartilhado? A rede construída internamente entre os profissionais de uma unidade de APS é de extrema importância para a sustentação do cuidado no cotidiano, e a relação estabelecida entre os diferentes níveis de atenção parece possibilitar uma efetiva construção de rede: *Esse encontro nosso com os profissionais de saúde*

*mental, sempre que a gente consegue fazer esse encontro tem coisas positivas. O problema é esse encontro que é raro* (P1, médico, APS). No entanto, são descritas algumas situações nas quais essa lógica instituída pôde ser flexibilizada, o que se percebe na fala do médico da APS:

*O que eu costumo fazer com esse paciente é ir acompanhando. Já fui algumas vezes ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba com paciente, e já fui no Caps Álcool e Drogas. [...] Dá segurança para ele o fato de você estar lá.* (P1, médico, APS)

Essa atitude foi descrita pelo profissional diante da percepção de que o recurso de apoio oferecido pela supervisão de saúde mental da unidade “*esgota ali, eu passo o caso, a estrutura que tem é essa. Se esgota nela. Eu não tenho nenhuma interface*” (P1). Já nas respostas dos profissionais dos serviços de saúde mental observou-se uma maior disponibilidade de articulação em rede a partir da necessidade da situação.

*Faria contato com o médico de família, para saber se ela já é inscrita, se ela é acompanhada. Se eles têm, nesse momento, condições de ajudar ela com isso, senão se teria alguma coisa que a Policlínica pudesse oferecer.* (P5, psicóloga do ambulatório de saúde mental)

*A gente poder articular o resto das redes de cuidado [...]. De uma certa rede que a gente tem que construir, vai ser todo mundo junto ali cuidando.* (P10, coordenador do Caps)

Nos dois trechos os profissionais incluíram o cuidado compartilhado entre o ambulatório/Caps e a unidade de APS, na perspectiva de uma atenção integral diante da demanda colocada pela situação. As redes são o resultado do esforço dos trabalhadores que, movidos pela vontade de cuidar, se conectam uns com os outros, seja no âmbito individual ou coletivo (Deleuze; Guattari, 1995).

*Acho que a rede é o laço. A rede não existe sem os profissionais, a rede por si só não se sustenta.*

*Eu acho que é muito do um a um. Fazer o contato direto com o fulano de tal da rede, do local tal, e a cada vez que isso muda, isso precisa ser renovado.* (P12, psicóloga, coordenadora da emergência psiquiátrica)

Na fala dessa profissional evidencia-se que as redes são de pessoas, ligações entre elas, e não meramente entre instituições de forma administrativa e burocrática. São as pessoas que se conectam, porque elas fazem as instituições. Essa perspectiva demonstra que a ideia de rede para o setor da saúde não é nova, mas esclarece que, primeiramente, foi olhada como elemento interno ao conceito de sistema, sendo o projeto do sistema um grande homogeneizador (Rovere, 1999). As redes de saúde mais recentes se orientam por outra lógica.

O trabalho em saúde é essencialmente relacional, envolvendo subjetividades, demandas, conflitos e territórios, e não uma rede inerte, estabelecida por construções fixas de serviços de saúde existentes e suas relações pautadas por níveis de atenção (Ayres, 2011). Tal pressuposto reverbera no modo como os profissionais participantes da pesquisa entendem o sentido de rede; de fato, percebe-se uma dinâmica que se instaura no processo das relações e nos seus desdobramentos. Com isso, pode-se notar que as redes e as formas de cuidar se sustentam nas interações entre os sujeitos.

As possíveis articulações envolvem a necessidade do estabelecimento de uma rede de apoio, uma estrutura capaz de dar algum tipo de suporte. A ideia costuma referir-se a um conjunto de organizações ou entidades que trabalha de maneira sincronizada para colaborar com determinada questão, no caso deste estudo, o cuidado integral em saúde. Uma rede também é produzida com o território que a integra e com os laços sociais que se constituem. Assim, é de extrema importância que a rede de cuidados considere o paciente como um sujeito na sociedade e reconheça a importância de suas relações, suas redes de apoio social: *Fortalecer os vínculos que ela tem no bairro onde mora, na Igreja ou os vínculos que podem apoiá-la né e tentar dar um suporte para ela nesse sentido né* (P1, médico, APS).

