

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE  
ÊNFASE EM SAÚDE MENTAL**

**RECORTES E POSSIBILIDADES DE COMPREEN-  
SÃO A CERCA DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE  
MENTAL: REVENDO CONCEITOS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Claudia R. Pilar Ávila**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Inte-  
grada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**RECORTES E POSSIBILIDADES DE COMPREENSÃO A CERCA DA  
REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:  
REVENDO CONCEITOS**

Elaborado por

**Claudia R. Pilar Ávila**

Orientado por

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Barcellos Bittencourt**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, Dr.**  
(Presidente/Orientador)

**Iliane Rezer Bertão, Esp. (SES)**

**Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, 11 de junho de 2014.

## RESUMO

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente desde 2001, enseja acolher pessoas com transtornos mentais, priorizando e instigando a criação de rede de serviços de atenção à saúde mental, articulada com a atenção básica, substitutivos ao hospital. Nesse contexto, emerge a necessidade de um processo que ofereça subsídios essenciais para que os profissionais dos serviços possam conceituar e perceber os arranjos imprescindíveis para entrelaçar os pontos da rede, priorizando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem por objetivo identificar como os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Santa Maria-RS conceituam e compreendem a construção da rede de atenção à saúde mental, revendo os conceitos a partir dos verbetes mais comuns utilizados no campo da reforma psiquiátrica. O estudo foi realizado por meio de entrevista semiestruturada, aplicada junto aos profissionais dos serviços: CAPS II e ESF, no período de abril a maio de 2014. O eixo investigativo teve a abordagem centrada na pesquisa-ação (Thiollent, 2009), analisados considerando uma aproximação com a hermenêutica de Dilthey (1992), processados a partir de dois quadros analíticos: o primeiro permitiu a transcrição das falas para um quadro demonstrativo, destacando os verbetes utilizados, o segundo apresentou os verbetes selecionados para compará-los aos autores referenciados. Concluindo, as palavras listadas, tais como: interligação, cuidado, escuta entre outras traduziriam o cotidiano dos trabalhadores da saúde mental e atenção básica; isto é, seriam elas pistas para a constituição e efetivação da rede de serviços de saúde da cidade de Santa Maria?

**Descritores: Redes, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde**

## ABSTRACT

The National Mental Health Policy , in force since 2001 , enhances welcome people with mental disorders , prioritizing and instigating the creation of mental health care , combined with primary care , the hospital substitute services network. In this context , there emerges the need for a process that provides essential benefits for that service professionals can conceptualize and realize the essential arrangements for interlacing network points , prioritizing the guidelines of the Unified Health System ( SUS ) . This study aims to identify how employees of the Centers for psychosocial Care (CAPS ) II and the City of Santa Maria - RS Family Health Strategy (FHS ) conceptualize and understand the construction of the mental health care system , reviewing the concepts from the most common entries used in the field of psychiatric reform . The study was conducted through semi-structured interview, applied together with professional services : . CAPS II and ESF in the period April-May 2014 Investigative shaft had centered approach in action research ( Thiollent , 2009) , analyzed considering an approach to hermeneutics of Dilthey (1992 ) , processed from two analytical frameworks : the first allowed the transcription of speech into a demonstrative chart , highlighting the record sheet , the second had selected to compare them to the authors referenced entries . In conclusion , the words listed , such as interconnection , watch , listen and others translate the everyday workers of mental health and primary care ; ie would they be clues to the formation and execution of health services in the town of Santa Maria network?

**Key words: Networks, Mental Health, Primary Health Care**

## INTRODUÇÃO

O interesse em identificar como os trabalhadores dos serviços Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e Estratégia de Saúde da Família (ESF) conceituam e compreendem a construção da rede de atenção à saúde mental, do ponto de vista de compreensão semântica e de lógica organizacional justifica-se à medida que o conhecimento da expressão “rede” perpassa a forma como se organizam as políticas de saúde mental.

