

Rede de petição e compromisso e sua articulação com as práticas exercidas entre a atenção primária à saúde e atenção psicossocial

Network of petition and commitment and its articulation with the practices exercised between primary health care and psychosocial care

Red de petición y compromiso y su articulación con las prácticas ejercidas entre la atención primaria de salud y la atención psicossocial

Recebido: 13/11/2021 | Revisado: 21/11/2021 | Aceito: 22/11/2021 | Publicado: 02/12/2021

Neyva Torres de Souza Cartaxo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6688-9135>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: neyva.torres@aluno.uece.br

Dina Mara Formiga da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5387-7194>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: dinamara_silva@hotmail.com

Maria Salette Bessa Jorge

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: maria.salette.jorge@gmail.com

Resumo

Objetivo: Compreender as narrativas dos profissionais sobre as redes de petição e compromissos e sua articulação com as práticas exercidas na Atenção Primária à Saúde e Atenção Psicossocial. **Metodologia:** Estudo qualitativo com base na busca dos confrontos e complementaridades presentes nos relatos dos sujeitos, realizada nas UAPS com equipes completas - SER VI, CAPS Geral e NASF- AB desta mesma regional VI. **Resultados:** Os resultados que emergiram da análise temática dos dados estão expressos nas categorias apresentadas como “NÓS”: (1) O cuidado entre a saúde mental e a estratégia de saúde da família um convite ao olhar sensível através das Redes de Petição e Compromisso; (2) O entendimento dos sujeitos sobre as Redes de Petição e Compromissos; (3) Ausência e/ ou fragilidades da rede de petição e compromissos entre os dispositivos de cuidado (ESF – CAPS- Geral). **Discussão:** A potencialização do cuidado em saúde mental ao usuário pressupôs o estabelecimento de uma relação sensível entre profissionais e/ou trabalhadores no sentido de cuidar, bem como entre apoiadores de outras unidades de cuidado, havendo apreensão da intersubjetividade nesse universo compartilhado. **Considerações Finais:** Trouxe gradativamente no decorrer dos encontros mudanças de conceito e a inclusão das reflexões em torno das relações que podem estabelecer vínculos e partilhas por eles construídas, gerando cuidado integral e sensível como forma efetiva de cuidado.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; Atenção primária à saúde; Rede de petição e compromisso.

Abstract

Objective: To understand the narratives of professionals about the networks of petition and commitments and their articulation with the practices performed in Primary Health Care and Psychosocial Care. **Methodology:** Qualitative study based on the search for confrontations and complementarities present in the subjects' reports, carried out in the UAPS with complete teams - SER VI, CAPS Geral and NASF- AB of this same regional VI. **Results:** The results that emerged from the thematic analysis of the data are expressed in the categories presented as "WE": (1) The care between mental health and the family health strategy an invitation to the sensitive look through the Petition Networks and Commitment; (2) The individuals' understanding of the Networks of Petitions and Commitments; (3) Absence and/or weaknesses of the petition network and commitments between care devices (ESF - CAPS- General). **Discussion:** The potentiation of mental health care to the user presupposed the establishment of a sensitive relationship between professionals and/or workers in the sense of care, as well as among supporters of other care units, with apprehension of intersubjectivity in this shared universe. **Final Considerations:** Gradually brought changes in concept during the meetings and the inclusion of reflections around the relationships that can establish bonds and shares built by them, generating comprehensive and sensitive care as an effective form of care.

Keywords: Psychosocial care; Primary health care; Petition and commitment network.

Resumen

Objetivo: Comprender las narrativas de los profesionales sobre las redes de petición y compromisos y su articulación con las prácticas realizadas en Atención Primaria de Salud y Atención Psicosocial. **Metodología:** Estudio cualitativo basado en la búsqueda de confrontaciones y complementariedades presentes en los informes de los sujetos, realizado en la UAPS con equipos completos - SER VI, CAPS Geral y NASF- AB de esta misma región VI. **Resultados:** Los resultados que surgieron del análisis temático de los datos se expresan en las categorías presentadas como "WE": (1) La atención entre la salud mental y la estrategia de salud familiar una invitación a la mirada sensible a través de las Redes de Peticiones y Compromiso; (2) La comprensión de los individuos de las Redes de Peticiones y Compromisos; (3) Ausencia y/o debilidad de la red de peticiones y compromisos entre dispositivos asistenciales (FSE - CAPS-General). **Discusión:** La potenciación de la atención de salud mental al usuario presupone el establecimiento de una relación sensible entre profesionales y/o trabajadores en el sentido de cuidado, así como entre los partidarios de otras unidades de atención, con aprensión de la intersubjetividad en este universo compartido. **Consideraciones Finales:** Poco a poco se trajeron cambios de concepto durante los encuentros y la inclusión de reflexiones en torno a las relaciones que pueden establecer vínculos y acciones construidas por ellos, generando una atención integral y sensible como una forma efectiva de atención.