O campo do cuidado à saúde, como visto, não deve se restringir aos profissionais da área. Parte



importante dos atores está na interface com o social, nos laços estabelecidos pelo paciente com transtorno mental, laços que, muitas vezes, devem ser reestabelecidos (Lobosque, 2007). Contudo, percebe-se nas narrativas dos profissionais o reconhecimento de alguns aspectos como dificultadores da constituição de uma rede no momento de fazer operar as ações de cuidado, os quais serão denominados conflitos:

*Uma coisa que prejudicou muito os pacientes que eu atendia foram as mudanças do programa que a gente acabou tendo que assumir mais pacientes. A partir do momento que a gente assume mais pacientes, um aumento de 150% do que eu atendia no início, a gente fica sobrecarregado nesse sentido. Eles não cobram da gente resultados, eles cobram da gente produção, procedimentos. Enquanto cobrarem da gente procedimentos, vai ter procedimentos e não vai ter resultados. Acho que a questão da gestão de qualidade dos serviços de saúde da família, dos serviços de saúde mental, passa muito pela qualidade, cobrar resultados. Mais eles cobram atendimento, aí a gente atende mais e atende pior. (P1, médico APS)*

Esses conflitos precisam ser mediados para que um efetivo trabalho em rede possa acontecer. O conflito constitui um “ataque à rede” (Rovere, 1999), e para mediá-lo é importante que a rede seja gerenciada. Dessa perspectiva, percebe-se que os conflitos existentes se apresentam de diversas maneiras. Nas falas dos entrevistados, destaca-se quando a diferença entre serviços se transforma em dificultador e quando há desconhecimento por parte do profissional da função de determinado serviço. Esse ponto evidencia uma questão: se não se toma conhecimento do papel e das possibilidades de um serviço, como incluí-lo como alternativa de cuidado para o paciente?

*Acho que a gente está em tempos do trabalho diferentes, sabe. De ficar numa coisa muito de achar que é o outro que precisa garantir o cuidado. Acho que isso aponta para certa falta de parceria. No trabalho mesmo, a gente acaba funcionando no*

*“minha farinha pouca, o meu pirão primeiro”. (P5, psicóloga ambulatório de saúde mental)*

*O Caps II eu não sei onde é. Não tenho pacientes lá não. Ele serve para que? (P1, médico, APS)*

Uma das possibilidades de lidar com o conflito na busca por estabelecer uma rede de apoio entre as pessoas, uma atitude cooperativa, seria o conhecimento. (Re)conhecer o outro como interlocutor importante permite que uma articulação aconteça; dessa forma, as divergências diante de uma avaliação para se pensar uma conduta terapêutica, por exemplo, podem ser mediadas e tratadas de forma genuína, entre os envolvidos, para que o cuidado seja garantido (Rovere, 1999). Essa postura produz vínculo e cooperação. Quando isso não acontece – ou seja, quando o parceiro é desconhecido, considerado dispensável ao cuidado, ou quando a discordância se torna impedimento ao diálogo –, a possibilidade de articulação em rede para fazer operar o cuidado integral é dificultada ou, por vezes, impedida.

Nessa perspectiva, o cuidado é uma dimensão imprescindível na atitude dos profissionais diante dos usuários, a qual deve se expandir para além de tecnologias ou procedimentos (Merhy, 1997) e incluir a integralidade na atenção à saúde. Se não se conhece o trabalho do outro, as chances de parceria e compartilhamento ficam comprometidas.

## **Categoria II: Meios operadores para a construção de uma rede de cuidados – construção da prática – dificuldades e facilidades**

O cuidado em saúde mental se exerce em díspares situações, por exemplo, na atenção psicossocial, que tem como um de seus objetivos viabilizar aos sujeitos com transtorno mental o melhor nível de autonomia para a vida em sociedade (Amarante, 2007). A atenção psicossocial propõe uma ampliação e uma alteração na forma de entender o problema, atribuindo importância ao sujeito como protagonista do tratamento, além de proporcionar dispositivos de reinserção social. Dentro dessa perspectiva em uma rede de cuidado, a complementaridade se destaca como noção importante, expressa pela capacidade

de os serviços possibilitarem a continuidade do acompanhamento por meio do acesso a intervenções diferentes em vários momentos, grosso modo, em locais de tratamento distintos.

