

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE**  
**MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**O TRABALHO EM REDE: A INTERFACE ENTRE A SAÚDE MENTAL**  
**INFANTOJUVENIL E A ESCOLA.**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**THATIANE VEIGA SIQUEIRA**

**SANTA MARIA,RS BRASIL**

**2015**

# **O TRABALHO EM REDE: A INTERFACE ENTRE A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E A ESCOLA.**

**Thatiane Veiga Siqueira**

Monografia apresentada no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Saúde Mental.**

**Orientador: Dr. Jairo da Luz Oliveira**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015.**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de  
Saúde**

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o artigo de especialização.

**O TRABALHO EM REDE: A INTERFACE ENTRE A SAÚDE MENTAL  
INFANTOJUVENIL E A ESCOLA.**

Elaborado por:

**Thatiane Veiga Siqueira**

Como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Saúde Mental**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Jairo da Luz Oliveira, Dr.**

(Presidente/Orientador)

**Inês Oliveira Jacques, M<sup>a</sup>.**

**Zelir Terezinha Valvassori Bittencourt, Esp<sup>a</sup>.**

**Santa Maria, 16 de março de 2015.**

## RESUMO

Este artigo apresenta a pesquisa realizada em um Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPS i) no município de Santa Maria/RS. Teve como objetivo de compreender o entendimento que os trabalhadores da rede de cuidado infantojuvenil em Saúde Mental possuem sobre o trabalho em rede, para a resolução das demandas oriundas deste segmento populacional mais especificamente a relação destes com a escola. Para tal foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva, sendo utilizadas entrevistas semiestruturadas para coleta de dados com uma amostra de oito profissionais de dez que se disponibilizaram a participar das entrevistas. Para a análise e interpretação destes dados foi utilizado o método de sistematização da prática da outra Gagneten que se baseia em sete fases que são: Reconstrução, Análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão, elaboração de propostas. Mostrou-se, a partir dos dados coletados, que a maioria dos profissionais entrevistados possui conhecimento dos serviços que podem compor esta rede, mas todos afirmam que ela ainda está em processo de articulação. Ficou evidente que a comunicação entre os diferentes atores que podem compor esta rede ainda não é efetiva, fazendo com que o trabalho siga a lógica de encaminhamentos e não de corresponsabilização de casos. No que tange a educação percebeu-se pouca articulação entre o trabalho da equipe pesquisada e este setor. Deste modo foi possível identificar que é preciso ampliar as discussões acerca desta temática nesta equipe de modo a fortalecer o trabalho em rede a partir das construções que já existem tendo como objetivo a maior resolutividade dos casos de saúde mental infantojuvenil.

**Palavras-chave:** saúde mental, infanto-juvenil, centro de atenção psicossocial, redes de atenção à saúde, escola.

## INTRODUÇÃO

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil vem se desencadeando, desde a década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e com a reivindicação de familiares e usuários na busca por melhores condições de cuidado. Porém foi apenas em 2001 que a Lei nº 10.216, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental (SM), assegurando os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). Ela visa à organização de uma rede de dispositivos de atenção ao usuário da saúde mental no seu território, a desinstitucionalização daqueles que estavam em internações de longa permanência e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

O termo rede é bastante utilizado no campo da saúde e geralmente é empregado para designar a rede homogênea composta pelos serviços de saúde semelhantes, como a rede básica de saúde, rede hospitalar, rede de saúde mental, etc. Porém, para afirmar os princípios do SUS, é imprescindível a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. Por mais complexo que seja um serviço de saúde ele não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2012).

Cada vez mais se percebe a necessidade de incluir novos integrantes nesta rede, principalmente quando se pensa na diversidade dos sujeitos e comunidades. Assim um tipo de rede vem ocupando o lugar de novidade na saúde. A rede transversal, um tipo de rede heterogênea, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território (BRASIL, 2012).