Palabras clave: Atención psicosocial; Atención primaria de salud; Red de peticiones y compromisos.

1. Introdução

O presente estudo explorou o processo sob a perspectiva de uma nova proposta de abordagem relacionada ao cuidado em rede, mais especificamente sobre um novo olhar de atenção integral ao paciente sob a ótica das Redes de Petição e Compromissos face a complexidade do trabalho articulado entre os dispositivos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e as ESF (Estratégia de Saúde da Família). Trazendo, desta forma, a possibilidade de repensarmos essa nova conjectura de cuidado e discutirmos essa modalidade estratégica de atenção àqueles que buscam o cuidado em saúde mental.

Frente as mais diversas estruturas organizacionais dentro da linha de gestão do cuidado, tem-se buscado múltiplas estratégias para trilhar a execução e a otimização dos serviços constituintes da Rede de Atenção Primária e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus desdobramentos. Uma forma de trabalho que venha gerar e gerir efetivamente fluxos entre os dispositivos, e estabelecimento de vínculos das relações entre os profissionais, buscando formar um novo canal de comunicação e interdisciplinaridade. Portanto, as práticas da Atenção Primária relacionadas ao usuário devem ser realizadas numa perspectiva ampliada, considerando o trabalho em rede e a intersetorialidade (Ministério da Saúde, 2004).

A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados de forma articulada, com fluxos que sejam conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher as necessidades sentidas pelos usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (Starfield, 2010).

Diante do exposto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que possuem diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010).

Portanto, é na organização dos serviços de saúde da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), em que se operam tais densidades tecnológicas, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (Ministério da Saúde, 2012a).

Nesse plano de ideias, pode-se ressaltar que inserida nesse processo, a Saúde Mental (SM) tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada, contemplando a ESF. Assim, a SM, como integrante da saúde coletiva, está inserida no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. Pois, reflete um tipo de ação especial que deve ser exercido no município, desenvolvendo uma

proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado (Büchele, 2006).

Então, de forma que possamos repensar sobre as práticas de integração das unidades de saúde da família à rede psicossocial é fundamental trabalhar-se para garantir uma oferta abrangente de serviços e, assim, coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades frequentes e mais complexas, proporcionando um cuidado integral ao usuário. O que implica a uma concepção mais específica de articulação em rede.

Buscando um melhor entendimento sobre o conteúdo abordado, afirma o autor citado que o estudo das redes nos serviços de saúde tornou-se uma das discussões mais desafiantes dos tempos atuais. Em primeiro lugar pela atualidade, porque é prioridade do Ministério da Saúde (MS) a organização dos serviços em redes, tendo lançado as redes prioritárias para sua construção, que estão em pleno processo de efetivação. Em segundo lugar, pela complexidade que o tema alcança, ao supormos que o trabalhador tem altos graus de liberdade no exercício do seu trabalho e, portanto, está apto a realizar as redes com altos graus de singularidade, diferenciando em muito do que foi prescrito pela normatização oficial (Franco, 2015).

Seguindo o sentido da afirmação do autor supracitado, insere-se a ideia de rede de petição e compromissos como mais uma nova articulação de trabalho. Pontua-se esta como um processo de trabalho que segue de forma *rizomática, ou seja*, uma metáfora da botânica. Em que esta atua diante das dificuldades e obstáculos que surgem e são vivenciados por esses profissionais em suas práticas no âmbito da saúde, em suas conexões em rede, e mais diretamente ligadas à saúde coletiva e suas práticas de cuidado (Deleuze & Félix, 2004).

O cuidado objetiva o alívio, implica em dedicar-se ao outro, trazendo conforto físico/emocional, oferecendo bem-estar, quem sabe até promover a cura, se for possível, mudanças de estilo de vida, tudo isso por meio interações que constroem vínculos, movidos por um desejo de cuidar e ser cuidado, por ambos os sujeitos. São relações estabelecidas entre o cuidador e aquele que é cuidado, todos são afetados (Carnut, 2017).

Com base no decreto 7.508 de 2011 foi definida a Rede de Atenção à Saúde- RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2011), sugerindo a reestruturação na forma de operar o cuidado, expandindo o seu campo de atuação.