A reforma psiquiátrica (RP) preconiza a reestruturação da assistência, priorizando o atendimento ambulatorial e a promoção a saúde mental, por meio das ações básicas de saúde e integração com a comunidade. A proposta prevista na reforma seria substituir gradualmente o sistema manicomial hospitalocêntrico por uma rede de cuidados integrada à saúde mental. O modelo arcaico seria então, suprimido por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração do sujeito à comunidade, ocasionando a mudança do modelo hospitalocêntrico para o comunitário, como preconiza a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Cabe ressaltar que as ações de saúde mental apontam para o modelo de redes de cuidado, a palavra rede fica aqui entendida como um trabalho integrado de base territorial articulado às demais políticas tanto no âmbito da saúde quanto da assistência social e demais dispositivos de garantia da cidadania.

Nesse sentido, os serviços que constituem a Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM) devem interagir entre si para o acompanhamento e assistência dos sujeitos por meio de diferentes recursos, sejam eles tecnológicos, humanos ou organizativos. É importante salientar que a RASM deve respeitar a autonomia e a liberdade dos sujeitos, e prestar assistência integral e de qualidade, a partir da singularidade destes, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Esse estudo tem por objetivo identificar como os trabalhadores da cidade de Santa Maria-RS dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e Estratégia de Saúde da Família (ESF) conceituam e compreendem a construção da rede de atenção à saúde mental, revendo os conceitos a partir dos verbetes mais comuns utilizados no campo da reforma psiquiátrica.

Dessa forma, as relações entre saúde mental e atenção básica em saúde tornam-se elemento de discussão e elaboração teóricas essenciais para a organização dos serviços e a construção da RASM na medida em que a RP avança.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O movimento pela Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira foi iniciado nos anos setenta e vem gerando mudanças no campo da saúde mental. Com a sua instauração e consequente instituição pela Lei nº 10216 (BRASIL, 2001); pretende-se modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social.

O modelo hospitalocêntrico, até então seguido, seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa com transtornos mentais à comunidade; assim como, garantia e respeito aos seus direitos como cidadão e as diretrizes que dão suporte ao cuidado desses sujeitos.

Amarante (1994) coloca a sua compreensão sobre a Reforma Psiquiátrica:

Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais. (AMARANTE, 1994, p.43)

O atual modelo de saúde é a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que de acordo com a Portaria nº 4279/GM de 30 de dezembro de 2010, se constitui como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Porém, para a operacionalização das RAS há a necessidade de interação dos seus três elementos constitutivos: população (região de saúde definida), estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (sistema lógico de funcionamento).

Entre os serviços que compõem a rede territorial, que deverão estar voltados para o cuidado na comunidade proposta pela RP, incluem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Estratégias da Saúde da Família (ESF).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002; esta Portaria o incluiu no SUS e reconheceu sua importância como dispositivo estratégico para reverter a lógica do modelo assistencial de saúde mental centrado nos hospitais psiquiátricos. Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território, destaca-se como uma de suas funções.

Sendo assim, o CAPS é um serviço estratégico para promover a mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assis-

tencial a partir de uma dialética territorial compatível com os princípios da RP e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Dessa forma, o CAPS é considerado serviço de referência em saúde mental numa rede constituída por diversas organizações que se ocupam do atendimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. É de fundamental importância seu fortalecimento, pois é peça indispensável na continuidade da desinstitucionalização a ser operacionalizada através da constituição de uma Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM).

Contudo, o tecer da RASM é um processo ainda lento e complexo, composto de vários atores e instituições, e que incide em territórios diversos. Portanto, o CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental; é preciso a articulação entre os serviços que fazem parte dessa organização, para que se possam fazer os traçados imprescindíveis para o desenho da rede.

Nesse contexto, fazemos uma ponte entre o CAPS e ESF, uma vez que esta se orienta por meio da integração e organização das atividades em um território definido, voltado para a saúde do indivíduo/família e da comunidade.

A ESF foi criada em 1994, pelo Governo Federal, sendo considerada uma das formas de atenção primária em saúde e objetiva reverter o modelo biomédico hegemônico centrado na doença para um modelo com foco na saúde desenvolvido na atenção básica. Em 2011 entrou em vigor a Portaria 2488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A ESF, adotada enquanto dispositivo para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Portanto, a ESF caracteriza-se como um equipamento fundamental para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que, encaminha-se para a proposta de assistência pautada nos princípios da RP e do SUS.

