

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

**TECENDO OS FIOS DA TRAMA E IDENTIFICANDO
AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES NA
CONSTRUÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, UM
RECORTE TEMPORAL**

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

Andrêssa Corino Mostardeiro

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**TECENDO OS FIOS DA TRAMA E IDENTIFICANDO AS
PRÁTICAS DOS TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DA
REDE DE SAÚDE MENTAL, UM RECORTE TEMPORAL**

Andrêssa Corino Mostardeiro

Trabalho de Final de Curso apresentado ao Curso de Especialização do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia de Oliveira Barcellos

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

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

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

**TECENDO OS FIOS DA TRAMA E IDENTIFICANDO AS PRÁTICAS
DOS TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE SAÚDE
MENTAL, UM RECORTE TEMPORAL**

elaborado por
Andrêssa Corino Mostardeiro

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Iliane Rezer Bertão, Esp. (SES)

Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 11 de junho de 2014.

RESUMO

Dissertação de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

TECENDO OS FIOS DA TRAMA E IDENTIFICANDO AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, UM RECORTE TEMPORAL

AUTORA: ANDRESSA CORINO MOSTARDEIRO
ORIENTADORA DR. RITA DE CÁSSIA DE OLIVEIRA BARCELLOS
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 11 de junho de 2014.

Uma Rede de Atenção à Saúde Mental deve ser composta, em princípio, de serviços de saúde tanto no nível primário, secundário e terciário, considerando a interação dos pontos para o acompanhamento e assistência dos sujeitos, por meio de diferentes recursos, sejam eles humanos, tecnológicos ou organizacionais. Para constituir o desenho dessa rede é desejável considerar a autonomia e a liberdade dos sujeitos, de maneira tal que seja possível garantir a lógica interdisciplinar, prestar assistência integral e de qualidade, a partir das demandas e singularidade dos usuários. A proposta investigativa em apreço, de natureza qualitativa e compreensiva, traz à tona as vivências e perplexidades experimentadas, na condição de Residente, no programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria, a partir da detecção das lacunas a serem preenchidas para a formação da rede de atenção em saúde mental, no município de Santa Maria. Trata-se, portanto, de um recorte temporal das questões atinentes à experiência cotidiana dos profissionais de saúde nos serviços de saúde mental, constituindo o desenho metodológico a partir de um viés hermenêutico, preconizado por Dilthey (1999) e, interpretados mediante uma aproximação com a teoria fundamentada de Gibbs (2009). As questões analisadas referem-se, sobretudo, às ações desenvolvidas no cotidiano desses profissionais, identificadas como práticas relevantes para a construção da rede de saúde mental no município supracitado. Os dados foram coletados mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada, interpretada a partir da filtragem da informação para uma unidade de sentido equivalente, conforme Dilthey (1999). Desta maneira, o estudo apresenta importantes reflexões a cerca das ações que estão sendo desenvolvidas pelos diferentes sujeitos envolvidos no processo de consolidação da rede de atenção à saúde mental na região central do Rio Grande do Sul, visto que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica são elementos essenciais dessa consolidação, requerendo disponibilidade para empreender as transformações nas práticas de saúde instituídas até então. Fica tácita a necessidade de tecer uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando os processos da lógica de “encaminhamentos indiscriminados” para uma lógica da corresponsabilização, de ampliação das ações de saúde mental para a rede básica, trazendo a possibilidade de resolutividade ou visibilidade das demandas, a partir de um trabalho compartilhado pelas equipes tanto na rede básica quanto nos serviços especializados em saúde mental.

Palavras-chave: Rede. Saúde Mental. Práticas profissionais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA.....	7
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	9
4 CONSIDERAÇÕES	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO.....	23

1 INTRODUÇÃO

A palavra rede origina-se do latim *retis*, do ponto de vista etimológico significa entrelaçado de fios, de espessura e materiais diversos, formando um tecido de malhas com espaçamentos regulares (HOUAISS, 2009).

Para falar sobre as redes e como se articulam à produção de subjetividade é necessário que se demarque o conceito de rede. Esse conceito, advindo de diferentes ramos do conhecimento humano, tal como o campo da produção artesanal ou industrial de tecidos ou da informática, migrando para o campo da saúde em geral e, conseqüentemente da saúde mental em particular. Ao adentrar no campo da saúde mental e atenção psicossocial este conceito sofre diversas dobras, conforme sugere Castro (2008, p. 26) “ao metaforizar o cruzamento e os desfiladeiros dos discursos em vias que se entrelaçam e agenciam produções de subjetividade”. Estabelecer a partir dessas relações possíveis articulações, novos escopos são delineados, entrecruzamentos são tecidos, constituídos, arrematados e urdidos na tessitura do discurso cotidiano (CASTRO, 2008).

Continuando a análise, “rede conspira, projeta, intenta, prepara, articula e sustenta. A rede é o que dispõe e arranja as relações; o que comunica movimentos” (CASTRO, 2008, p. 26). A rede, então traduz-se por uma tecedura, gerando um produto inacabado da trama, movimentando-se ao entrecruzar-se neste constante fazer, no inacabado dos diferentes fios e pontos de articulação, nesse urdir, conseqüentemente o emaranhado, o intrincado, as diferenças, muitas nuances dessas urdiduras foram verificadas e vivificadas pelos profissionais observados no percurso investigativo em questão.