A partir dos aspectos presentes nas falas dos profissionais entrevistados, evidencia-se a importância da responsabilização para viabilizar uma atenção contínua (Ayres, 2011). Tal perspectiva pode ser articulada à própria portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS e, logo nos objetivos, acena para promoção de uma integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de **atenção contínua**, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como para o incremento do desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica (Brasil, 2010).

A organização por linhas de cuidado visa estabelecer articulações entre equipes e fluxos de encaminhamento dos usuários, considerando suas demandas e necessidades, em uma malha de cuidados progressivos, na qual cada ponto de atenção articulado busca garantir acolhimento, responsabilização, resolubilidade de problemas e continuidade do amparo (Silva Júnior; Mascarenhas, 2004). Nesse sentido, algumas falas explicitam essa dimensão da atenção integral no cuidado ao paciente com transtorno mental. Os excertos destacam a importância da atenção integral a partir de um cuidado ampliado. Integralidade é aqui entendida

no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. (Pinheiro; Luz, 2007, p. 19)

No campo da saúde mental, conceitos como **cuidado**, **vínculo**, **rede** e **integralidade** são operadores fundamentais para execução de um trabalho alinhado às diretrizes e à construção de uma rede de cuidado. No entanto, a forma como cada profissional compreende esses conceitos, se apropria e deles e os opera pode facilitar ou dificultar o cuidado e a assistência integral ao paciente, na medida em que

interfere na construção de uma rede com parceiros de outros serviços. Dessa maneira, cuidar da saúde dos pacientes não significa intervir tecnicamente sobre um objeto. Para que haja cuidado - na abordagem trazida neste estudo -, o profissional de saúde deve considerar e construir projetos incluindo a perspectiva do paciente: “Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde” (Ayres, 2011, p. 37).

Nas narrativas dos profissionais percebe-se que a forma como recebem a demanda, ou seja, a dimensão subjetiva, e não exclusivamente a técnica, implica a operacionalização e o funcionamento de uma rede de cuidado. As interfaces entre diferentes serviços, a delimitação de critérios de encaminhamento, por exemplo, em muitas situações podem ser atribuídas aos participantes da rede, podendo facilitar ou dificultar o processo.

Ainda a respeito dos meios operadores para a construção de uma rede de cuidado, destaca-se nas narrativas dos profissionais a dimensão do cuidado compartilhado e/ou do compartilhamento das ações, tanto em seu aspecto de importância quanto ao que está em jogo para operar nessa lógica:

*Dá trabalho, o trabalho em rede. Acho que um pouco é a disposição mesmo dos profissionais em estarem fazendo essa articulação que eu acho que não é qualquer coisa, mas é importante. Saber da importância que tem isso e dos efeitos que podem produzir. Eu acho que acontece de alguma forma, mas poderia ser melhorar, algumas coisas. (P9, psicóloga, Caps)*

*Eu acho que é de tentar partilhar mesmo, dividir essa responsabilidade no cuidado. Eu acho que é tentar articular com o território mesmo, com os dispositivos, tem tanta coisa que a gente nem conhece, na verdade. (P13, psicóloga, emergência psiquiátrica)*

Analisando os fragmentos evidencia-se o descompasso entre a direção de um trabalho que

se pretende articulado em rede e a efetivação dessa ideia no cotidiano dos serviços. Nesse contexto surge o desafio de pensar o cuidado buscando superar as tensões entre direções e processos de trabalho, conforme ainda será discutido.

Reconhecemos que há grande variedade de relações e articulações possíveis entre os serviços de saúde abordados neste estudo, apontando diferenças no modo como acontecem. Encaminhamentos, contatos telefônicos, visitas institucionais, ficha de referência e contrarreferência são algumas dessas possibilidades, no entanto, consistem em procedimentos e/ou instrumentos diversos e compreendem níveis distintos de disponibilidade do profissional envolvido no cuidado.

Percebe-se nas falas dos profissionais a necessidade de a rede se ampliar e se articular. Para que isso ocorra de maneira efetiva, é importante que o profissional acompanhe e se aproxime da demanda de saúde do paciente, bem como de sua família, a qual deve ser entendida como um conceito estruturante (Pinheiro; Luz, 2007), sendo capaz de ampliar a definição da integralidade na atenção à saúde.