Considerando esta compreensão e em paralelo ao referencial teórico de Franco (2006), ressalta-se a importância de se produzir um cuidado em rede que se deve consolidar por meio de articulações reais entre as unidades de saúde nos seus diversos níveis de atenção, que devem agenciar uma confluência de saberes entre as equipes interprofissionais e multidisciplinares, partilhando suas práticas, suas subjetividades, remetendo a ideia de ligação e interdependência, o que nos dá a ideia de rede no sentido das práticas.

As redes são algo informe, às vezes invisível, que opera por fluxos e, por isso mesmo, tem uma leveza quase sonora, porque acontece sempre entre os que se propõem às conexões, ao encontro. O que significa que a rede não se forma no polo de uma equipe ou outra, mas na relação, em razão disso a perspectiva de que ela acontece de forma inerente entre as pessoas é central para compreendermos o quanto é valiosa esta ideia de conexão, fluxos entre os que se propõem a formar redes de cuidado (Franco, 2015).

Dessa forma, se faz relevante aplicar a metáfora dos autores Deleuze (1996), em sua obra *Mil Platôs* quando fala que o rizoma compreende de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído etc.; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar.

Esta proposta metafórica, traz consigo uma atuação que deve acontecer de forma integrada nos diversos serviços de saúde, inclusive naqueles que integram a rede de atenção básica e psicossocial. Tem o objetivo de suplantar a fragmentação da atenção, atribuindo-lhes um caráter resolutivo diante dos obstáculos, a fim de obter o objetivo final. E, dessa forma, ela se

propõe como uma rede assistencial coesa, motivando ações concretas a partir de uma manifestação de vontade que promova o diálogo, a interlocução de saberes e práticas entre os dispositivos de cuidado e seus integrantes. Consubstanciada sobretudo nas Redes de Petição e Compromissos para o percurso do cuidado, o qual tem seu conceito baseado na metáfora do Rizoma (Deleuze, 1996, p.18).

Nesta perspectiva, tem-se como objetivo compreender as narrativas dos profissionais sobre as redes de petição e compromissos e sua articulação com as práticas exercidas na Atenção Primária à Saúde e Atenção Psicossocial.

2. Metodologia

O estudo faz parte da pesquisa de mestrado intitulada: Rede de petição e compromisso no compartilhamento do cuidado e práticas entre atenção primária à saúde e atenção psicossocial: estudo metodológico. É uma investigação qualitativa cuja finalidade foi identificar as discordâncias e reciprocidades presentes nas falas dos sujeitos, de acordo com os preceitos da hermenêutica crítica (Minayo, 2013).

A pesquisa foi realizada em algumas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Elencou-se como critérios de seleção das UAPS os que fazem parte da pesquisa pertencentes a SER VI, em que possuem equipes completas de trabalhadores de saúde (enfermeiro, médico, odontólogo, e técnicos ou auxiliares de enfermagem). A CORES VI possui 30 dispositivos de unidade de atenção primária à saúde em sua totalidade. Os CAPS, no referido município são divididos de acordo com as CORES do seu território. Portanto, foi selecionado o CAPS GERAL da CORES VI, para a composição desta proposta de pesquisa.

Para a execução da pesquisa, foram elencados critérios de inclusão e exclusão no presente estudo, sendo UAPS com equipe mínima e completa, incluindo articulação com as equipes de NASF-AB compostas por Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores Físicos e que realizam a prática de matriciamento, excluindo unidade que não dispõem de visita domiciliar no território de cuidado, assim como o dispositivo de cuidado especializado em saúde mental para indivíduos com transtornos graves e persistentes (CAPS – GERAL). Sendo excluído o serviço que não dispõem de visita domiciliar no território de cuidado, assim como CAPS álcool e outras drogas, CAPS infantil, CAPS álcool e outras drogas.

Para o critério de escolha de profissionais de nível superior, elencamos aqueles que estavam no cargo por um período mínimo de um ano, excluindo aqueles que estavam de férias e licença no período da pesquisa. O alcance de respostas e descrições sobre o objeto de estudo e a opção pela pesquisa qualitativa isenta a inclusão de dimensões quantitativas e/ou numéricas no processo de seleção dos sujeitos participantes. Desse modo, os participantes do estudo foram definidos pela composição operacional das equipes de saúde nas redes assistenciais, atenção primária e atenção psicossocial com base na adequação aos critérios de seleção do estudo.

O presente estudo comprometeu-se em respeitar os princípios da Bioética descritos através da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa científica com seres humanos (Ministério da Saúde, 2012b). Foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o número de parecer: 2.853.335.

Os sujeitos aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhes asseguraram: o direito de suspender sua participação na pesquisa, caso julgassem pertinente; a garantia de que danos previsíveis fossem evitados; além de que seu anonimato que foi preservado (Ministério da Saúde, 2012b).