Nessa perspectiva torna-se relevante a efetivação da promoção e tratamento da saúde mental ao nível de atenção básica, uma vez que, essa articulação, provavelmente, proporcionará redução na demanda dos usuários aos serviços substituti-

vos e promoverá a reinserção do sujeito em sofrimento mental no contexto da comunidade onde mantém seus vínculos de afeto e trabalho.

Diante do que foi exposto, cabe argumentar as propositivas de (TORRES, 2002):

Como é possível compreender uma realidade através de uma pesquisa? Essa compreensão será necessariamente um recorte, que depende tanto do instrumental utilizado pelo pesquisador, como também da situação particular, o contexto espaço e tempo, sobre o qual se centra o foco da atenção. (TORRES, 2002, p.75)

Considerando o proposto pelo autor supracitado, cabe ponderar a cerca do cenário e as relações tempo x espaço relativa à investigação em apreço; Gil (2004), considera que a limitação temporal constitui o período em que o fato estudado será restringido, ou seja, o período que acontecerá a coleta de dados, fato gerador da pesquisa, neste caso, adstrito nos meses de abril e maio de 2014. Quanto ao recorte espacial, este foi limitado à cidade de Santa Maria/RS, nos serviços Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e Estratégia da Saúde da Família (ESF).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este estudo foi conduzido por meio de uma investigação qualitativa com abordagem de pesquisa-ação (THIOLLENT; 2009), cujo recorte se deu a partir da compreensão dos profissionais do CAPS II e da ESF sobre o que é rede de atenção à saúde mental.

Thiolent (2009) conceitua a pesquisa-ação como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. (THIOLLENT, 2009, p.14)

Esse mesmo autor afirma que pela pesquisa-ação é possível observar dinamicamente as dificuldades, decisões, ações, acordos, conflitos e percepções que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação (THIOLLENT, 2009, p. 21).

Nessa perspectiva, o processo de reconhecimento da realidade configura-se como uma ação; pois requer organização, mobilização, sensibilização e conscienci-

zação de todos os envolvidos para analisar os problemas, tomar decisões e executar as ações, quando necessário.

Os participantes foram seis pessoas, escolhidas de maneira aleatória independente do nível de escolaridade para participarem do estudo, estas foram distribuídas entre dois grupos: (três profissionais de saúde do CAPS II) e (três profissionais de saúde da ESF), representantes dos segmentos investigados, tanto no serviço especializado de saúde mental como na atenção básica. O nome dos entrevistados foi substituído pela letra "E" e por um número correspondente à ordem da entrevista.

A coleta de dados ocorreu a partir de entrevista semiestruturada, a referida entrevista foi composta por quatro perguntas norteadoras, das quais apenas uma foi escolhida para ser analisada, de forma que se pudesse alcançar o objetivo proposto. Para efeito desta investigação foi utilizado o questionamento um.

Segundo Minayo (2010) a entrevista semiestruturada:

[...] obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. (MINAYO, 2010, p. 267).

As entrevistas ocorreram num período de 05 dias, com uma média de duração de cinquenta minutos cada e atendeu à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados após a emissão de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por meio do Parecer: nº 613.796.

O processo analítico dos recortes textuais foram elaborados a partir de uma aproximação a hermenêutica (Dilthey, 1992), um método de análise de dados que busca uma visão aproximada da realidade deste estudo.

A fim de obter uma visão geral do material selecionado para análise, foram elaborados dois quadros demonstrativos A e B; o quadro A apresentou os temas relacionados ao contexto verbal (recortes textuais das falas), o vocábulo 'recorte', se compreendido do ponto de vista semântico significa cortar uma figura pelos contornos para a separar do fundo; todavia, na presente pesquisa emerge como recorte do assunto a partir de um contexto ao qual ele está inserido.

A partir do quadro (A) a elaboração do quadro analítico (B) composto com os verbetes (temas sínteses) resultantes do processo de filtragem do quadro A, seguido



do comparativo com os conceitos provenientes dos autores referenciados, permitindo a elaboração de uma análise descritiva do material coletado.