Quando se escuta o paciente e se pensa, junto com ele, no projeto terapêutico, há abertura para uma trajetória na rede, a partir dos pontos de atenção, ou melhor, da interação e da articulação entre diversos serviços acionados para oferecer o cuidado. Com as falas apresentadas evidencia-se o reconhecimento da parceria, da articulação, da divisão de tarefas entre os pontos de atenção para a integralidade do cuidado. No entanto, um dos entrevistados destaca que ainda há uma enorme distância entre o reconhecimento de uma diretriz como importante e sua transformação em **trabalho vivo** (Merhy, 1997) para a construção da prática de cuidado. Esse é um problema a ser devidamente equacionado. Muitas vezes o contato é feito com outro serviço para pensar certo fluxo de encaminhamento, e não para compartilhar o cuidado:

*Pouquíssimas vezes é alguma coisa compartilhada. Isso pouco acontece e chega como encaminhamento direto. (P6, coordenadora do ambulatório de saúde mental)*

Às vezes, a gente compartilha um caso ou outro, mas não é a regra. (P10, coordenador, Caps)

Partindo do pressuposto de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas e que a articulação se inicia a partir do reconhecimento de uma necessidade impossível de ser resolvida por um serviço, mas que pode ser atendida adequadamente em outro - seja por fazer parte de um escopo específico de responsabilidade; por exigir intervenções complementares ou articulações intersetoriais; seja por requerer atenção mais intensiva em momento de crise -, é possível afirmar que diante dessas demandas, o profissional precisa se responsabilizar pelo manejo em direção a outro serviço. Cria-se, com isso, um objeto de trabalho que vai além da responsabilidade individual, tornando-se um objeto da rede.

Pode-se incluir nessa subcategoria a questão de como os encaminhamentos são realizados e pensados. Costumam vir por escrito, nem sempre com contato telefônico, e dificilmente surgem de encontros de discussão em que as situações são divididas e pensadas conjuntamente entre os serviços. Nos escritos, nem sempre a situação aparece de forma clara. Por vezes, esses encaminhamentos são descritos por uma das entrevistadas como “burocráticos”:

*Aí é isso, tem vezes que realmente vem dizendo, tem vezes que a gente fica sem entender muito o porquê do encaminhamento [...] o contato facilita porque a pessoa consegue passar melhor a impressão do que aconteceu. (P8, médica, Caps)*

Esses aspectos demonstram a importância de percebermos nossas condutas, de refletirmos e assumirmos, cada vez mais, novas posições diante de quem assistimos, estabelecendo novos diálogos. Posição de tomar para si a responsabilidade pelo cuidado e pelo vínculo profissional-serviço-usuário. Posição de incluir o ponto de vista do paciente, e não nossa perspectiva de saber unilateral, considerando a presença e influência de redes de apoio estabelecidas ou a se estabelecer, tais como família, colegas, trabalho, outros profissionais.

### **Categoria III: Propostas para minimização das dificuldades e efetivação de uma rede de cuidados**

A formação é aquilo que toca e transforma. As falas dos entrevistados destacam o papel fundamental desse processo na relação do profissional com seu trabalho, como um vetor na produção do cuidado:

*Eu acho que essa questão da interface muitas vezes é quase como uma questão do processo de educação permanente. (P1, médico, APS)*

*É bom a gente poder parar para pensar nessas coisas porque a rotina do dia a dia não permite que a gente pare para pensar no nosso próprio trabalho. (P8, psicóloga, Caps)*

A RAS nos aponta a necessidade de promoção permanente de estratégias de educação, a qual poderá ser conceituada como um processo que coloca em análise o cotidiano do trabalho e da formação em saúde, sendo permeável às relações concretas que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos diariamente (Ceccim, 2005).

Assim, as estratégias de formação continuada no contexto da educação permanente em saúde devem ser propostas visando à qualificação do cuidado, de modo que redirecionem o olhar do trabalho autônomo e isolado para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, saindo da visão individualizada do usuário como paciente para uma abordagem de sujeito, cidadão inserido em um contexto familiar e social (Dittz et al., 2010). Nesse sentido, a formação requer a inclusão de aspectos da produção de subjetividades, habilidades técnicas e pensamento, assim como o adequado conhecimento sobre o SUS, capaz de “reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde” (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Para transformar essa realidade, torna-se necessário pensar e tratar a formação como formas de ação, ou seja, considerar que o processo de formação não se separa do modo de fazê-lo; tem por matéria-prima o cotidiano de trabalho e inclui o intervir em

ações e processos. Além disso, deve-se ter em conta que sujeitos e objetos se produzem no encontro entre eles, de maneira que diálogos com redes de saberes e experiências estão presentes, e o compartilhamento de vivências deve existir (Heckert, 2007).