Adotou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais da saúde. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais da Estratégia Saúde Família (ESF e NASF-AB) e Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS GERAL), nível superior com equipe completa. E, ainda, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Especialistas da validação.

Quanto à escolha do número de participantes, Minayo (2010), afirma que o critério de representatividade na pesquisa qualitativa não é numérico como na pesquisa quantitativa. A quantidade de participantes deve permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados. Neste estudo a escolha foi aleatória, mas teve como fatores decisivos contemplar gestores, profissionais e trabalhadores do território de escolha da pesquisa neste município, tendo uma representatividade 12 participantes entre profissionais e trabalhadores, em que as entrevistas foram gravadas no áudio de celular e transcrita pela pesquisadora.

Referente a este processo de análise das entrevistas, aplicamos a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin (2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação. Na busca por tratar mais sistematicamente o material qualitativo, escolhemos utilizar o *software* QRS (Qualitative Solutions Research) NVivo® versão 12.0, descrito como NVivo12. Entre as principais estruturas deste *software* estão os NÓS, que podem ser caracterizados como uma estrutura para armazenamento de informações codificadas e podem assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa.

3. Resultados e Discussão

A potencialização do cuidado em saúde mental ao usuário pressupõe o estabelecimento de uma relação sensível entre profissionais e/ou trabalhadores no sentido de cuidar, bem como entre apoiadores de outras unidades de cuidado, havendo apreensão da intersubjetividade nesse universo compartilhado. A relação deve ser intersubjetiva com vistas à autonomia do ser, como um elemento do trabalho no território, configurando-se como interesse imediato quando os sujeitos da pesquisa relataram, enquanto intenção, que essa autonomia, ou a relação que se instala através das redes de petição e compromisso, presumem condições de reciprocidade, responsabilidade compartilhada, intersubjetividade e desejo no decorrer do processo.

Os resultados que emergiram da análise temática dos dados estão expressos nas categorias apresentadas como “NÓS”, que baseados nas afirmações dos sujeitos da pesquisa, temos a técnica “nuvens de palavras” do Nvivo, técnica esta que pode ser compreendida como uma forma de visualização de dados linguísticos. Essa é a técnica de construção da Nuvem, segundo Gusmão e Dos Reis (2017, p. 65), buscando assim uma reflexão para o despertar sensível, ético, e não estático do contexto apresentado.

A partir disso, expomos as categorias de “NÓS” utilizadas na presente análise:

- (1) O cuidado entre a saúde mental e a estratégia de saúde da família um convite ao olhar sensível através das Redes de Petição e Compromisso;
- (2) O entendimento dos sujeitos sobre as Redes de Petição e Compromissos
- (3) Ausência e/ ou fragilidades da rede de petição e compromissos entre os dispositivos de cuidado (ESF – CAPS-Geral).

3.1 O cuidado entre a saúde mental e a estratégia de saúde da família um convite ao olhar sensível através das Redes de Petição e Compromissos.

Destaca-se o termo “Saúde” como sendo o eixo norteador de como deve ser baseado o cuidado no compartilhamento de práticas entre a ESF e CAPS. Então, “Saúde” perpassa pela “Rede”, “Cuidado”, “Mental” no “Trabalho” e “Atenção”, que gera uma produção de processos de serviço em rede, entre pessoas, aí mais precisamente entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ressaltando a importância das relações entre elas. Veja na figura 1:

Figura 1 – Nuvem de palavras a partir das expressões utilizadas pelos sujeitos sobre o cuidado entre a saúde mental e a estratégia de saúde da família.



Fonte: Autores (2021).

Na maioria das falas analisadas, podemos perceber que os sujeitos da pesquisa sabem da importância do “processo” de “trabalho” em “rede”, que advém das “relações” que podem ser existentes entre os sujeitos daqueles “serviços” e, a partir dessa interação entre esses “profissionais e trabalhadores”, gera-se o “cuidado” em torno daqueles “usuários”. A produção desse cuidado implica “apoio”, em prática viva entre esses atores expressando “integralidade”.

Um dos primeiros passos da pesquisa foi observar e entender como os sujeitos da pesquisa percebiam o conceito e enxergavam a saúde mental no processo de cuidado, uma vez que trabalhar sobre as relações de rede de petição e compromissos não se trata de um objeto palpável, que não é visível aos olhos. É sabido que o cuidado ao usuário que procura o serviço deve-se dar de modo integral, não apenas voltado e centralizado em sua queixa, mas a somatória do contexto que está contido na história de vida dele, e mais de que forma esse contexto de vida é capaz de sensibilizar nos trabalhadores e profissionais a dimensão do exercício de cuidar.