Nessa perspectiva, procuramos em nossa análise privilegiar as práticas de saúde e a organização do processo de trabalho; o contexto social e cultural; as políticas e as organizações das instituições. Tais dados são condições de possibilidade para o desenvolvimento das representações sociais dos profissionais de saúde e, por isso, implicam muito à sua compreensão.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise do material coletado considerou-se apropriado os postulados de Dilthey (1999); preconizando assim, o viés hermenêutico; desta forma a análise versou sobre a concepção dos interpretados, como estes veem o mundo, uma compreensão de mundo distinta da do intérprete; conforme diz Kisse (2012. p.82): “[...] a hermenêutica, tal como assumida por Dilthey, é um método de interpretação de textos oriundos de uma concepção de mundo que não a minha”.

Os discursos resultantes da pesquisa foram coletados por intermédio de entrevista semiestruturada, considerando a construção da realidade, mediada pelo simbólico (MINAYO, 2000).

Duas etapas foram necessárias para o processamento das informações: a primeira, com o objetivo de obter uma visão geral do material selecionado para análise, foi a transcrição das falas para um quadro demonstrativo (quadro A), onde consta os entrevistados e seus respectivos depoimentos, nos quais, não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais; ou seja, estão na íntegra. O quadro apresenta os recortes textuais das falas transcritas, unidades de sentido e temas síntese, estes norteadores da discussão.

### Quadro A

Temas relacionados ao contexto verbal (recortes textuais das falas)

Questionamento (1) - *Ordem de Preenchimento: da esquerda para a direita*

Com suas palavras apresente sua compreensão do que é rede de atenção à saúde mental		
Entrevistados (Recortes de falas transcritas)	Unidades de Sentido	Temas Sínteses
“São todos os serviços especializados em saúde mental atuando interligados entre si e com outros setores da saúde que se ocupem ou tenham conhecimento de indivíduos com transtornos mentais”. (E1-Técnico em Enfermagem)	Todos os serviços especializados em saúde mental atuando interligados(...)	Interligação

<b>“É uma rede de serviços voltados ao cuidado e atenção aos usuários da saúde mental. Vejo como uma forma de apoio entre os vários setores que envolvem a rede de saúde mental, como ambulatório S.M., P.A psiquiátrico, CAPS, unidades básicas, que buscam uma interligação entre os serviços para melhorar a forma de resolver as questões dos usuários e assim criar uma rede atenção e apoio”. (E2-Técnico em Saúde Mental)</b>	Rede de serviços(...) (...)cuidado e atenção(...) (...)apoio entre os vários setores(...) (...) rede de saúde mental(...)	Rede Cuidado Apoio
<b>“É a rede que acolhe, antes ou depois de o paciente frequentar o CAPS. Faz as primeiras escutas, inclui no serviço, direciona o paciente com déficits na saúde mental a começar e manter o tratamento”. (E3-Psicólogo)</b>	Rede que acolhe, antes ou depois de o paciente frequentar o CAPS. Faz as primeiras escutas, inclui no serviço, direciona(...)	Acolhimento Escuta Direcionamento
<b>“Um serviço que vem acolher a demanda ou de certa forma contribuir com a rede para pessoa com algum tipo de dificuldade mental-intelectual”. (E4-Agente Comunitário de Saúde)</b>	Serviço que vem acolher a demanda(...)	Acolhimento
<b>“É o conjunto dos trabalhos realizados por todos os profissionais que atuam na saúde mental: CAPS AD; CAPSi; Acolhimento da Kiss; Psiquiatria do HUSM, todos interligados com um objetivo comum”. (E5-Técnico de Enfermagem)</b>	Conjunto dos trabalhos realizados por todos(...) (...)interligados com um objetivo comum.	Conjunto Interligação
<b>“Comunicação e discussão entre serviço especializado e atenção básica”. (E6-Enfermeiro)</b>	Comunicação e discussão entre serviço	Comunicação Discussão

A segunda etapa foi a partir do quadro (A) a elaboração do quadro analítico (B) composto com os verbetes (temas sínteses) resultantes do processo de filtragem do quadro A, seguido do comparativo com os conceitos provenientes dos autores referenciados, permitindo a elaboração de uma análise descritiva do material coletado, conforme a seguir:

### Quadro B

Verbetes (temas sínteses), autores e conceito.