Deste modo este estudo, a partir de um olhar multiprofissional, atenta para o entendimento que os trabalhadores da rede de cuidado infantojuvenil em Saúde Mental possuem sobre o trabalho em rede, para a resolução das demandas oriundas deste segmento populacional, mais especificamente na relação com a escola.

A escolha pela relação com a escola se deu a partir do contato mais intenso com estas instituições durante a inserção da residente na estratégia de Apoio Escolar, desenvolvida em parceria com as escolas municipais no ano de 2014, com o intuito de discutir os casos compartilhados entre o CAPS e as instituições municipais de ensino. Esta parceria evidenciou

a interdependência entre saúde e educação, a fragilidade dos laços entre elas e a necessidade de uma rede articulada para buscar a resolutividade destes casos compartilhados.

## **METODOLOGIA**

O universo da presente pesquisa foi de uma amostra de profissionais concursados e residentes multiprofissionais que trabalham em um centro de atenção psicossocial infantil, que atendem crianças e adolescentes com transtornos graves e severos, no município de Santa Maria/ RS. Diante dos treze profissionais convidados para participar da pesquisa, dez se disponibilizaram a realizar as entrevistas e oito participaram efetivamente, sendo este o total da amostra.

O perfil dos profissionais entrevistados variou quanto ao sexo, apenas um é do sexo masculino, os demais são do sexo feminino. A faixa etária se encontra entre os profissionais com no mínimo de 29 e máximo de 50 anos, sendo que a maioria encontra-se na faixa etária entre os 32 a 39 anos.

O tempo de atuação dos entrevistados no CAPSi oscila, sendo que a atuação mínima foi de 08 meses e a máxima 06 anos de experiência no serviço. Em relação aos cargos dos profissionais, um deles está ocupando cargo de nível médio (Técnico em Saúde Mental), o restante possui nível superior, sendo uma equipe multiprofissional composta por Fonoaudiólogo (a), Psicólogo (a), Enfermeiro (a), Terapeuta Ocupacional, Educador (a) Físico, Médico(a) e Assistente Social.

Na realização deste estudo, utilizamos a pesquisa qualitativa, tendo como objetivo principal aprofundar a análise de significados vividos no trabalho dos sujeitos entrevistados, não priorizou conhecer sua expressão quantificada.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1996, p.21).

Esta pesquisa foi iniciada a partir de um estudo preliminar, o qual constatou a fragilidade da rede ocasionando a falta de compartilhamento de informações entre os sujeitos envolvidos, como usuários, familiares, comunidade e profissionais. Demanda esta identificada durante as reflexões entre as residentes e que fizera surgir o interesse nos processos de trabalho e na compreensão sobre o entendimento que a equipe do CAPS i possuía sobre o trabalho em rede na saúde infantil e juvenil. A participação na pesquisa deu-se através de convite

aos profissionais, onde foi relatado a intencionalidade de compreender o entendimento que os mesmos possuem a cerca da rede cuidado infantojuvenil em Saúde Mental. Possibilitando conhecer, por meio de entrevistas, um rico universo de significados vividos através das interlocuções estabelecidas no cotidiano da prática interventiva entre usuários, instituições e políticas sociais. Martinelli (1994) aponta alguns pressupostos em uma pesquisa qualitativa:

Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. Cada pesquisa é única, pois se o sujeito é singular, conhecê-lo significa ouvi-lo, escutá-lo, permitir-lhe que se revele. E onde o sujeito se revela? No discurso e na ação. Assim se a pesquisa pretende ser qualitativa e pretende conhecer o sujeito, precisa ir exatamente ao sujeito, ao contexto em que vive sua vida. Como decorrência disso o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito... o modo como esse sujeito constrói e vive sua vida. Envolve, portanto, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas. Isso nos remete ao terceiro pressuposto que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social. (MARTINELLI, 1994, p.14).