Para tanto, de que outra forma fortalecer e estreitar os laços entre os sujeitos sem que estejam estimulados os caminhos “rizomáticos” que implicam na efetivação? Estes preconizam-se muito além da promoção em saúde, está diretamente ligado a integralidade na essência da palavra dentro dos espaços de saúde, levando a ações de forma humanizada e motivadora através da fortificação dos vínculos existentes ou por eles criados. A grande ferramenta que podemos dispor em saúde mental é exatamente o envolvimento no ato de cuidar.

Quando abordamos sobre o conceito de redes de cuidado emergiram falas bem claras no que tange a sua dimensão:

(...) então, a rede de cuidados é quando a gente tem condições de acompanhar aquele atendimento, aquele cuidado desde o nascer, neh! As questões da gestante, na imunização, em todas essas categorias da medicina, a qual nós precisamos fazer uso dela. Então é esse olhar ampliado, pra visualizar a aquele profissional que tem condições de visualizar o que aquela família necessita... em 2009 quando o NASF veio pra complementar, a primeira implantação de NASF, baseado na portaria de 2008, complementar aquela ESF neh!... a qual se fazia necessário essa articulação com outros profissionais, tanto a inclusão de outras categorias multidisciplinares, como essa articulação entre a rede de suporte que contempla o território E o nasf, ele veio exatamente pra ser o elo com a visão dessas outras categorias pra complementar neh... esse olhar. (TERAPEUTA OCUPACIONAL 1 – NASF).

(...) existe sim essa integração das redes no posto, eu tento falar por mim, pela minha equipe, em tempos normais, sem essa pandemia a gente tem o acolhimento geral e eu faço dois dias e nesse momento eu tento ao máximo resolver problema do paciente, e pra isso eu... falo com o médico, falo com a outra colega enfermeira. Eu tento resolver, ligo pra um colega agente de saúde, eu... nem sempre é encaminhando não... mas tentando resolver e quase sempre eu preciso de um outro apoio de outro profissional, e isso eu realmente eu ligo, eu busco, eu mando mensagem, até pra chefona (...) também pra minha coordenadora. Então isso é rede, um vínculo néh? (ENFERMEIRA I- ESF).

Baseado nesse processo de múltiplos fluxos em torno do cuidado, é que se apresenta nessa rede um trabalho vivo composto por muitas linhas de conexão, e que se abrem sobre múltiplas direções (Franco, 2015). Conexões estas que se abrem e transitam no meio social através de agenciamentos das mais diversas formas, produzindo novas formas relacionais, que vão se construindo onde estão inseridas (Deleuze & Guattari, 1996):

(...) a Rede de Cuidados para mim é uma atenção integral, ela precisa está conversando e se conectando com todos os degraus da assistência e também com as outras políticas públicas. Na saúde mental nós trabalhamos articulados com a assistência social, com direitos humanos...Na verdade, a Rede de Cuidados para mim é proteção integral (ASSISTENTE SOCIAL CAPS).

(...) O cuidado, eu acredito que tem muito zelo, tem muita ética, muito amor no que se faz, eu fui contratada aqui pra ser terapeuta ocupacional, mas eu não atendo e não faço só o que me mandam, eu acho que quando você vai pra um canto você não faz só o que lhe mandam, você faz... e outra "ah, eu só aprendi isso, eu ganho pouco, eu vou pegar e vou fazer só isso aqui", não, você tem que tá sempre se reciclando, aprendendo, estudando, curiosidade pra você sempre ir além, pra você dar o seu melhor (TERAPEUTA OCUPACIONAL 2 - NASF).

(...) Ah, cuidado eu acho que tem um significado bem amplo, é acolher, é tratar, é compreender, é assistir, é encaminhar o que for preciso para aquela pessoa... eu imagino esse cuidado também de uma forma bem ampla né, o cuidado com o sujeito, o cuidado com a família desse sujeito, o cuidado com a comunidade que esse sujeito frequenta, com o território, que a partir desse cuidado eu acredito que você passa a ser conhecedor das necessidades né daquele indivíduo, do que ele tá precisando, eu imagino que o cuidado não seja só a medicação, cuidado também atenção, é tudo na verdade... (...) Mas é aquela frase bem comum, a gente sabe que existem portarias, existem leis, existem decretos. Existe toda uma rede de cuidados, ehh montada e tudo. Mas fica tudo, muito ainda, no papel. Certo!? A realidade é essa. Não existe em si uma aplicabilidade de tudo isso. De toda essa rede! (GESTORA CAPS VI).