(Ordem de Preenchimento: da esquerda para a direita)

VERBETE	AUTOR	CONCEITO
<b>INTERLIGAÇÃO</b>	BUENO, F.S (2007)	“Ligar coisas entre si”.
	JOSÉ N. F. D. JÚNIOR	“A interligação é a ligação em paralelo de duas ou mais centrais, com o fim de alimentarem em conjunto uma rede comum [...]”.
<b>REDE</b>	BRASIL (2010)	“As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.
	MENDES, E.V. (2011)	“As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população [...]”
<b>CUIDADO</b>	BOFF, L. (2005)	“Cuidado, pois, por sua própria natureza,, inclui duas significações básicas intimamente ligadas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos senti-

		<i>mos envolvidos e afetivamente ligados ao outro”.</i>
	LEITÃO, G.C.M.; ALMEIDA, D. T. (2000)	<i>“é um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui obstáculo e assegurar a continuidade da vida”.</i>
<b>APOIO</b>	BUENO, F.S. (2007)	<i>“base, sustentáculo, proteção e auxílio”.</i>
	CAMPOS, G.W.S. (2003)	<i>“Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem é apoio sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro. Sendo, em consequência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo junto e ao mesmo tempo”.</i>
<b>ACOLHIMENTO</b>	FERREIRA, A.B.H (2004)	<i>“acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a”.</i>
	BRASIL (2006)	<i>“Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.</i>
<b>ESCUITA</b>	BRASIL (2006)	<i>“escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário”.</i>
	FREIRE, P. (2011)	<i>“Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala”.</i>
<b>DIRECIONAMENTO</b>	Não foi encontrado na literatura	
	FERREIRA, A.B.H (2004)	<i>Está relacionada à direção, que significa: “Lado para onde alguém se dirige; rumo”.</i>
<b>CONJUNTO</b>	BUENO, F.S (2007)	<i>“Adjetivo: ligado; junto simultaneamente; anexo. Substantivo masculino: complexo; reunião das partes que formam um todo”.</i>
<b>COMUNICAÇÃO</b>	PAULO, F. (2006)	<i>“Comunicação é a co-participação dos sujeitos no ato de pensar (...) ela implica uma reciprocidade que não pode ser rompida (...) comunicação é diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.</i>
	SCHIAVO (2007)  Apud LOPES (2009)	<i>“A comunicação em saúde é uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informações de saúde como objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, decisores políticos e público, a fim de defender, introduzir, adaptar ou manter uma conduta, prática ou política que tem como objetivo melhorar os resultados de saúde”.</i>
<b>DISCUSSÃO</b>	FERREIRA, A.B.H (2004)	<i>“O ato de discutir. / Investigação da verdade pelo exame de razões e provas que se oferecem pró e contra. / Questão, polêmica, controvérsia, debate”.</i>

Após as etapas anteriormente descritas, ocorreu o processo final de análise e discussão; onde foram analisados comparativamente o quadro A (com os verbetes encontrados nos recortes textuais), buscando as associações mais próximas da realidade dos sujeitos pesquisados, com o quadro B (com os conceitos adotados

pelos autores referenciados nesse trabalho), levando em consideração as políticas e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS).

Desta forma o quadro acima, ao trazer a fala do entrevistado (A1), exibiu o verbete INTERLIGAÇÃO; o qual, segundo o Mini Dicionário Silveira Bueno (2007) significa ligar coisas entre si.

Corroborando com o conceito sobre o verbete interligação, Ferreira Dias Júnior (1966) diz que: “A interligação é a ligação em paralelo de duas ou mais centrais, com o fim de alimentarem em conjunto uma rede comum [...]”.

No âmbito das comunicações, autores como Kurose & Ross (2003) discorrem que o conceito característico da Interligação aplica-se, também, quando dois operadores se interligam fisicamente de modo a consentir que os seus clientes se comuniquem. Nesse sentido, é ligação por uma ou várias linhas entre duas ou mais redes, ligação física e lógica de redes de telecomunicações utilizadas por um mesmo ou diferentes operadores por forma a permitir o acesso e as comunicações entre os diferentes utilizadores dos serviços prestados.

Diante do exposto é possível salientar que interligação pode significar também: conexão, contato, proximidade e comunicação, atividades que permeiam relações.

Já na proposta do o entrevistado A2, emerge o conceito de REDE, compreende a rede por meio dos verbetes: REDE, CUIDADO E APOIO.