Cabe enfatizar que para efeito dessa investigação, a expressão rede corresponde à articulação entre os serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores envolvidos, mediante relações de interdependência nos referidos pontos como fios de conexão da rede.

A proposta investigativa em apreço é de natureza qualitativa e compreensiva, trazendo à tona as vivências e perplexidades experimentadas na condição de Residente no programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria, a partir da detecção das lacunas a serem preenchidas para a formação da rede de atenção em saúde mental do município de Santa Maria. Trata-se, portanto, de um recorte temporal das questões atinentes à experiência cotidiana, dos profissionais nos serviços de saúde mental, observadas a partir da perspectiva da hermenêutica preconizada em Dilthey (1999).

De forma geral a Rede de Atenção à Saúde Mental brasileira congrega serviços hierarquizados no nível primário, secundário e terciário; pressupondo que haja a interação entre estes para que ocorra o acompanhamento e assistência dos sujeitos, a partir de um repertório diversificado de recursos, de natureza humana, tecnológica e organizacional.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) buscava-se uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, que explicitamente assegurasse o acesso universal e igualitário, sem restrições e discriminações derivadas de posições diferenciadas na heterogênea estrutura social brasileira, incluindo ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde. O Ministério da Saúde (MS), vem assumindo o compromisso de reestruturar o modelo de atenção vigente, reafirmando os princípios doutrinários do SUS da universalidade, equidade, integralidade e controle social (OLIVEIRA; SOUZA, 1998).

Nessa lógica integralidade é entendida em várias dimensões, remete-nos a considerar o sujeito em sua totalidade e o cuidado compreende-o em seu contexto social, cultural, político e histórico, relacionando-o à família e à sociedade que pertence. Na saúde mental a integralidade pode ser vista para além de um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ação que possibilita romper barreiras, mudar paradigmas, modificar o ideal de hospitalização, medicalização, exclusão e isolamento para o ideal de cidadania, autonomia, inclusão e produção de subjetividade (MACHADO, 2007; OLSCHOWSKY, 2001).

A atenção integral ao cidadão, considerando um conceito macro de rede de serviços, deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões humanas da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação) (BRASIL, 1994).

Neste contexto a intersetorialidade remete ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer a articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir integralidade das ações (BRASIL, 2009a). Acredita-se que praticá-la não é uma tarefa fácil, uma vez que requer o respeito à diversidade e particularidade de cada serviço, respeitar o "olhar" do outro e superar a fragmentação de saberes, a fim de produzir ações mais resolutivas, impactando de forma positiva na vida da população que faz uso desses serviços.

É necessário, também, que os diferentes setores como, por exemplo, a saúde, educação, assistência social, judiciário, entre outros, se tornem parceiros, para além do compartilhamento de saberes, sejam estabelecidas responsabilidades, compromisso, que profissionais e gestores estejam implicados em planejar e construir ações e projetos que

propiciem atendimentos/ atividades que ultrapassem os muros das instituições e assim possa se estabelecer uma rede de serviços de caráter transversal.

Dessa forma o que se preconiza é uma rede de serviços, diversificada e qualificada, que configure outros mecanismos de atenção à saúde extra-hospitalar, que possa articular com os recursos existentes na comunidade e, assim coadjuvar com a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2009b).

Cabe ressaltar que a atenção em Saúde Mental, ao menos em tese, deveria se constituir como uma rede interdisciplinar destinada a consolidar a autonomia e a liberdade dos sujeitos, prestando assistência integral e de qualidade, respeitando a singularidade dos sujeitos por ela atendidos.

Segundo Schneider (2009) a rede de saúde mental representa para o usuário a garantia da cidadania, a partir do suporte para autonomia e vínculo de pertencimento com o território. Para o autor em tela é fundamental que haja a promoção da interligação e consequente integração entre os serviços de saúde da rede de atenção à saúde mental e atenção básica. A partir dessa junção seria possível organizar a rede de cuidado em saúde, além da formação continuada em saúde articulando com a comunidade e o território, conforme os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando o exposto, a efetivação da rede de atenção a saúde mental, resulta em última análise, da conexão entre diversificados segmentos associado às propostas dos diferentes dispositivos assistenciais, constituindo assim a complexidade da tessitura da rede.

2 METODOLOGIA

Este trabalho não tratará das questões relativas à linha do tempo e os primórdios da implantação dos serviços de saúde no município de Santa Maria, suas conquistas, agruras e necessidades de transposição de obstáculos, o trabalho versa sobre os dilemas, situações temporais experimentadas e enfrentadas pelos trabalhadores da saúde, para urdir os pontos e tramas da rede de serviços da cidade, a partir de um estudo qualitativo de natureza compreensiva, instituído num recorte temporal, ou seja, no aqui e agora.

Gil (2004) foi apropriado para dimensionar a compreensão do contexto temporal da pesquisa, ao revelar que o recorte temporal “é o período em que o fenômeno a ser estudado

será circunscrito. Podemos definir a realização da pesquisa situando nosso objeto no tempo presente, ou recuar no tempo, procurando evidenciar a série histórica de um determinado fenômeno”.