Ao analisarmos estes pressupostos citados pela autora, percebemos que o primeiro realmente nos permite reconhecer quem são os profissionais entrevistados, sua singularidade, seu modo de ser e de trabalhar, poder ouvi-lo e permitir que ele se revele. No segundo pressuposto que a pesquisa qualitativa apresenta, podemos também reconhecer a experiência social vivida por ele neste contexto de trabalho, o seu modo de construir e vivenciar esta sua profissão, pois vivemos parte de nossas vidas o mundo do trabalho, e mais particularmente no processo de trabalho. E o terceiro pressuposto cabe aqui reafirmarmos com a autora fazendo a mesma analogia: “o modo de vida do sujeito, pressupõe o conhecimento de sua experiência social” (MARTINELLI, 1994, P.14).

O reconhecimento do cotidiano profissional em foco representa uma rica oportunidade de aprofundar significados, vivências e contradições sociais experienciadas nestes espaços socioocupacionais que representam relações microsociais. Entendemos que também, através das políticas sociais, desenvolvem-se as ações diretas, ou microações com a população usuária que procura os serviços de saúde mental, fazendo com que as políticas sociais se tornem presentes na vida das pessoas. O desafio maior consiste em olharmos as particularidades dos diferentes processos de trabalho e identificarmos a sua relação direta com a realidade social estabelecida por uma mediação cotidiana pautada, reafirmamos em valores morais estabelecidos através de uma conduta ética. Frente a essa contextualização, apresentamos como problema de nossa pesquisa a seguinte indagação: Qual a percepção que os profissionais que compõem a rede de cuidado infantojuvenil possuem acerca do trabalho em rede na Saúde Mental no município de Santa Maria/RS para resolução das demandas? Sob tal perspectiva, para aprofundarmos nossos estudos, formulamos os seguintes objetivos:

conhecer a capacidade resolutive do trabalho em rede do CAPSi; verificar os benefícios do apoio que as redes oferecem para o plano terapêutico estabelecido pelo técnico junto ao usuário; desvendar junto aos técnicos se a concepção do PTS (Plano Terapêutico Singular) é pensada na lógica de rede.

Para tanto, “(...) a abordagem qualitativa aprofunda-se em um universo de significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não computável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO,1996, p. 22). Tal abordagem permite uma maior aproximação do entrevistador com o fenômeno, ou com o objeto em estudo e, também, favorece uma maior compreensão da parte no conjunto da totalidade. As ações de entrevistar devem ser realizadas no ambiente natural, dentro do contexto em que a vida se situa, permitindo ao entrevistador alguma liberdade em conduzir a entrevista segundo as informações oferecidas. As respostas devem ser analisadas por um procedimento apropriado às informações qualitativas devidamente especificadas.

## **ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Para a análise e interpretação das informações coletadas as entrevistas foram previamente transcritas, como já mencionamos, adotamos, então o método de sistematização da prática da outra Gagneten (1987, p. 69-106). É importante mencionarmos que este mencionamos que este método de análise de conteúdo está embasado na abordagem que sustenta a presente pesquisa, objetivando apontar as contradições que surgem na realidade. O método apresenta-se em etapas que não são estanques, fechadas, indicando diferentes fases de um mesmo processo e ordenado a prática do presente estudo. A seguir, descrevemos a colocação de cada fase do método a sua devida adaptação por trata-se um trabalho de pesquisa.

O Método se baseia em sete fases que são: Reconstrução, Análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão, elaboração de propostas. Que foram seguidas no decorrer das transcrições das entrevistas.

**Reconstrução:** Centra-se no processo vivido durante a pesquisa, leitura atenta das respostas obtidas.

**Análise:** Observação da existência das tensões e contradições que permeiam a vida dos sujeitos entrevistados.



Interpretação: Sistematização de diferentes temáticas, composição do todo através das partes, sendo comum da realidade.

Conceitualização: Formação de ideias teóricas em relação aos elementos percebidos e observados no processo.

Generalização: Consiste em extrair o universal do particular. Distintas conceitualizações prévias.