(...) as redes que diz respeito a algum tipo de organização voltada para as ações do exercício voltado para saúde do usuário, da pessoa que frequenta essas redes de atenção psicossocial, como por exemplo o CAPS que é uma rede de cuidado, a Atenção Básica é uma rede de cuidado. A Estratégia de Saúde da Família que está dentro da atenção básica é uma rede de cuidado, os centros comunitários é uma rede de cuidado, o próprio SAMU é uma rede de cuidado. São ações do exercício voltado para cuidar do sujeito e da pessoa de uma forma integral, no contexto de uma forma geral, né?! Sejam ações através de encaminhamentos, através de articulações com outras redes." (PSICÓLOGA NASF)

(...) Bom, eu como psiquiatra, eu atuo aqui, principalmente né, analisando cada, cada caso, vendo diagnósticos psiquiátricos, iniciando o tratamento seja ele farmacológico ou não farmacológico, encaminhando para outros profissionais também capacitados né da equipe multidisciplinar... E vem muitos pacientes encaminhados da emergência do Hospital Mental principalmente, então acaba que vem bastante, a gente tem uma relação assim bem próximo e principalmente com o hospital de emergência, no hospital mental e também com as unidades básicas de saúde a gente sempre tá fazendo essa contra referência né e é cuidado né? (MÉDICA - CAPS).

(...) Rede de cuidado significa ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. É o caminho que um paciente faz por dentro de uma rede organizada de saúde. Como fisioterapeuta atuo nos serviços para tratamento e reabilitação no nasf e também promovendo a saúde com ações individuais e de grupo. (FISIOTERAPEUTA - NASF).

(...) A rede acontece assim; com o maior número de pessoas que você possa acionar, estimulando todas as equipes para isso. A gestão se preocupa muito com essas ações e com certeza estimula que isso aconteça verdadeiramente dentro dos espaços da saúde. (COORDENAÇÃO - ESF).

Sobre todo o exposto acima, podemos reafirmar que nos serviços em saúde há uma enorme multiplicidade de espaços férteis para essas redes que devem operar-se em conexões, nas mais diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Portanto, podemos ressaltar, a partir das expressões acima, a importância de refletir e estimular sobre as práticas de cuidar sob o olhar das redes de petição e compromissos fazendo valer a efetivação do cuidado dentro do que diz respeito ao que significa integralidade.

Isso reforça a afirmação de que a Saúde Mental não pode ser uma área à parte no vasto campo da saúde. Resolvido o dilema do ponto de vista filosófico, resta introduzir tais linhas de análise nos discursos e na práxis dos atores da saúde. Implicar a Saúde Mental nas políticas e ações de atenção básica, implicar os atores de toda rede de atenção no acolhimento e cuidado em Saúde Mental, desconstruir o 'muro simbólico' que traz distanciamento entre os trabalhadores da atenção básica e trabalhadores da Saúde Mental, há de se penetrar nas extensões de maior capilaridade do Sistema de Saúde, esses são alguns dos desafios contemporâneos em pauta para Saúde Mental e na saúde de uma forma geral (Campos, p. 220-224, 2000).

É possível nos apoiarmos na construção das redes de cuidado atrelando-as em nossas ações individuais, pois a partir delas irão emergir articulações de ações necessárias no território, constituindo um trabalho vivo e, conseqüentemente, coletivo, através de dimensões subjetivas, que decorrem das relações entre os sujeitos que convivem entre si.

Em suma, essa estrutura de rede deve ser entendida como um conjunto de pessoas e não tão somente de serviços, em que as trocas podem ser construídas a partir da base dos vínculos que se criam. Esses são estabelecidos através dos diálogos daqueles inseridos naquela dinâmica, sejam gestores, trabalhadores da saúde e usuários, o que reflete um sentimento que estrutura uma rede que se torna resolutive (Antonacci et al., 2013).

3.2 O entendimento dos sujeitos sobre as Redes de Petição e Compromissos

Quando abordamos a existência ou não de interação das redes, tendo como base Redes de Petição e de Compromisso, os sujeitos de forma unânime apresentaram pouco conhecimento no que diz respeito ao seu significado, alegando que nunca ouviram falar. No entanto, quando explicamos do que se tratavam essas redes em específico e de práticas motivadas pelas suas subjetivações, os mesmos apresentaram as seguintes falas:

(...) Na verdade, já tinha ouvido falar nesses nomes há um tempo atrás, mas eu realmente só havia ouvido falar... então nós fazemos sim, mesmo que eu estivesse fazendo sem saber nem como era o nome disso, mas eu faço isso diariamente no posto, em consultas de puericultura, nos acolhimentos, nos pré-natais... Por exemplo, encaminhar para o pré-natal de alto risco, quando sei que precisa ser urgente e quando não sai a vaga logo, ligo para o profissional responsável da regional e relato a história e acabo usando os atalhos. Às vezes, eu fico pensando: meu Deus! Será que é um jeitinho brasileiro? Mas as coisas são tão difíceis, e eu vejo o quanto aquela pessoa precisa e aí eu tento de todas as formas, porque colocar aquilo no sistema algumas vezes pode ser tarde demais. Eu acabo mesmo tentando de todas as formas, falando com um e com outro, enviando mensagens para poder ajudar o paciente." (ENFERMEIRA 1- ESF).