Desta maneira, o recorte temporal de que trata este estudo está adscrito ao período de vivência como Residente no programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria, de março de 2012 a março de 2014. Contribuíram para a pesquisa seis profissionais, sendo três da Atenção Básica (Estratégia de Saúde da Família) e três de um serviço especializado em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. A questão central a ser analisada, neste trabalho, refere-se às ações desenvolvidas no cotidiano desses profissionais, as quais foram vislumbradas como práticas relevantes para a construção da rede de saúde mental no município supracitado.

Os dados da pesquisa foram coletados por intermédio de uma entrevista semiestruturada, atendendo as demarcações estabelecidas em Minayo, Assis e Souza (2005), possibilitando ao pesquisado discorrer livremente sobre sua idéia acerca do que lhe foi perguntado, falando sobre seus sentimentos e atitudes diante dos eventos e ocorrências que envolvem o tema da pesquisa. Considerando a complexidade que envolve a temática, para a constituição do processamento de material coletado, foi necessário recorrer a composição de um mosaico metodológico, muito semelhante à triangulação de dados citada em Minayo, Assis e Souza (2005) de maneira a compor um quadro analítico, onde elementos trazidos pelos entrevistados, ao serem visualizados, pudessem ser selecionados, categorizados e tratados, considerando os pressupostos de teoria fundamentada de Gibbs (2009), interpretados a partir de um viés hermenêutico (MINAYO, 2010).

A cada elemento exposto no corpus do depoimento de cada entrevistado, foi possível a filtragem da informação para uma unidade de sentido equivalente, ou seja, o que fazia sentido para o sujeito, como ele compreendeu e interpretou as suas vivências, a “arte universal de interpretação” (DILTHEY, 1999, p. 15).

Sendo assim, o rascunho final desse desenho metodológico foi desenvolvido por meio de análise consubstanciada, realizada a partir da aproximação com teoria fundamentada de Gibbs (2009), encontrando como base os autores do campo da saúde, aqueles que versam acerca das temáticas e expressões emergentes nas unidades de sentido, conforme apresentação subsequente.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para a constituição desse corpus analítico não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais, ou seja, as transcrições estarão na íntegra. A etapa da discussão fundamentada foi desenvolvida a partir de uma aproximação com teoria fundamentada de Gibbs (2009), que se refere à forma indutiva de pesquisa qualitativa, onde a comparação constante e a amostragem teórica são utilizadas para sustentar a descoberta sistemática de teoria a partir dos dados.

Na seqüência de apresentação estão dispostas as seguintes etapas (Quadro 1):

- Os tópicos sugestivos com as perguntas destinadas aos entrevistados;
- A expressão "E" seguida de uma numeração antecedendo a apresentação de cada entrevista trata-se, respectivamente do entrevistado e a seqüência de apresentação de respostas;
 - Na coluna "depoimento" serão expostas as verbalizações dos entrevistados;
 - Na coluna "unidade de sentido", estas foram constituídas a partir do viés hermenêutico;
- Finalmente será apresentada a discussão fundamentada para fechar o eixo referente a interrogativa daquele depoente.

Quadro 1 – Questão central indagada aos sujeitos participantes da pesquisa, incluindo seus depoimentos e unidade de sentido.

(continua)

ENTREVISTAS		
Quais ações desempenhadas em seu cotidiano que você apontaria como práticas contribuintes para construção da rede de saúde mental em Santa Maria?		
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E1	O matriciamento é uma das principais contribuições... também a inter-relação entre CAPS e rede básica.	MATRICIAMENTO – INTER-RELAÇÃO
Discussão Fundamentada	Observa-se que não há uma resposta objetiva em relação ao questionamento realizado, todavia destacam-se alguns elementos como, o matriciamento e a inter-relação entre os serviços. Sendo assim, é possível pressupor a existência de um nexo causal entre as ações, o matriciamento e a inter-relação entre os serviços. Considerando que estes possam possibilitar a aproximação dos sujeitos (profissionais, usuários e a família), e também por meio desses mecanismos seria possível conhecer o território do outro, os processos de trabalho das equipes e quais seriam os dispositivos existentes para construir ações em conjunto.	
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 2	A comunicação "Inter CAPS", Ambulatório de Saúde Mental, Assistência Social, Atenção Básica, Hospitais e a discussão e resolução de casos entre serviços citados.	COMUNICAÇÃO - DISCUSSÃO - RESOLUÇÃO
Discussão Fundamentada	Destaca-se neste depoimento ações que o entrevistado identifica como práticas que contribuem para a construção da rede em saúde mental, sendo estas: - Comunicação: Segundo o dicionário Aurélio (2010) a palavra comunicação significa estar em comunicação com alguém, informação, transmissão da informação no interior de um grupo, considerada em suas conexões com a estrutura desse grupo, meio de ligação (vias de	

	comunicação).
--	---------------

(continuação)