É fundamental que o trabalho possa ser objeto de reflexão, que a responsabilidade seja compartilhada e que os profissionais experimentem a discussão sobre a prática, a fim de se aproximarem e se apropriarem de conceitos, diretrizes e meios operadores para o desenvolvimento de suas ações de cuidado no campo da saúde.

Vale destacar que, diante de toda complexidade e das interfaces envolvidas no trabalho em saúde – sobretudo no cuidado em saúde mental –, encontros de supervisão semanais são de extrema importância, não apenas para discutir os casos em atendimento, mas também para avaliar as dificuldades que as circunstâncias colocam para cada membro da equipe. Isso implica um olhar particular em relação aos diferentes contextos. Destaca-se a proposta de um trabalho contínuo para os profissionais que se deparam com situações da saúde mental no exercício de suas funções. Trata-se de um espaço onde cada profissional pode falar das dificuldades encontradas e dos sentimentos desencadeados em seu cotidiano, saindo de uma posição de isolamento. Muitas vezes, esses profissionais se dão conta de que o saber apreendido na formação universitária e nos manuais não basta para lidar com os problemas enfrentados na realização de um trabalho.

Estes excertos salientam a necessidade de aproximação, conversas e encontros entre profissionais, associando ao contato uma função de facilitador para que uma rede de cuidado possa se tecer e operar:

*Fiquei pensando agora nas reuniões que acontecem, acho que muitas vezes a rede faz reuniões isoladas, mas não tem reuniões mais amplas, que todos os serviços participem, que as coisas fiquem pactuadas diante de todos, né. (P13, psicóloga, emergência psiquiátrica)*

*Esse encontro nosso com os profissionais de saúde mental, sempre que a gente consegue fazer esse*

*encontro tem coisas positivas. Quando a gente consegue se encontrar a gente consegue produzir coisas interessantes. O problema é esse encontro que é raro.* (P1, médico, APS)

É importante que os profissionais tenham oportunidades de discutir a própria prática, a partir do ponto em que cada um se encontra, tendo como foco prioritário as situações reais experimentadas. Além disso, é preciso promover espaços públicos de debate para a construção de propostas políticas, mormente no contexto atual, em que prevalece a tecnologia, o individualismo e o imediatismo (Siqueira-Batista et al., 2013). A sociedade contemporânea está criando **incomunicação** e solidão. O risco disso é gerar indiferença, pouca reflexão e busca por soluções rápidas para os problemas que nos acometem, o que pode nos levar a pensar a vida e os acontecimentos de forma limitada e fracionada (Paro et al., 2017). Na prática dos profissionais de saúde, quando a indiferença toma a cena, os efeitos são desastrosos. Muitas vezes, tomados por esse imediatismo, as respostas são rápidas demais e desconsideram toda a complexidade envolvida no cuidado à saúde - o corpo e seu adoecimento, subjetividades, modos e condições de vida, maneiras de se afetar o outro e de se relacionar com ele, seja nosso paciente ou nosso colega de trabalho.

Ainda nessa categoria construída a partir dos elementos discursivos assinalados, destacou-se a organização do trabalho feita pelos próprios profissionais, a qual evidencia o risco de burocratização do cuidado. As narrativas, além de abordarem o aspecto organizativo da prática, apontam para a dificuldade em lidar com questões da saúde mental na atenção primária. O assunto merece destaque em tempos de propostas cada vez mais incisivas de implementação de ações de saúde mental na atenção primária. Essa precarização destrói a rede. O tema guarda sua importância porque mostra não só como a gestão participa em termos de políticas macro, mas também como ela traz responsabilidade na costura dos pontos.