Santos (1997) aborda o conceito de rede sob duas perspectivas: a que leva em consideração a realidade material, e outra que leva em conta igualmente o elemento social. A rede analisada sob o aspecto material refere-se à base que comporta o transporte de matéria, energia ou informação (rede técnica), enquanto que a rede avaliada a partir de uma perspectiva social (rede social) refere-se às pessoas, mensagens e valores que se utilizam desta infraestrutura.

O conceito de rede, ao longo dos tempos, por assimilação analógica, passou a indicar uma quantidade de nós (conexões) concretos ou abstratos, interligados por relações de vários tipos. Atualmente, o conceito de rede está relacionado a várias disciplinas, como a engenharia, informática, sociologia, saúde, entre outras.

Na área da Saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 4279 de 2010 entende rede como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Ainda sobre rede, Mendes (2011) descreve que:

São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população [...]. (MENDES, 2011, p. 82)

No que se refere ao tema cuidado Boff (2005) expõe que:

“Cuidado, pois, por sua própria natureza,, inclui duas significações básicas intimamente ligadas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro”. (BOFF, 2005, p.29)

Já para os autores Leitão & Almeida (2000. p. 81), cuidado “é um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui obstáculo e assegurar a continuidade da vida”. Nesta perspectiva, cuidado está constantemente presente na vida dos sujeitos, uma vez que eles sempre deverão manter algum tipo de zelo por alguém e o não envolvimento sugeriria na negligência e relaxamento pela vida do outro (BOFF, 2005).

O tema apoio, conforme o minidicionário Silveira Bueno (2007), significa base, sustentáculo, proteção e auxílio.

Na metodologia Paidéia, Campos (2003. p.87) refere-se: “O Apoio é uma postura que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder”. Esse mesmo autor acrescenta:

Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem é apoio sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro. Sendo, em consequência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo junto e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2003, p.87)

Em vista disso, presume-se que apoio é de grande relevância para nosso bem-estar; independentemente de quais relações se sobrevém; ou qual a sua abrangência, pois se entende como um ânimo externo que vem para somar forças na tentativa de sustentar algo.

Na representação do entrevistado (E3), este expôs a sua compreensão sobre o que é rede de atenção à saúde mental da seguinte forma: “*Rede que acolhe, antes ou depois de o paciente frequentar o CAPS. “Faz as primeiras escutas, inclui no serviço, direciona (...)*”. Tal exposição levou-nos a identificar três temas sínteses a seguir: acolhimento, escuta e direcionamento.

De acordo com Ferreira (2004), acolher significa dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a.

Vasconcelos et al. (2009), definem acolhimento como ação de ouvir com atenção, admitir a demanda do usuário como legítima, levando em conta o que ele revela, seja qual for o modo de comunicação e, dar uma retorno.

O Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS define o acolhimento como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2006, p.35).

Diante do exposto, entende-se que a ação de acolher implica na escuta; assim como, a escuta está relacionada ao acolhimento, conforme apresenta a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, em sua cartilha como material de apoio: “*escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário*”. (p.39)

Na perspectiva Freireana da Pedagogia da autonomia,

Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. (FREIRE, 2011, p. 75).

Neste contexto, mesmo que existam diferenças entre a educação e a saúde, o ato da escuta é utilizado por estas no enfoque do acolhimento. Assim, percebe-se que a escuta é a base de toda e qualquer assistência independente da área do saber.

Diante do que foi exposto, seria pertinente depreender que escutar não é ouvir. Ouvir é do campo dos sentidos e escutar é do campo da significação das coisas, é individual, complexo, é singular. Na maioria das vezes é “sem áudio”, escuta-se o não dito, o gesto, a atuação. Escutar exige treino, autoconhecimento e ciência do outro.

Quanto à expressão direcionamento, não foi encontrado na literatura um conceito exclusivo para o tema. Há várias expressões como “direcionamento estra-

tégico”, “direcionamento de custos”, entre outros conceitos que não se adaptam a proposta desta pesquisa; porém, de um modo habitual, está relacionada à direção, esta, conforme Ferreira (2004) significa lado para onde alguém se dirige; rumo.