<p>Discussão Fundamentada</p>	<p>Estes significados reafirmam o entendimento do depoente em relação a comunicação que o mesmo acredita realizar entre os serviços. A comunicação dos atores envolvidos nestes serviços é de suma importância para tecermos a rede, sendo necessário para tal, conhecer o processo de trabalho existente no cotidiano das equipes de saúde e o papel de cada serviço de atenção à saúde (MUNARETTI, 2008). É necessário também dedicar-se a conhecer o território, ou seja, estar a par dos locais "informais" frequentados pelos usuários destes serviços, pois de acordo com Santos (2002) o território é um objeto vivo de inter-relações, dinâmico que, além de apresentar características físicas de uma área, ele compreende marcas e relações produzidas pelo sujeito. Sendo assim, ao elencar os serviços o depoente realça a relevância na comunicação como elemento de interlocução, que possivelmente poderá gerar melhoria do serviço prestado ao usuário. A comunicação, torna possível o conhecimento e trocas de experiências/ vivências entre os atores envolvidos gerando integração, e conseqüentemente isto possibilita um sistema de complementaridade, com ações integrais aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>- Discussão: De acordo com Aurélio (2010), a palavra Discussão refere-se ao ato de discutir; Investigação da verdade pelo exame de razões e provas que se oferecem pró e contra; Questão, polêmica, controvérsia, debate.</p> <p>Observa-se que o significado da palavra Discussão é mais amplo, do ponto de vista do depoente, do que o expresso em Aurélio (2010), traduzido pelo o ato de discutir, como forma de dialogar com os demais atores envolvidos na articulação das ações de saúde, a fim de construir uma relação/ diálogo horizontal, onde todos os profissionais possuam uma participação ativa nos casos a serem compartilhados.</p> <p>Considerando a discussão como ferramenta, esta possibilita às equipes que assistem ao usuário, conhecer/ compartilhar a história do sujeito, suas dificuldades, conflitos e desejos. Sendo assim, é possível inferir que no</p>
---	--

	momento dos compartilhamentos de casos buscar-se-á elaborar ações/ (continuação)
--	---

Discussão Fundamentada	<p>intervenções que atendam às necessidades de cada sujeito, as indicações de encaminhamento e/ou tratamento, respeitando a sua singularidade.</p> <p>- Resolução: Segundo o dicionário Houaiss (2009) a palavra Resolução conceitua-se como: meio pelo qual se decide um caso duvidoso, uma questão; capacidade de decidir; decisão tomada após deliberação. A resolução de casos referida pelo entrevistado requer a co-responsabilização dos casos por ambas equipes. É necessário que a equipe de atenção básica compartilhe suas dúvidas / questionamentos em relação aos casos que necessitam de apoio especializado em saúde mental para que haja ampliação da capacidade de resolução de casos no nível primário de atenção, sem encaminhamentos desnecessários. O conceito de resolutividade abrange o trabalho em conjunto, (BRASIL, 2009b) vai além da resolução de casos, possibilita compreender o território do usuário, conhecer o processo de trabalho de cada equipe, criar vínculos, além de ser uma tentativa de romper preconceitos. De acordo com Merhy (1999) a participação dos usuários nesse processo é bastante pertinente, pois estes exercem papel fundamental para efetivação do processo terapêutico, e um dos principais instrumentos para que se potencialize esse processo, é o Projeto Terapêutico Singular, este deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas dos usuários, tendo como foco principal a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado. Sendo assim, a construção do projeto terapêutico singular implica em gerir o cuidado a partir do compartilhamento de saberes centrados no usuário, sua história de vida, sua relação social e familiar, seus desejos, seus conflitos e suas potencialidades.</p>	
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 3	Incentivando os usuários, a cuidar de sua saúde mental, física e espiritual, não fazer da vida um fardo para carregar.	USUÁRIOS – CUIDADO – SAÚDE – MENTAL – FÍSICA - ESPIRITUAL - FARDO

(continuação)

<p>Discussão Fundamentada</p>	<p>Este depoimento nos remete para um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): a Integralidade e também ao paradigma holístico (holismo).</p> <p>Segundo Campos (2003) a atenção à saúde deve ser totalizadora e deve levar em conta todas as dimensões (biológica, psicossocial e espiritual) dos sujeitos.</p> <p>A integralidade, assim como holismo visa superar o olhar mecanicista, fragmentado do ser humano, pois o sujeito é um ser único, indivisível e deve ser considerado em sua totalidade. Pode-se dizer que ambos buscam uma assistência ampliada, centrada no sujeito e não aceita a redução do mesmo à doença (FONTOURA; MAYER, 2006).</p> <p>Observa-se que o entrevistado busca incentivar o usuário a “cuidar-se”, depreende-se, em sua fala, que é fundamental que o usuário também seja responsável por sua saúde, e que o processo de cuidado não se torne um mero assistencialismo.</p>	
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 4	<p>Contato com CAPS para saber sobre usuários de nossa área de abrangência (que frequentam o CAPS). Também discussão de casos com pessoal do matriciamento (HUSM) e início de um diálogo com matriciamento do pessoal de saúde mental.</p>	<p>SABER SOBRE O USUÁRIO - ÁREA DE ABRANGENCIA - MATRICIAMENTO - DIÁLOGO</p>
<p>Discussão Fundamentada</p>	<p>A expressão área de abrangência referida pelo depoente remete ao conceito de território preconizado por Santos (2002, p. 16): “o território usado pelas pessoas e pelos coletivos, é sinônimo de espaço humano, de espaço habitado, de objetos contíguos e ações”. Nesse aspecto cabe a reflexão a cerca do quão relevante é o conceito de pertencimento territorial para demarcação e constituição do conceito de rede, sendo que o território da saúde mental compõe-se das instituições, pessoas, redes e</p>	