*Hum, eu acho que o que dificulta [o cuidado compartilhado]... dá nossa parte lá da equipe do médico de família é uma falta de envolvimento*

como equipe para lidar com esses problemas. Mas a nossa equipe não está estruturada para receber e nem para fazer busca ativa nos locais. A gente precisaria de mais tempo, a gente precisaria de mecanismos mais rápidos de fazer isso [...] *mas a gente hoje não tem condições de dar conta de fazer isso, então assim...* não adianta a gente ficar chorando pitangas aqui de falar ah! Só o serviço lá está desestruturado e aqui a gente faz o que pode. (P1, médico, APS)

Outro ponto a ser destacado na fala dos profissionais versa sobre os efeitos no cuidado quando a organização do trabalho na saúde fica à mercê de cobranças burocráticas. Com agendas lotadas, não são valorizados e incluídos espaços institucionais que contemplem discussões e reflexões das vivências dos profissionais, mormente ao se considerar as conformações atuais da sociedade, inscrita na lógica do capitalismo tardio (Siqueira-Batista et al., 2013), a qual se transforma com grande velocidade, às custas da preeminência da tecnologia e da fluidez das relações entre as pessoas, por exemplo, no âmbito do trabalho em saúde (Rossoni, 2015). Os espaços de debate propostos seriam possibilidades de **falar/ouvir** sem que as dificuldades estruturais tomassem a cena em discussões clínicas. É importante que os profissionais tenham momentos de conversação acerca de sua prática.

*Porque aí gente entra em uma urgência de alguma coisa que a gente precisa dar conta, e aí quando a gente trabalha na urgência, e precisa dar conta, e precisa fazer e precisa responder, assim, é [...] fuge muito do que é da responsabilidade clínica das coisas, assim.* (P6, coordenadora, ambulatório de saúde mental)

De fato, cada serviço traz em seus arranjos uma forma de funcionamento própria, que se traduz em diferenças a serem sustentadas e não consideradas como qualitativos avaliativos. No mundo atual, onde as formas de organizar o trabalho engendram sujeitos competitivos e isolados (Deleuze, 1992; Siqueira-Batista et al., 2013), os serviços de saúde também são afetados. Sabe-se que a saúde é também efeito das condições de vida e trabalho da população, as quais

se encontram muito desgastadas na atualidade, o que pode esgarçar laços sociais e impedir a construção de espaços potencializadores de uma nova lógica para interpretar e agir em saúde (Palacios; Souza; Lacerda, 2008).

As falas apresentadas dizem respeito ao ponto em que os profissionais são tomados por procedimentos e práticas já naturalizados, de modo que não conseguem garantir a tecitura de uma rede no cotidiano de suas práticas. Dito isso, espaços coletivos de discussão são potentes para a construção de um trabalho articulado, a fim de constituir uma rede de cuidados.

## Considerações finais

Esta investigação não teve a pretensão de esgotar o assunto trabalhado, mas sim de pontuar questões que devem estar na agenda diária das discussões inscritas no campo da saúde coletiva, dados os grandes desafios ético-políticos a serem enfrentados para construção, efetivação e sustentação de uma rede de cuidados - aos usuários do SUS portadores de transtornos mentais - ampliada e fortalecida.

É possível notar que os profissionais entrevistados expressam diferentes conceitos de rede, o que implica um modo singular de produção do cuidado, embora estejam sob a mesma diretriz normativa. Isso revelou que o processo de trabalho desses profissionais não segue um padrão rígido e inflexível, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um. Ressalta-se, com efeito, o reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado em saúde (Ayres, 2011). Ademais, o processo de constituição de uma rede, na fala dos diferentes profissionais escutados neste estudo, aponta para multiplicidades, isto é, ausência de uma unidade capaz de orientar as relações entre os sujeitos.

Desse pressuposto, infere-se que a trajetória de uma rede pode ser rompida, retomada, (re)iniciada em qualquer ponto, já que, por um lado, ela mantém uma organização (distribuição entre serviços), e por outro, é constituída de furos e desvios. Isso envolve o cuidado com o processo de trabalho e a criação e sustentação de espaços coletivos de discussão e compartilhamento. A partir da expressão de diferentes formas de ação para composição de

um trabalho articulado em rede, cada profissional constrói uma prática singular, ou seja, um modelo próprio de atenção à saúde.