(...) Nunca ouvi falar. Quero saber o que é ... "Eu nunca ouvi falar (...) Ahh, mas se for isso, eu já fiz. Já tive esse tipo de atitude. Às vezes, eu fico com medo de ser uma atitude além do envolvimento profissional, mas já vivenciei essa experiência em outro serviço, não neste, mas de envolvimento com determinada situação do paciente e realmente fazer além daquilo que o serviço... dessas regrinhas estabelecidas pelo serviço (ASSISTENTE SOCIAL – CAPS).

(...) se eh ter essas articulações de uma forma informal, não necessariamente na formalidade, seja colocar as pessoas no sistema para serem atendidas ou prestar algumas informações na própria atenção básica em relação a algum tipo de procedimento, sim! Como um dos cuidados em relação... relacionado as tecnologias que é o acolhimento da própria escuta, no posto de saúde tem o dia desse acolhimento que é feito por qualquer enfermeira que compõe a equipe de Saúde da Família e passa pra gente, e vice-versa, então aí é um tipo de cuidado em rede (...) Eu, por exemplo, como psicóloga muitas vezes, tem coisas que não faz parte do meu trabalho na questão do NASF, mas que em alguns momentos precisa dar um apoio. (PSICÓLOGA – NASF).

(...) nunca ouvi não! (...) mas se for isso, primeiro você tem que fazer isso, porque você precisa sempre melhorar e sempre tem algo a melhorar e buscar com outros, não tem nada perfeito ou acabado, é um processo eterno de construção, então hoje a gente tá fazendo isso sim, demais! (TERAPEUTA OCUPACIONAL – CAPS).

(...) nunca ouvi falar! (...) ahhhh, então é isso? Faça muito isso, é como as coisas andam! Se eu for esperar pelo sistema pra atender uma necessidade do meu usuário, tô perdida, e ele também! É no fundo engrandecedor, me faz sentir viva no meu espaço de práticas, em conexão com outras pessoas! Fico feliz sabe... ao final do dia saber que ajudamos aquela pessoa, é quando sinto que estou no lugar certo, com as pessoas certas! (ASSISTENTE SOCIAL – NASF).

(...) Não sei não! O que é? São tantas nomenclaturas né? (...) Não! Não, muito pouco! Na verdade hoje em dia tá tudo no sistema, não temos como burlar isso. (ENFERMEIRA 3 – ESF)

(...) Não sei o que é! Não, tá tudo no sistema agora, as vezes por aqui mesmo falo com outros profissionais, peça ajuda. (MÉDICA – CAPS)

(...) não sei! ... Ahh! Tá, entendo! Sim são outras ferramentas de articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado com a saúde mental. Já fizemos mais, hoje menos... depois da pandemia tudo é só covid. (FISIOTERAPEUTA – NASF).

(...) A gente pratica esse compromisso entre nós, eu realmente não conhecia essa definição, essa nomenclatura. Ehh, gostei muito né de saber que se chama assim, e que uma das nossas competências é mover essa saúde, mover esses profissionais que estão cansados! (TERAPEUTA OCUPACIONAL – CAPS).

Essas ações corroboram com a literatura quando afirmam que elas se constroem a partir dos encontros, dos cenários e afetações ali determinantes no cotidiano vivenciado. O trajeto a ser trilhado deve emergir do desejo de construir novos caminhos, que sejam sensíveis às vontades do ato de acolher, criando e recriando linhas de liberdade em busca de uma rede de cuidados (Franco, 2015; Amorim & Lavrador, 2017).

3.3 Ausência e/ ou fragilidades da rede de petição e compromissos entre os dispositivos de cuidado (ESF – CAPS-Geral).

Em relação as falas que emergiram sobre a ausência ou fragilidades da rede como segundo NÓ deste estudo, podemos perceber que a Rede de Petição e Compromisso apresenta ruídos de comunicação, refletindo sobre a produção do cuidado em Saúde Mental, que continuam sendo desafios para além dos muros institucionais. Destacam que uma das maiores dificuldades é em relação a situações da falta de potencialidade de ações não geradas pelos trabalhadores no território e que as equipes ainda se apresentam incapazes de produzirem ou coordenarem projetos terapêuticos singulares e/ou matriciamento, principalmente por conta da pandemia que fragmentou as ações que existiam e que, de alguma forma acabou não havendo um direcionamento aos encaminhamentos adequados aos serviços especializados da RAPS como na figura 2:

processo de trabalho, tornando as práticas de saúde isolacionistas, interferindo diretamente na integralidade das práticas, que é comum entre os dois serviços.