	cenários que dele participam, ou seja, vai além do espaço físico da
	(continuação)
	<p>comunidade, pois trabalha os “componentes, saberes e forças” da mesma para a construção de soluções e objetivos de forma coletiva (BRASIL, 2009b).</p> <p>Nesse mesmo viés, ressalta-se o matriciamento como suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. (SILVA et al., 2010). Ou seja, matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, é um dispositivo que possibilita o cuidado compartilhado/ colaborativo entre equipes de saúde. Tal relação amplia a possibilidade de se produzir uma clínica ampliada, potencializa o diálogo e a integração entre as equipes de atenção básica e saúde mental a partir de diferentes especialidades, saberes, vivências e profissões.</p> <p>Esse enlace dos serviços provocado pelo matriciamento, parece-nos, possibilitará mudanças no processo de trabalho das equipes, permitirá que os profissionais reflitam sobre a importância de se implantar ações que tratem a saúde mental na comunidade onde o usuário vive (territorialidade), mudando o modelo de atenção atual, curativista, para um modelo de promoção de saúde. Verifica-se que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica é imprescindível, inadiável, requer transformações nas práticas de saúde institucionalizadas.</p> <p>O matriciamento, constitui-se, ainda, em uma importante estratégia de reorganização da atenção à saúde, já que o apoio matricial possibilita a apropriação pelos profissionais de saúde mental e atenção básica dos serviços buscados pelo usuário (as suas portas de entrada, quais os dispositivos informais utilizados pelos usuários na comunidade/ bairro, conhecer o território do sujeito e a partir desses pontos percorridos por ele, traçar a rede de atenção à saúde do sujeito) visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a co-responsabilização entre as equipes, promovendo saúde e diversidade de ofertas terapêuticas ao</p>

	sujeito que utiliza estes serviços (BARRÊTO et al., 2012).
--	--

(continuação)

Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 5	O diálogo realizado com os pacientes durante os procedimentos que dão ao atendimento um status de humanização da saúde.	DIÁLOGO - HUMANIZAÇÃO
Discussão Fundamentada	<p>Encontra-se em Aurélio (2010) a palavra diálogo com o significado de fala entre duas pessoas ou mais pessoas, colóquio; e ou vocábulo dialogar com o sentido de falar alternadamente, conversar.</p> <p>O diálogo entre profissionais de saúde e usuários pode ser positivo e tornar-se o elemento central no que diz respeito ao processo de cuidado, e entre o diálogo desenvolvido pelos sujeitos, é necessário que exista a escuta. É importante que estejamos "presentes", receptivos ao usuário e que a escuta seja qualificada e não uma escuta surda.</p> <p>A escuta surda ouve sem escutar e "no lugar de indagar evidências que nos constituem como sujeitos, nos deixamos conduzir por estas, reificando-as, pouco se consegue captar as singularidades que permeiam o ser humano" (HECKERT, 2007, s/p). Acredita-se que no momento de escuta e diálogo é possível produzir autonomia do sujeito, que ele se torna protagonista, co-responsável pela produção de si e do que o cerca. O ato de dialogar e escutar implica em humanizar, visto que esta é uma estratégia que pode intervir no processo de produção de saúde, pois quando sujeitos se tornam motivados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios. "Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas" (BRASIL, 2004, p. 09).</p>	
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 6	O contato com as redes de atenção referêcia do usuário, que participa dos grupos operativos/psicoterapêutico no CAPS e buscar	REDES - COMUNIDADE - PARTICIPAÇÃO - INSERÇÃO ECONOMIA SOLIDÁRIA - REINSERÇÃO SOCIAL -

	inseri-los em atividades na sua	AUTONOMIA – AUTO -
(continuação)		
	comunidade (ESF- UBS). Também a participação do usuário no Projeto de Economia Solidária (CAPS e Projeto Esperança), visando a reinserção social, autonomia, auto-estima, sociabilidade, auxiliando assim na melhor qualidade de vida.	ESTIMA – SOCIABILIDADE - QUALIDADE DE VIDA
Discussão Fundamentada	<p>Neste depoimento nota-se que o entrevistado faz menção a rede de atenção referência do usuário, reforçando o significado de articular a rede a partir do usuário.</p> <p>Entende-se a rede como uma organização gerada por uma demanda, que constrói, por meio da discussão entre os diversos serviços e saberes, uma forma peculiar de conduzir, acolher e intervir. A rede pode integrar-se por diferentes instituições e serviços, de acordo com a necessidade da demanda do sujeito, sendo este o centro da rede, ou melhor seu norteador (ELIA, 2010). O mesmo autor salienta que ordenar a rede é pactuar infinitamente [...] com cada serviço/equipamento do setor saúde, com cada equipamento intersetorial, com pessoas e instâncias, com a gestão, com poderes formais e informais, com Conselhos Tutelares e outros, tráfico de drogas, polícia, igreja, e tudo quanto for instância, pessoa física ou jurídica que se colocar na rede interferindo nos laços daquele de quem tratamos, nosso paciente ou usuário, com seu território, seu lugar psicossocial (relaciona-se às peculiaridades do usuário, que devem ser o foco de atenção da rede).</p> <p>A estruturação e a articulação da rede é fundamental para o resgate da cidadania do sujeito, esse movimento poderá promover ou resgatar a vida na comunidade (sua participação em conselhos, grupos e associações comunitárias) e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os sujeitos a partir do seu território e subjetividade (ELIA, 2010).</p> <p>Compreende-se que para o entrevistado um dos meios de articular a rede,</p>	

	é através da inserção dos usuários no território, na comunidade e esta (re)
	(conclusão)