Conforme quadro B, acima, na manifestação do entrevistado A4 percebemos que a palavra acolhimento se apresenta mais uma vez; assim como expôs o A3 e, sobre a qual já fizemos um exame.

Nos recortes da fala do entrevistado A5 foram detectados dois vocábulos: INTERLIGAÇÃO, já considerado nesta pesquisa, e “CONJUNTO” que de acordo com Bueno (2007), assim como, representa um adjetivo que significa ligado; junto simultaneamente; anexo; também denota um substantivo masculino com o significado de complexo; reunião das partes que formam um todo.

E, finalmente o entrevistado (E6) que expõe os temas “comunicação” e “discussão”.

Paulo Freire formou seu conceito genérico e mais objetivo de comunicação em 1971; e, fala que:

Comunicação é a co-participação dos sujeitos no ato de pensar (...) ela implica uma reciprocidade que não pode ser rompida (...) comunicação é diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.(FREIRE, 2006, p.66).

Ainda Ibid. (2011) fala que a opinião de que todos somos transformadores do mundo, provocando reflexões acerca da importância da comunicação e da conexão entre as coisas.

Schiavo (2007) apud Lopes (2009) apresentou uma noção de comunicação abrangente:

A comunicação em saúde é uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informações de saúde como objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, decisores políticos e público, a fim de defender, introduzir, adaptar ou manter uma conduta, prática ou política que tem como objetivo melhorar os resultados de saúde. (LOPES, 2009, p.76)

Diante disto, entendemos e nos referimos à comunicação como processo de informações que ocorre por meio de símbolos em que o receptor precisa entender a mensagem do emissor, de forma que o diálogo se estabeleça e possam deliberar sobre algo.

Ao consultarmos sobre o tópico discussão verificamos que não existem produções literárias que contemplem o seu conceito; ele apenas surge em seu legítimo

e simples sentido como consta no Dicionário Aurélio, Ferreira (2007): “*substantivo feminino. O ato de discutir. / Investigação da verdade pelo exame de razões e provas que se oferecem pró e contra. / Questão, polêmica, controvérsia, debate*”.

Diante do conjunto de quadros com o material apresentado até aqui, foi organizada, a seguir, uma síntese descritiva, apresentando de forma compacta a visão geral do que foi expresso pelos entrevistados, seguido de um quadro com diferentes conceitos de rede formulados pelos autores selecionados para a composição do quadro representacional.

Tal artifício permitirá uma maior visibilidade e abrangência na análise do estudo, como segue. No recorte temporal compreendido entre os meses de abril a maio de 2014, os profissionais, público pesquisado, entendiam que REDE é:

ENTREVISTADO	CONCEITO
E(1)	<i>“Todos os serviços especializados em saúde mental atuando interligado [...]”</i>
E(2)	<i>“rede de serviços voltados ao cuidado e atenção [...] apoio entre os vários setores que envolvem a rede de saúde mental [...] rede atenção e apoio”</i>
E(3)	<i>“rede que acolhe, antes ou depois de o paciente frequentar o CAPS. Faz as primeiras escutas, inclui no serviço, direciona [...]”</i>
E(4)	<i>“Um serviço que vem acolher a demanda [...]”</i>
E(5)	<i>“É o conjunto dos trabalhos realizados por todos [...] todos interligados com um objetivo comum”.</i>
E(6)	<i>“Comunicação e discussão entre serviço [...]”.</i>

Já os autores consultados do quadro abaixo propõem que REDE é:

AUTOR	CONCEITO
<b>BRASIL. Ministério da Saúde Portaria 4279/2010</b>	<i>“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.</i>
<b>MENDES, E.V. (2011)</b>	<i>“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.</i>
<b>CASTELLS, M.A (2000)</b>	<i>“novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”.</i>
<b>KUSCHNIR, R. et al. (2011)</b>	<i>“uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população”. (p.123)</i>



Ao analisarmos os conceitos adotados pelos autores com os depoimentos dos profissionais pesquisados percebemos que todos os verbetes, encontrados nos discursos dos entrevistados, são como fios que se entrelaçam e se prendem em laços densos e sucintos que tecem a rede do contexto desta pesquisa.