A busca pela resolubilidade do cuidado em saúde mental exige a organização de uma rede de serviços e o aprofundamento das relações subjetivas entre os trabalhadores de saúde, usuários e familiares. Os pontos fundamentais nesta busca visam assegurar o acesso aos serviços com qualidade, além do estabelecimento de relações que produzam acolhimento e vínculo. Com efeito, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema até o limite de sua atuação (Ministério da Saúde, 1990). Então, norteando-se nas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, em relação ao cuidado efetivo, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares, e mais preconiza-se a implicação dos sujeitos em dispositivos que favorecem o acesso e a continuidade do cuidado no território em saúde mental (Jorge et al., 2014).

4. Considerações Finais

Se faz relevante levarmos em consideração a premissa do movimento da reforma psiquiátrica, que segue sua luta de implementação, visto que em muitos locais do país, ainda são recentes as experiências de inclusão de ações de saúde mental na ESF. Tais reflexões sugerem novas ações em que realizamos o presente estudo, no qual a comunicação ainda precisa ser algo estimulado e sensibilizado. Como essas práticas estão em processo de construção, exigem maior atenção e investimento dos sujeitos ali envolvidos em diversas áreas, a partir dos recursos humanos. As práticas de criação de vínculos, fluxos e linhas de cuidado geram circunstâncias para que se criem condições favoráveis à articulação das Redes de Petição e Compromissos.

O estudo evidenciou principalmente o desconhecimento do que vem a ser essa rede, apesar da maioria a executarem em seu cotidiano. O afastamento dos participantes da ESF pelo tema da saúde mental, por consequência, apresentou inicialmente divergências nas formas de concepção do processo de cuidado em saúde mental, direcionando-a apenas para os transtornos mentais e pacientes acompanhados em serviços específicos para este cuidado em seu serviço especializado, assim como, a medicalização excessiva e encaminhamentos desnecessários a especialistas.

Trouxe gradativamente no decorrer dos encontros mudanças de conceito e a inclusão das reflexões em torno das relações que podem estabelecer vínculos e partilhas por eles construídas, gerando cuidado integral e sensível como forma efetiva de cuidado.

Nesse sentido, perceberam inúmeras fragilidades no processo de cuidar em saúde mental na atenção básica para que o cuidado seja de fato baseado na lógica da integralidade e a partir das relações. Embora exista o reconhecimento do amplo número de serviços específicos no cuidado em saúde mental no município, ainda não existe uma rede de cuidado em saúde mental estruturada efetivamente e baseada nos vínculos assertivos. Assim, atrelam-se a isso uma comunicação ineficaz, as vezes falta de apoio da gestão, ausência do núcleo de apoio a saúde da família e déficit de corresponsabilidade colaborando para a descontinuidade nas práticas de cuidado, contribuindo para um cuidado em saúde mental na ESF não resolutivo, necessitando de mais estudos que reflitam na prática.

Referências

- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 273-288.
- Antonacci, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. Esc. Enfermagem* 2013; 47(4): 891-898.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Büchele, F. et al. (2006). A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, 11(3).

- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41(115), 1177-1186.
- Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense
- Deleuze, G.; & Félix, G. (2004). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (34a ed.).
- Franco, T. B. (2006) As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, p. 459-474.
- Franco, T. B. (2015). Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: Almeida, P.F.; Santos, A.M.; Souza, M.K.B. *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, p.309.
- Franco, T. B.; & Merhy, E.E. (2018). O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado. *Ciên. Saúde Colet*. 23(3).
- Jafelice, G. T., Ziliotto, G. C. & Marcolan, J. F. (2020). Concepção dos profissionais do centro de atenção psicossocial sobre políticas públicas de saúde mental. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9(5), e71953100. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3100>.
- Jorge, M. S. B. et al. (2014). Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. *Rev. esc. enferm. USP*, 48(6).
- Minayo, M. C. S. (Org.) (2010). *pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (29a ed.), Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (13a ed.), Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002* / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
- Ministério da Saúde. (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, seção 1.
- Ministério da Saúde. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012b). Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética em pesquisa. Resolução n. 466/12, de 12 de dezembro de 2011. dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Seção 1, p. 1.