Conclusão: Concluir é pôr término aos objetivos propostos pela pesquisa, significa estabelecer uma relação objetiva do texto e contexto. Elaboração de Propostas: Para elaboração de propostas tem-se como base todo o trabalho realizado nas fases anteriores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após a reconstrução, a análise e a interpretação dos dados chegamos ao denominador de três categorias que contextualizam a realidade estudada através de nossa pesquisa, são elas: A Comunicação, a Corresponsabilização, o Conflito e a articulação em rede.

O SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros. Dentro do contexto das Redes de Saúde Mental o conceito de corresponsabilização se enquadra em todos os eixos, pois ele define responsabilidade compartilhada entre duas ou mais pessoas ou agentes, qualidade de quem é responsável juntamente com outra ou outras pessoas. (Dicionário online, 2015).

Já no âmbito da saúde, o termo é utilizado como uma ferramenta, como o acolhimento e o vínculo, para subsidiar as recentes mudanças na forma de cuidado com o usuário do Sistema Único de Saúde. Perfazendo todos os cenários da saúde, a corresponsabilização se enquadra nas tecnologias leves utilizadas na saúde e a prática cotidiana dos serviços, deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática pode ser fundamentada juntamente com o acolhimento, o diálogo, o vínculo e a escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Englobando o princípio da integralidade que deve estar presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde. (JORGE et.al, 2011).

Diante disso, realizamos questionamentos a cerca do trabalho em rede partindo do pressuposto de um trabalho conjunto de cuidado e corresponsabilização, que deveria levar a termo todo o processo, não ficando somente no plano terapêutico e de encaminhamentos. Na maioria das falas, há o argumento da perda do “contato” com o usuário pertencente ou que já foi usuário do serviço, este sentido de corresponsabilização ou a sua ausência, aparece na fala do Entrevistado C que afirma:

“(...) Claro como eu te disse anteriormente, eu acho que ainda falta a gente da esse segmento, ta, encaminhou pra rede, pensou o plano terapêutico com a rede, ta decidi o que vai ser feito, isso sim eu consigo fazer. O que a gente perde muito é se realmente teve resolução, se o caso ta sendo...se ta andando né...”(Ent.C<sup>1</sup>)

A corresponsabilização é uma parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde para a melhoria da qualidade de vida do usuário da saúde mental. Quando isso não ocorre, relatado na fala do profissional acima, não se tem o conhecimento se o usuário está recebendo os cuidados indicados pela outra parte da rede, e muito menos se ele necessita do cuidado da equipe do CAPSi para continuação de sua terapêutica, assim e a corresponsabilização não se efetiva no cuidado do usuário.

Para o tratamento ser realizado de uma forma eficaz e em rede integrada, forte onde se estabelece uma corresponsabilização entre os profissionais, se faz necessário este sentido mútuo de responsabilidade. Há utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilitando a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde, favorecendo os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva, mas é necessário este compromisso mútuo. Coordenar um PTS exige disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias. Neste sentido, é relevante pensarmos em se realizar a distribuição dos casos complexos entre os diversos trabalhadores, de maneira a evitar sobrecarregar aqueles mais disponíveis e sensíveis com os problemas de Saúde Mental. O que não está ocorrendo devido estar o caso ser de responsabilidade apenas de um serviço, e perdendo os conceitos e o que deve ser realizado em um trabalho em Rede e do PTS do usuário.(BRASIL, 2008)

Nesse outro ponto a corresponsabilização se apresenta como integrante na resolutividade para o usuário na construção de seu PTS junto a rede de saúde mental existente. A maioria dos entrevistados acredita que seja resolutiva para o usuário, o PTS, mas como a forma de uma rede funcional, com demonstrado na fala a seguir: “... eu acredito que o contato seja feito, mas que não se dá a continuidade deste, não se há uma troca, parece que o serviço recebe, mas ele não se conversam entre si.”(Ent. G)

---

<sup>1</sup> Por questões éticas os nomes foram substituídos por letras para preservar a identidade dos entrevistados.