No ACOLHIMENTO, se ESCUTA, se dialoga; por meio desse diálogo/ COMUNICAÇÃO, faz-se a DISCUSSÃO e, busca-se o APOIO e a INTERLIGAÇÃO com a REDE; e, em CONJUNTO se faz o DIRECIONAMENTO do CUIDADO; sobre o qual, nos fala Souza et al. (2006. p.42): “Todo cuidado é uma espécie de artesanato: não pode ser feito em série. Trata-se de um laço singular que se tece um a um, sem exceção”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente investigação não teve como pretensão esgotar os limites da interpretação dos conceitos dos profissionais sobre cada tema, porém sendo possível perceber como esses profissionais compreendem a rede de atenção à saúde mental, avaliando o que existe e o que encontra-se em processo de construção, com possíveis aberturas para as inovações.

Considerando que todas as ações de saúde ocorreram a partir de encontros entre profissionais e desses com os usuários, isto é, por meio de uma conexão dialógica, onde uns, os fios da rede se encontram entrelaçando e produzindo novos contornos, possibilitando que de forma partilhada seja possível oferecer assistência e acompanhando na resolução das demandas dos sujeitos em situação de sofrimento mental.

Considerando que os conceitos em saúde são dinâmicos e sofrem também, a influência direta das constantes mudanças sócio, econômica e políticas brasileiras, estando em transformação constante, para atender as necessidades emergentes dos diferentes sujeitos.

Ao encontrar as “palavras-fio” interligação, rede, cuidado, apoio, acolhimento e escuta, estas e outras palavras (verbetes) as quais fizeram a tessitura para a composição dos quadros analíticos estudados, estas “palavras-fio” traduziriam os entrelaçamentos existentes no cotidiano dos trabalhadores da saúde mental e atenção básica(?), seriam elas, talvez as pistas para a constituição e efetivação da rede de serviços de saúde da cidade de Santa Maria?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde em Debate**. 45: 43-46, dez. 1994.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. In: **Revista Inclusão Social**. Brasília, Vol. 1, Nº 1 (2005): 28-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488** de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/.../2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3088** 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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria 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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília, DF, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf)

BUENO, Francisco da Silveira. **Silveira Bueno: minidicionário da língua portuguesa**. Ed. rev. e atual. São Paulo: FTD, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed Hucitec; 2003. 185p.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra. Volume I, 4ª edição, 2000.

DILTHEY, W. **Teoria das Concepções de Mundo**. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1992.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio**. 6ª ed. Curitiba: Editora Positivo, 2004.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?**. 13ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. (O Mundo Hoje, v.24).

\_\_\_\_\_, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ª. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

José Nascimento Ferreira Dias Júnior. In: **Interligação**: revista do Clube de Pessoal da Companhia Nacional de Electricidade. Lisboa, 1966-1969. Disponível em [http://wikienergia.com/~edp/index.php?title=Interliga%C3%A7%C3%A3o\\_\(artigo\)](http://wikienergia.com/~edp/index.php?title=Interliga%C3%A7%C3%A3o_(artigo))

KISSE, E.H.S. O conceito de hermenêutica e sua aplicação no pensamento de W. Dilthey. **Revista Litteris nº 10** – setembro 2012. Filosofia. Ano 4.

KUROSE, J. F.; ROSS, K. W. **Redes de Computadores e a Internet**: uma nova abordagem. Tradução de Arlete Simille Marques. São Paulo: Addison Wesley, 2003. cap. 6, p. 377-440.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.121-151. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_484701327.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf)

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 13, nº. 1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

LOPES, M.H.B.M. Resenha. Health Communication: from theory to practice. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.76-78, jun., 2009.

MENDES, E.V. **Redes de Atenção à Saúde**. 2ª Ed. Brasília, DF, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANTOS, M. **A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SOUZA, M.E.A. (Orgs.) A Organização da Assistência em Saúde Mental in: **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17ª ed. São Paulo: Cortez. 2009.

TORRES, E. F. As perspectivas de acesso ao Ensino Superior de Jovens e Adultos da Educação Especial. 2002. 197p. **Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção**, UFSC. Florianópolis, 2002.

UFSM. **Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses- MDT**. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. 8ªed. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2012. 74p.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica em Saúde**: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e co-

munidade. “Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família”. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Editora UFMG; 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>