<p>Discussão</p> <p>Fundamentada</p>	<p>inserção no território possibilita que aconteça a produção coletiva da vida e a inclusão social.</p> <p>Outro aspecto interessante, elencado pelo depoente refere-se a Economia Solidária, sendo que esta tem como idéia central à possibilidade de gerar uma “outra economia” e estabelecer novas formas de relação entre as pessoas e destas com o mundo que as cerca; trazendo de volta antigos valores como, “[...] solidariedade, autogestão, autonomia, mutualismo, economia moral, e outros” (NASCIMENTO, 2011, p. 02). Entende-se que a Economia Solidária tem o intuito de construir relações sociais fundadas na igualdade trazendo assim confiança, resgatando auto-estima, autonomia, e cooperação aos seus participantes (GONÇALVES; SOBRINHO, 2011). Desta forma, percebe-se que para haver estruturação e articulação da rede, é necessário conhecer as necessidades sociais, econômicas e de saúde do usuário. E de acordo com Viganó (2007) quando falamos em a rede, é importante salientar que a rede por si só, não cura ninguém, não produz nada, a rede é, na verdade, uma possibilidade de circulação e a grande questão é como a equipe se utiliza dela: se para criar a parceria com o usuário, se para dar lugar e voz a ele ou se, simplesmente, para fazer o seu percurso. Segundo Viganó (2007) o trabalho em rede é uma prática muito difícil, pois exige dos profissionais uma postura de abertura ao novo, ao inesperado que essa rede pode trazer, é um trabalho e uma proposta que exige que os profissionais se impliquem, criando algum ponto que sirva de alavanca para que o sujeito possa criar e dar espaço para suas próprias invenções.</p> <p>Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde possuam uma prática que possibilite estabelecer parcerias com o usuário, a partir de uma perspectiva que vise atendê-lo considerando suas demandas, suas redes e assim construir ações que possam assisti-lo de forma integral e que possibilitem uma melhor qualidade de vida.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

4 CONSIDERAÇÕES

Ao longo da pesquisa foi possível depreender que algumas ações estão fragmentadas ou soltas e, que o processo de mudanças no campo de saúde mental, para superação dessas ações fragmentadas ou “soltas”, constitui-se no real desafio a ser enfrentado pelos profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para a constituição da rede no município. A incorporação de práticas de cuidado que vise atender as necessidades dos sujeitos a partir de projetos terapêuticos singulares (PTS) requer, além da compreensão ampliada do que se configuram como demanda de saúde, maiores investimentos na formação e qualificação de recursos humanos para atuarem na área da saúde mental e de gestores comprometidos com a implantação de políticas promotoras de saúde.

Compreende-se que para constituir a rede de atenção à saúde mental, ao menos em tese, deveríamos utilizar todos os recursos (sociais, culturais, de lazer, afetivos, serviços de saúde e outros que possuam significado para o usuário e possam potencializar a rede e produzir saúde e cuidado) existentes no território.

Nesse sentido, acredita-se ser necessário que a efetivação da rede ocorra a partir de uma perspectiva integrada entre os meios utilizados como dispositivos de atenção à saúde mental, sendo a integralidade uma ação básica para o princípio de uma rede de atenção que vislumbra os níveis de complexidade aos usuários.

O presente estudo trouxe algumas reflexões a cerca dessas ações, as quais mesmo que de maneira incipiente já estão sendo desenvolvidas pelos sujeitos, no processo de efetivação da rede de atenção à saúde mental do município, visto que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica embora imprescindível, é ainda um anseio, um fio a ser alinhavado pelos “tecelões da rede”.

Instituir uma rede de atenção à saúde mental diversificada e qualificada não é uma tarefa fácil, pois depende da articulação de inúmeros fatores, planejamento, colaboração, disponibilidade, conhecimento, articulação entre equipes, somente assim será possível superação do momento atual e, construir uma rede interligada de serviços de saúde.

Constatou-se que o tema debatido neste estudo possibilitou na ampliação de conhecimento, reflexão em relação ao processo de trabalho e como as ações desenvolvidas pelos profissionais tem potencial para tornarem-se elementos de coesão na tessitura da rede de atenção à saúde mental no município.

Concluindo, é necessário construir uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando da lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da coresponsabilização, de ampliação das ações de saúde mental para a rede básica, trazendo resolutividade para as demandas a partir de um trabalho compartilhado pelas equipes da rede básica e as dos serviços especializados em saúde mental.

Sendo assim, é importante que enquanto profissionais de saúde, gestores e usuários possam contribuir para mudanças paradigmáticas, ampliando a visão de integralidade no campo de saúde mental, compreendendo o território, o sujeito e sua história de vida de maneira que os serviços possam se configurar como dispositivos de trocas sociais e produção de subjetividade.

REFERÊNCIAS

AURÉLIO, B. H. F. **Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1994. p. 11-16.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Trabalho do apoiador matricial na estratégia da saúde da família. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 166-77, 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

CASTRO, O. S. M. **Cartografias da rede de saúde: um estudo sobre uma Instituição pública voltada à saúde mental e seus efeitos no município de Santo Antônio do Monte - MG**. 2008. f. 196. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, 2008.

DILTHEY, W. O surgimento da hermenêutica (1900). **Numen: Revista de estudos e pesquisa da religião**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 11-32, jan./jun., 1999.