Essa afirmativa se expressa nas diferentes atitudes e nos díspares encaminhamentos pensados com base nas situações-problema, bem como nas respostas às perguntas complementares. O que se evidenciou foram algumas situações nas quais os profissionais percebem e descrevem a articulação em rede e o compartilhamento do cuidado e da responsabilidade. No entanto, foi possível observar que em apenas algumas situações, de fato, o compartilhamento e a corresponsabilização operam. Na maioria dos contextos descritos, o contato entre profissionais - quando ocorre mais diretamente - é feito com base na compreensão de que o serviço responsável pelo encaminhamento o faz por não poder dar conta da demanda, em vez de considerar positiva a circulação do paciente por diferentes pontos de atenção no compartilhamento do cuidado.

Os resultados apontam, igualmente, que apesar de todas as novas formas de possibilitar o cuidado - efeitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, legitimadas no campo político e normativo -, ainda se observa, na prática cotidiana do trabalho em saúde, a reprodução da fragmentação e de barreiras ao acesso, o que dificulta a trajetória do paciente pela rede assistencial (Gomes; Rego, 2013). Devido a essa distância entre o que foi possível constatar e os efeitos esperados com o estabelecimento da RAS e da Raps, torna-se essencial o esforço diário para sustentação do cuidado ao paciente com transtorno mental, de modo ampliado, integral e articulado.

Reafirma-se, nestes apontamentos finais, a potencialidade da rede como produtora de cuidado. Com efeito, retoma-se o genial Guimarães Rosa, no livro *Tutaméia*: “rede é um monte de buracos amarrados com barbantes” (Rosa, 1985). Sem buracos não há fluxo; é o vazio que possibilita o encontro. No entanto, esses buracos são amarrados por nós. “Nós” - primeira pessoa do plural, um grupo de sujeitos, incluindo aquele que fala - e a foram substantiva, plural de nó, técnica de laços dados em cordas a fim de prendê-las a determinado ponto ou de uni-las umas às outras. O que são os barbantes senão nós, profissionais acompanhando o trajeto dos pacientes

pelas redes que ambos tecemos, transformando a visão do SUS da letra fria da lei para a potência de criação do cuidado.

## Referências

- AGAMBEN, G. *O que é contemporâneo e outros ensaios*. Chapecó: Argos, 2009.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc: Abrasco, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 31 dez. 2010. Seção I, p. 88-93.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 21 maio 2013a. Seção 1, p. 37-40.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 jun. 2013b. Seção I, p. 59-62.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: \_\_\_\_\_. *Conversações, 1972-1990*. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 219-226.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 1.
- DITZ, E. S. et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 179-190.
- FERREIRA, D. C.; SILVA JÚNIOR, A. G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A bioética na tomada de decisão na Atenção Primária a Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-485, 2015.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- GOMES, A. P.; REGO, S. Pierre Bourdieu and medical education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 260-265, 2013.
- HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2007. p. 199-212.
- PALACIOS, M.; SOUZA, T.; LACERDA, L. Ensaio sobre as relações entre o ambiente de trabalho e a saúde dos(as) trabalhadores(as) nos serviços de saúde. *Cadernos ABEM*, Brasília, DF, v. 4, p. 79-84, 2008.
- LOBOSQUE, A. M. Caps: laços sociais. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 53-60, 2007.

- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MINAYO, M. S. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.
- PARO, C. A. et al. O pensar e o agir na formação em saúde: reflexões interdisciplinares sobre as contribuições de Paulo Freire e Hannah Arendt. In: PINHEIRO, R.; ENGEL, T.; ASENSI, F. D. (Org.). *Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2017. p. 297-326.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes × modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2007. p. 9-36.
- ROSA, J. G. *Tutaméia*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1011-1031, 2015.
- ROVERE, M. *Redes em salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública: Instituto Lazarte, 1999.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS, 2004. p. 241-257.
- SIQUEIRA-BATISTA et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

---

### Contribuição dos autores

Bermudez elaborou os casos apresentados, desenhou a pesquisa que originou este artigo, a partir de sua experiência com o tema, e elaborou a primeira versão do texto. Siqueira-Batista orientou o desenvolvimento da pesquisa e realizou a revisão crítica do manuscrito. Ambos os autores aprovaram a versão final apresentada para publicação.

Recebido: 22/04/2017

Reapresentado: 13/11/2017

Aprovado: 16/11/2017