Dentro da análise, constatamos que conceitos preconizados no SUS, como seus princípios e dispositivos atuais de busca pela autonomia do usuário, como o PTS, não são bem compreendidos pelos profissionais. Quando questionados, afirmam que funcionam, mas suas justificativas não condizem com as teorias preconizadas.

Aliado, a esses elementos, quando questionados sobre funcionalidade e resolutividade do PTS do usuário na rede junto ao cuidado corresponsabilizado do serviço, surge o elemento da culpabilização mútua com os outros serviços para não se ter um PTS efetivo e um trabalho em rede. “(...)ta a gente encaminha para o CRAS né, vamos supor passou alguns meses, eles também não nos informam se estão precisando da nossa ajuda, se o paciente precisa retornar pra cá, e o contrário também, a gente acaba não fazendo esse contato (...)” (Ent.P).

Nessa perspectiva, apresenta-se que os profissionais não tem entendimento sobre o conceito de corresponsabilização do cuidado em uma rede de saúde mental infantojuvenil, pois além de relatar da falta de continuidade e de comunicação, a ainda há o julgamento de que outros serviços não realizam o trabalho proposto, como o CAPSi, por isso não se efetiva esse cuidado corresponsabilizado.

Para avançar na efetivação da pretendida corresponsabilidade no cuidado, seria recomendável apostar na implementação dos seguintes dispositivos propostos pela PNH: a ampliação do diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população, e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção; a implementação de sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde (Brasil, 2006). Abaixo apresentaremos uma importante categoria que emergiu da realidade estudada através da pesquisa que é o sentido que os profissionais dão a rede, estabelecendo um conflito de entendimento e na forma como interpretam e trabalham para o estabelecimento ou não de uma rede articulada, forte.

## **CONFLITO**

A partir dos dados coletados, as afirmações mostram-se conflituosas, às vezes os profissionais consideram que a rede é articulada e integrada, às vezes só articulada, contudo, não fazendo distinção dos conceitos expostos, gerando um certo conflito uma certa

contradição de entendimento. Sabemos que uma rede de serviços configura-se como articulada e integrada não podendo ser fragmentada. A Rede Articulada e Integrada é entendida por um conjunto de dispositivos pertencentes à rede de atenção a saúde que juntos trabalham na perspectiva da resolutividade e integralidade do cuidado.

A articulação é referente à coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária). O objetivo é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. É a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única. (Ministério da Saúde. Brasília, 2012).

Percebemos em diversas falas que o entendimento dos profissionais sobre a rede de cuidados se contradiz, como na fala a seguir do entrevistado J, “não vejo muito integrada, há seis anos que *tô* no CAPS e essa rede nunca flui como deveria *né* a gente sempre tem entraves assim para encaminhar, pra circular, então a pergunta seria se ela tá integrada permanente? Acho que não *né*, acho que é complicado é truncado assim ela”. A fala nos deixa claro que o entendimento dos profissionais sobre a rede de cuidado não condiz com a teoria a cerca dos preceitos estabelecidos pelo SUS, como na fala do entrevistado que está no trabalho a alguns anos e não tem um conceito definido de rede, não enxerga essa rede de cuidados integral, nem com a experiência no serviço e com a prática de trabalho em rede, não se consegue identificar que o profissional tenha claro o compartilhamento do cuidado independente da prática dos outros serviços.

A desorientação, a dissociação entre a percepção que temos de nós mesmos e do meio ao nosso redor, gera mal-estar e, conseqüentemente, conflito de entendimento gerando muitas contradições. Do mesmo modo, os processos de mudança, a injustiça social, os sistemas sociais violentos e muito competitivos, a falta de liberdade, a ausência de comunicação ou as deficiências que nela se produzem, as situações de desastre e de crise aguda, e a desorganização podem gerar processos conflituais. (CANIGLIA, 2005).

Outra fala que evidencia estas contradições conflituosas é a do entrevistado L que diz: “Eu acho que os processos de rede falando de instituição CAPSi ainda são muito fragilizados, eu acredito que as pessoas saibam do conceito, mas não sabem como *tá* articulando ou organizando *né* esses serviços para que eles deem conta das necessidades do usuário, então acho que é uma perspectiva que ainda *tá*em processo de construção, ela não existe ainda”.