ELIA, L. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4, 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consolidarlucianoelia.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 4, jul./ago. 2006.

GIBBS, G. **Análise de qualitativos**. Porto Alegre: Penso, 2009. (Coleção pesquisa qualitativa).

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

GONÇALVES, T. J. T; SOBRINHO, A. P. M. Economia solidária: um caminho para a geração de renda e inclusão social. **Geongivá: Revista do Programa de Pós- Graduação em Geografia de Maringá**, v. 3, n. 2, p. 100-124, 2011.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R. A. R. (Org.). **Razoes públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007. v. 1, p. 199-212.

HOUAISS, J. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista Saúde Coletiva**, v. 10, n. 5, p. 13-17, 1999.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MUNARETTI, R. **Dificuldades de Comunicação entre os Serviços em um Sistema de Saúde Municipal**. 2008. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em saúde pública)–Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NASCIMENTO, C. **Autogestão e o Novo Cooperativismo**, 2011. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BCF8F95EF1C50/prog_autogest_aocooperativismo.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

OLIVEIRA, Â. G. R. C; SOUZA, E. C. F. **A Saúde no Brasil**: trajetórias de uma política assistencial, 1998.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Lato Sensu"**. 2001. f. 233 Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SANTOS, M. **O país distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. **Território**: Globalização e fragmentação. 5. ed. São Paulo: Hucitec/Anpur, 2002.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, A. et al. **Matriciamento na Atenção Básica**: Apontamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental. Porto Alegre: 2010.

VIGANÓ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. **ClinCAPS**, v. 1, n. 3, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2014.

ANEXO

Quadro 1 – Primeira questão indagada aos sujeitos participantes da pesquisa, incluindo seus depoimentos e unidade de sentido.

(continua)

ENTREVISTAS		
1. Com suas palavras apresente sua compreensão do que é rede de atenção à saúde mental:		
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 1	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.	ACOLHE ESCUTA
E 2	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.	INTERLIGADOS INTERSETORIALIDADE
E 3	Um serviço que vem acolher a demanda ou de certa forma contribuir com a rede para pessoas com algum tipo de dificuldade mental- intelectual.	ACOLHER A DEMANDA CONTRIBUIR REDE
E 4	Comunicação e discussão entre serviço especializado e atenção básica.	COMUNICAÇÃO DISCUSSÃO SERVIÇOS
E 5	É o conjunto dos trabalhos realizados por todos os profissionais que atuam na saúde mental: CAPS AD, CAPS I, Acolhimento da Kiss, Psiquiatria do HUSM. Todos interligados com um objetivo comum.	PROFISSIONAIS SAÚDE MENTAL INTERLIGADOS OBJETIVO COMUM
E 6	É uma rede de serviços voltados ao cuidado e atenção aos usuários de 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	CUIDADO ATENÇÃO USUÁRIOS APOIO INTERLIGAÇÃO

(conclusão)

	de resolver as questões dos usuários e assim criar uma rede atenção e apoio.	
--	--	--

Nota: Não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais, ou seja as transcrições estarão na íntegra.

Quadro 2 – Segunda questão indagada aos sujeitos participantes da pesquisa, incluindo seus depoimentos e unidade de sentido.

(continua)

ENTREVISTAS		
2. Quais ações desempenhadas em seu cotidiano você apontaria como práticas contribuintes para construção da rede de saúde mental em Santa Maria?		
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 1	O matriciamento é uma das principais contribuições... também a inter-relação entre CAPS e rede básica.	MATRICIAMENTO INTER-RELAÇÃO
E 2	A comunicação Inter CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Assistência Social, Atenção Básica, Hospitais e a discussão e resolução de casos entre serviços citados.	COMUNICAÇÃO DISCUSSÃO RESOLUÇÃO
E 3	Incentivando os usuários, a cuidar de sua saúde mental, física e espiritual, não fazer da vida um fardo para carregar.	USUÁRIOS CUIDADO SAÚDE- MENTAL- FÍSICA- ESPIRITUAL FARDO
E 4	Contato com CAPS para saber sobre usuários de nossa área de abrangência (que frequentam o CAPS). Também discussão de casos com pessoal do matriciamento (HUSM) e início de um diálogo com matriciamento do pessoal de saúde mental.	SABER SOBRE O USUÁRIO ÁREA DE ABRANGENCIA MATRICIAMENTO DIÁLOGO
E 5	O diálogo realizado com os pacientes durante os procedimentos que dão ao atendimento um status de humanização da saúde.	DIÁLOGO HUMANIZAÇÃO

(conclusão)

E 6	O contato com as redes de atenção referêcia do usuário, que participa dos grupos operativos/psicoterapêutico no CAPS e buscar inseri-los em atividades na sua comunidade (ESF- UBS). Também a participação do usuário no Projeto de Economia Solidária (CAPS e Projeto Esperança), visando a reinserção social, autonomia, auto-estima, sociabilidade, auxiliando assim na melhor qualidade de vida.	<p style="text-align: center;">REDES INSERIR COMUNIDADE PARTICIPAÇÃO ECONOMIA SOLIDÁRIA REINSERÇÃO SOCIAL AUTONOMIA AUTO-ESTIMA SOCIABILIDADE QUALIDADE DE VIDA</p>
-----	--	---

Nota: Não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais, ou seja as transcrições estarão na íntegra.

Quadro 3 – Terceira questão indagada aos sujeitos participantes da pesquisa, incluindo seus depoimentos e unidade de sentido.

(continua)

ENTREVISTAS		
3. O que tem sido feito no seu local de trabalho para garantir maior integração entre as políticas e a articulação da rede de atenção à saúde mental em Santa Maria?		
Entrevistado	Depoimento	Unidade de Sentido
E 1	É um trabalho inicial. Têm-se articulado aos poucos a formação de redes. Mas ainda é necessário muito mais envolvimento.	<p style="text-align: center;">ARTICULAR ENVOLVIMENTO ARTICULAÇÃO FORMAÇÃO DE REDES</p>
E 2	As demandas diárias que exigem contato com outras áreas da saúde, grupos de trabalho fora do CAPS para discussão de casos entre CAPS, atenção básica e assistência social, discussão e resolução de casos intermunicipais entre CAPS Santa Maria e Região.	<p style="text-align: center;">CONTATO ATENÇÃO BÁSICA ASSISTÊNCIA SOCIAL</p>
E 3	No momento temos grupo T.O que faz ótimo trabalho na comunidade, os servidores tem um olhar para a saúde mental.	<p style="text-align: center;">OLHAR SAÚDE MENTAL COMUNIDADE</p>

(conclusão)

E 4	Contatos telefônicos, discussão de casos (entre a equipe e com equipe de matriciamento do HUSM), contato com escola da rede pública, CRAS e conselho tutelar. Bem como, aumento no número de visitas para as casas de SM. Também grupo de convivência. Visitas para os familiares de vítimas da boate Kiss e sobreviventes.	MATRICIAMENTO INTERSETORIALIDADE
E 5	Toda vez que se percebe um sofrimento psíquico, o caso é discutido com a equipe técnica mais a Psicóloga da Residência. Juntos se direciona o caso.	PERCEBER SOFRIMENTO PSÍQUICO DIÁLOGO
E 6	Tem iniciado o processo de matriciamento com as unidades básicas de saúde, como forma de trocas de experiências, e ajudar no processo de conhecimento dos serviços que auxiliam na rede de atenção básica. Também inserir os usuários do CAPS que estão mais estabilizados nas unidades básicas, dando continuidade ao tratamento, para auxiliar na qualidade de vida.	MATRICIAMENTO TROCAS DE EXPERIÊNCIAS PROCESSO DE CONHECIMENTO

Nota: Não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais, ou seja as transcrições estarão na íntegra.

Quadro 4 – Quarta questão indagada aos sujeitos participantes da pesquisa, incluindo seus depoimentos e unidade de sentido.

(continua)

ENTREVISTAS		
4. Quais dificuldades você apontaria para efetivação da rede de atenção à saúde mental em Santa Maria?		
Entrevistado	Depoimento	
E 1	Resistência dos profissionais para saírem dos seus lugares de comodismo e investirem em novos caminhos.	RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS NOVOS CAMINHOS
E 2	A resistência que alguns setores não especializados em saúde mental	RESISTÊNCIA

(conclusão)

	apresentam em se integrar com a rede, a falta de profissionais que disponham de tempo para atuar na rede matricial e grupos de trabalho extra CAPS, Atenção Básica.	INTEGRAÇÃO REDE
E 3	Falta profissional, muita demanda, precisavamos + psiquiatras + técnicos em saúde mental.	DEMANDA ELEVADA FALTA PROFISSIONAL
E 4	<ul style="list-style-type: none"> - Não há reuniões periódicas, também, em muitas construções, o trabalhador da AB fica de lado, sendo o trabalhador da saúde mental "o principal" a ser ouvido - a gestão municipal não prioriza a atenção básica - AB enfraquecida, uma vez que esta é a coordenadora do cuidado - falta de contato do CAPS e/ou ambulatório de saúde mental para c/ as unidades de saúde. 	TRABALHADOR GESTÃO ATENÇÃO BÁSICA CAPS
E 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. O preconceito - profissionais x profissionais (da área); ptes (da área) x profissionais 2. Desconhecimento sobre o tema e sobre a rede (funcionamento) 3. demora ao chegar no profissional especializado (demanda elevada, poucos profissionais) 4. Adesão inadequada (familiares descomprometidos) 5. Equipes ESF x US demonstrarem um espírito de parceria com o CAPS e vice-versa. 6. Transporte (passagem) 7. Algumas práticas (renovação de receitas) afastam as pessoas do CAPS. Pctes ficam anos sem acompanhamento do CAPS. 8. Uma equipe (médico psiquiatra, enfermeiro, tec. Enferm, psicólogo) no PA- Patronato aos finais de semana. 	PRECONCEITO USUÁRIOS DESCONHECIMENTO REDE ADESÃO INADEQUADA PARCERIA

(conclusão)

E 6	A falta de maior troca de informações sobre os referidos serviços relacionados à saúde mental, em Santa Maria. Conhecer cada serviço e sua forma de trabalho. A falta de conhecimento dos gestores sobre o que é a rede de saúde mental, e os devidos encaminhamentos.	<p style="text-align: center;"> INFORMAÇÃO GESTORES REDE SAÚDE MENTAL PROCESSO DE TRABALHO </p>
-----	--	--

Nota: Não foram feitas correções das expressões de norma culta do idioma ou correções gramaticais, ou seja as transcrições estarão na íntegra.