Com base nos relatos que evidenciam a divergência do que vem a ser o serviço e a instituição dos dispositivos da rede, temos fala do entrevistado M:

“Então eu acho a ESF sim, UPA sim, o PA, CREAS, CRAS, conselho tutelar, SMED e FICAI, acho que todos esses são reconhecidos né e ajudam no suprimento das demandas de todos os usuários assim né, cada um fazendo sua parte integram a rede e se todos funcionassem seriam assim né melhor”.

Fica explícito na fala acima a falta de entendimento dos profissionais, visto que não existe no pleno conhecimento do que vem a ser a linha de cuidado integral do usuário, que se configura como forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde.

Diante do exposto percebido nas falas, salienta-se que os profissionais devem ser os facilitadores de uma rede viva, articulada, integrada e que proponha o cuidado integral ao usuário; que seja expressada a partir de fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas demandas, pensada na lógica de atendimento dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede. A Linha do Cuidado Integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação. No mesmo percurso de nossas reflexões apresentaremos a seguir a categoria comunicação que possui sentido de extrema relevância para o funcionamento daquilo que se entende por rede orgânica, rede social efetiva.

## **COMUNICAÇÃO**

Para a efetivação da integralidade no campo da saúde é importante que os atores envolvidos desenvolvam modos de comunicação efetivos entre si, para além da lógica usual dos encaminhamentos e protocolos, mas de através da lógica de corresponsabilização de quem possui um projeto (clínico) coletivo. Franco (2006) considera que no trabalho em saúde os profissionais abrem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. A rede por sua vez se forma através dessas conexões que se estabelecem no ambiente de trabalho. Para ele este processo revela que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral e que não se tem uma auto-suficiência no trabalho em saúde, nenhum profissional pode dar conta sozinho de realizar um projeto

terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. Esta ideia de rede, como espaço constituído de conexões entre pessoas, fica evidente na fala deste entrevistado: “Eu acho que a rede (pausa), como ela feita de pessoas (pausa), então tem pessoas que a gente consegue até fazer, mas quando sai aquela pessoa a rede não se permanece, porque a rede é viva.” (Ent. X)

Nesta fala podemos ainda perceber que pelo caráter pessoalizado da rede, esta se configura pela disposição ou não da pessoa/profissional de compô-la. Fica evidente que cada profissional é também uma pessoa, um conjunto de dimensões interdependentes, e está relacionado ao meio em que vive também em uma relação de interdependência (BRASIL, 2013)

Winkin (1998) apresenta a analogia interessante que corrobora para pensarmos a relação de interdependência dos atores. Ele associa o processo de comunicação a uma orquestra, que leva em conta a participação de cada indivíduo na comunicação, indicando que o processo comunicacional envolve trocas coordenadas e multidirecionais. Para ele cada indivíduo é como um membro de uma orquestra, como os músicos que fazem parte dela. Cada um toca adaptando-se ao outro até que seja possível produzir um som organizado, uma música, ou no caso da saúde um projeto terapêutico.

Pelo relato dos profissionais que participaram deste estudo, percebe-se que eles reconhecem os serviços que fazem parte desta rede, porém consideram que a comunicação entre eles ainda está em construção, como se expressa na fala abaixo:

“Acredito que reconheço todos esses serviços né, a gente tem todos eles já estabelecidos, mas estão ainda em construção dessa comunicação entre eles né. Porque ainda temos muito pela frente “pra” que aja realmente uma articulação eficaz, e que a gente consiga *tá* trabalhando de uma forma articulada mesmo né” (Ent. X).

Retomando a metáfora da orquestra, podemos pensar que neste caso a orquestra está em processo de organização de seus arranjos, para poder compor junto suas melodias. Porém não podemos desconsiderar que qualquer espaço coletivo é passível de mudanças com a saída e entrada de novos integrantes durante seu percurso. Por último apresentaremos a terceira categoria que mais se evidenciou na análise de nossa pesquisa que é a articulação como processo de construção de uma rede integrada e forte

## **ARTICULAÇÃO EM REDE**

Entre as dificuldades apontadas pelos participantes deste estudo, a categoria articulação em rede como processo integrativo com outros setores além da saúde é uma das que se destaca. A importância desta articulação é evidenciada pela seguinte fala:

“quando a gente *tá* trabalhando com saúde mental a gente não pode fragmentar a história deste sujeito né a gente tem que pensar que ele se constitui pelo território dele pelas relações sociais e muitos casos que vem aqui no CAPS não são casos apenas para saúde mental, são casos que também dependem de um olhar da assistência, que dependem de um olhar da previdência das outras políticas então a gente acaba tendo essa necessidade de né *tá* articulando. (...) quando a gente consegue articular com essas outras políticas eu percebo que a gente consegue dar uma resolutividade pelo menos minimizar os impactos das questões sociais na vida deste sujeito” (ent c)

Na fala acima fica claro que o entrevistado percebe a importância desta articulação em rede para o trabalho no território ser eficaz, a necessidade da articulação com outras políticas para que possa se ter mais chance de ser resolutivo. A importância da utilização das redes de forma transversal também fica evidente no sentido de significado e importância que foi mencionado no texto da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) que aponta necessidade de promover uma interlocução efetiva entre as equipes que atuam na Saúde Mental e as que atuam na rede intersetorial de políticas públicas em Educação, Saúde e Assistência Social. Porém, os profissionais entrevistados acreditam que ainda não exista uma interlocução entre os diferentes setores.

“Acho que (pausa), que ainda *tá* difícil de consegui (pausa) trabalha com essas demandas né, que são trazidas por esses, porque a gente ainda não tem uma interlocução entre, os diferentes setores, como a saúde, com a cultura, com a educação. Com a assistência né, então, existe essa conversa, mas ainda não se tem dispositivos preparados “pra” articular né e “pra” trabalhar com isso.” (Ent.D).

A falta de articulação de rede com outros setores, além da saúde, é associada à permanência do trabalho na perspectiva de encaminhamento:“(...)eu vejo que ainda a saúde do município de Santa Maria ela ainda não conseguiu se articular com as outras políticas por isso que essa rede *tá* ainda *tá* nessa demanda só de encaminhamento” (Ent. C).

No que tange a educação, percebeu-se pouca articulação entre o trabalho da equipe pesquisada e este setor. Um dos entrevistados chega a questionar se esta faz parte da rede. “Eu acho que ali na questão, né, da secretária municipal e educação, não sei, se chega a fazer parte [da rede]” (Ent. G)

Outros citaram que participam ou reconhecem a articulação que ocorre com a rede da Ficha de aluno Infrequente (FICAI), o contato com o Programa de Atendimento Especializado Municipal (PRAEM) e as reuniões onde são chamadas as escolas. O contato com a Secretaria Municipal de educação (SMED) não foi citado apesar do CAPS i ter uma parceria com o setor de educação inclusiva realizando visitas semanais de apoio às escolas municipais.

Entre as necessidades apontadas pelos educadores para a efetivação da educação inclusiva, a falta de parcerias efetivas com serviços de saúde é uma delas, além disso, ressaltase, a necessidade de uma rede de apoio intersetorial entre as áreas da Saúde, da Assistência Social e do Trabalho. (IDE, YAMAMOTO; SILVA, 2011). No caso da educação inclusiva muitos alunos que são público alvo também frequentam o CAPS, tornando essa aproximação ainda mais necessária.

A relação mais próxima com a escola pode ser considerada benéfica também para os profissionais de saúde, considerando que a partir desta experiência eles podem aprender sobre a estrutura escolar, reconhecer a possibilidade de uma nova área de trabalho, perceber a possibilidade de maior desenvolvimento das crianças e reconhecer a importância de conhecer a realidade da criança, além do espaço terapêutico (PELOSI e NUNES, 2011).

Considerando a particularidade do serviço investigado, que possui seu cuidado voltado a crianças e adolescentes, fica evidente que na maioria das vezes o CAPS e a escola partilham de um mesmo sujeito devendo assim buscar a articulação efetiva. As escolas ainda não contam com um profissional capacitado para trabalhar as relações decorrentes do cotidiano, para além das questões educacionais. Reconhece-se a importância da atuação de profissionais tecnicamente capacitados para atuar neste processo. Observa-se que situações e demandas que emergem na instituição escolar, vão além do campo pedagógico, e requerem destes profissionais a apropriação e conhecimento para que de fato, seja realizada uma intervenção resolutiva.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com o objetivo proposto para este estudo, de compreender o entendimento que os trabalhadores da rede de cuidado infantojuvenil em Saúde Mental possuem sobre o trabalho em rede, para a resolução das demandas oriundas deste segmento populacional, percebeu-se que a maioria dos profissionais entrevistados possui conhecimento dos serviços que podem compor esta rede, mas todos afirmam que ela ainda está em processo de



articulação. Ficou evidente que a comunicação entre os diferentes atores que podem compor esta rede ainda não é efetiva, fazendo com que o trabalho siga a lógica de encaminhamentos e não de corresponsabilização de casos.

Identificou-se também que existe um conflito entre o que os profissionais compreendem como rede de cuidados e o que diz a teoria do SUS. Através dos entraves existentes nas falas, observa-se que cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional, a partir dos princípios de humanização onde se efetive um modelo de gestão que inclua a participação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde dando responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão.

Assim, espera-se que o profissional elabore estratégias para resolução de conflitos, agindo também como gestor de sua prática, o que implica em um processo de aprendizagem permanente uma vez que se constroem outros modos de trabalhar na perspectiva de dar conta de uma situação nova e imprevisível.

Principalmente através de ações de educação permanente nos serviços. A aprendizagem nos espaços de trabalho é necessária e sentida pelos próprios profissionais no dia a dia. Eles relatam que o desconhecimento dos demais serviços que o município dispõe e a falta de articulação entre eles emergem como uma dificuldade.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e efetivação da rede de cuidado infantojuvenil. Considera-se que este é um desafio que depende da cooperação de todos os profissionais, pois todos são atores de mudança neste processo. Para isso é importante a continuidade da reflexão a cerca da problemática por outras óticas, tendo como objetivo oferecer o cuidado que os usuários têm direito e buscar condições de trabalho dignas aos profissionais do SUS.

Acreditamos que enquanto integrantes de um programa de residência multiprofissional, nos tornamos profissionais mais comprometidos com novas formas de fazer saúde e também somos atores deste processo e a reflexão não nos leva a uma conclusão, mas a novas questões que precisam ser refletidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Redes de Produção de Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 2. reimpressão – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Política nacional de promoção da saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e coordenadores de serviços no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 15/01/2015.

CANIGLIA, M. **Terapia ocupacional**: um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Ophicina de arte e prosa, 2005.

FRANCO, T. B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

GAGNETEN, M.M. **Hacia una Metodología de Sistematización de La Práctica**. Buenos Aires: Humanita, 1987.

IDE, M. G.; YAMAMOTO, B. T.; SILVA, C. C. B. **Identificando possibilidades de atuação da terapia ocupacional na inclusão escolar**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 19, n. 3, p. 323-332. 2011.

JORGE et.al. **Promoção da Saúde Mental** - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.7 Rio de Janeiro July 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci_arttext)>. Acesso dia 28 jan 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Coord.). **O Uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: PUCSP, 1994. NEPI Caderno nº1.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 10 (supl.1), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) Universidade de Brasília (UnB). **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2012

PELOSI, M. B.; NUNES, L. R. D. P. **A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 22, n. 1, p. 52-59, 2011.

WINKIN, Yves. **A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo**. Campinas (SP): Papyrus, 1998.