



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

CARINE DE JESUS SOARES

JEQUIÉ-BA

2022

CARINE DE JESUS SOARES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Doutora, área de concentração em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Ribeiro Santos Lopes

JEQUIÉ-BA

2022

S676r Soares, Carine de Jesus.

Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a rede de atenção psicossocial / Carine de Jesus Soares.- Jequié, 2023.

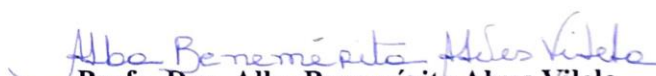
129f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela e coorientação da Profa. Dra. Claudia Ribeiro Santos Lopes)

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE
DOUTORADO**

SOARES, Carine de Jesus. Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a rede de atenção psicossocial. 2022. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela

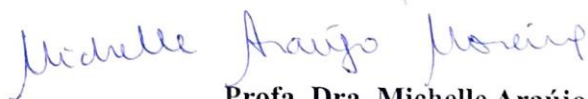
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia


Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade de São Paulo


Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira

Programa de Pós-graduação em Difusão do Conhecimento – Universidade do Estado da Bahia


Profa. Dra. Michelle Araújo Moreira

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Estadual de Santa Cruz


Profa. Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié-Bahia, 07 de dezembro de 2022.

*A DEUS, autor da minha história e consumidor da minha fé!
Aos meus pais, Edson e Elis Regina, fontes de inspiração...*

AGRADECIMENTOS

Se me perguntarem como cheguei até aqui, irei responder o que está escrito em Isaías 41:20: “*Para que todos vejam, e saibam, e considerem, e juntamente entendam que a mão do SENHOR fez isto*”. Por isso, agradeço a **DEUS** pelo seu infinito amor e cuidado, sem a sua fidelidade e graça nada disso seria possível. Que as promessas dEle se estabeleçam em minha vida!

Aos meus pais, **Edson e Elis Regina**, por acreditarem em mim até mesmo nos momentos em que desacreditei. Meus maiores exemplos de vida, referência de força, garra, determinação, amor e fé! Todo o meu esforço sempre será por vocês! Amor sem fim...

Aos meus irmãos, **Ane Caroline e Edson Junior**, pelo apoio na caminhada, ensinamentos e compreensão pelos momentos de ausência para cumprimento das atividades da vida acadêmica. Com vocês eu aprendo que a vida pode ser mais leve e divertida. Amo vocês!

Ao meu amor, **Jaquison**, por enxergar a capacidade que existe em mim... Tantas vezes me disse que seria capaz de concluir mais essa etapa. Obrigada por estar ao meu lado nessa fase tão importante. Eu te amo!

A todos os meus familiares, em especial, as tias **Mara e Mônica**, por acompanharem de perto as etapas da minha vida e ficarem felizes como se fossem conquistas de vocês!

À minha orientadora, **Prof^a Dr^a Alba Benemérta Alves Vilela**, pelo acolhimento e cuidado durante a trajetória, além de oportunizar o desenvolvimento desta tese. Agradeço por ter me despertado para o campo da Teoria das Representações Sociais. Gratidão pelos ensinamentos e parceria.

À minha coorientadora, **Prof^a Dr^a. Claudia Ribeiro Santos Lopes**, pelo incentivo e confiança em trabalhar com o método de sua autoria. O AnCo-REDES é fruto de seus esforços, o que traduz a sua grandeza. Obrigada por acreditar que seria possível...

À minha amiga, **Sheylla**, presente do doutorado. Não conseguiria finalizar este trabalho sem a sua parceria. As vivências da sala 17 do PPGES impulsionaram o desenvolvimento deste estudo. Você foi muito importante nesta etapa da minha vida e coexistimos em vários aspectos. Para além da vida científica, você faz parte do meu crescimento pessoal. Obrigada por sua amizade, por ter me apresentado sua casa e seus diamantes, Arthur e Maria. Conte sempre comigo!

Às minhas doutoras **Bárbara, Érica, Eliane e Patrícia**, amigas que inspiram, que torcem, que vibram, que choram, que fazem acreditar em nossa própria capacidade. Não seria a mesma sem ter vocês nessa viagem acadêmica e pessoal. Amo vocês!!

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)**, pelas contribuições e ensinamentos que agregaram e fortaleceram meu crescimento profissional.

Aos **secretários do PPGES** pela prontidão em colaborar para resolução das minhas demandas oriundas do processo de formação.

Aos **professores da banca de avaliação** da tese pelas contribuições, responsabilidade científica e disponibilidade em compartilhar saberes para o aprimoramento deste trabalho. Gratidão!

Aos **colegas de turma do doutorado** por compartilharem vivências que extrapolaram os muros da universidade, em especial, as “*quase doutoras*” Paloma e Tuany, minhas gigantes, sinto muito orgulho da trajetória de vocês!

Aos **atores sociais deste estudo**, profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial, pela disponibilidade em falar sobre o objeto social em questão, permitindo a concretização do trabalho.

Aos **amigos e colegas de trabalho** do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), pela compreensão e incentivo. Muito obrigada por tudo!

Por fim, a todos que estão ao meu lado, vibram e torcem pelo meu sucesso. Essa conquista é nossa... **GRATIDÃO!!**

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (**FAPESB**), pela concessão da bolsa de doutorado, incentivando o desenvolvimento científico no Brasil e contribuindo para a qualificação profissional.



DEPOIS DE TUDO...

*De tudo ficaram três coisas: A certeza
de que estamos Sempre a começar... A
certeza de que é preciso continuar... A
certeza de que podemos ser
interrompidos Antes de terminar.*

*Por isso devemos: Fazer da
interrupção um caminho novo... Da
queda, um passo de dança... Do medo,
uma escada... Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro.*

(Fernando Pessoa)

SOARES, Carine de Jesus. **Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial**. 129f. 2022. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial. E, como objetivos específicos: apreender a dimensão conceitual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial; compreender a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial; Descrever as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de um estudo quantiqualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, na perspectiva da abordagem processual. A pesquisa foi desenvolvida em dois Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades tipo II e álcool e outras drogas do município de Jequié-BA, realizada no período de abril a junho de 2021, com 14 profissionais de saúde dos referidos dispositivos psicossociais, através da plataforma digital *Google Meet* e aplicativo *WhatsApp*, em razão da pandemia do novo coronavírus, sendo utilizado um formulário sociodemográfico, a Técnica de Associação Livre de Palavras e entrevista semiestruturada. Como critério de inclusão, utilizou-se os seguintes: profissionais de saúde com o mínimo de seis meses de atuação nos referidos serviços de saúde mental, em exercício profissional. A análise dos dados ocorreu por intermédio do modelo AnCo-REDES, que permitiu a análise cognitiva por meio da geração de rede semântica de representações sociais do grupo social que compõe o estudo. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, respeitando as disposições legais para estudos com seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo o projeto sido aprovado segundo parecer nº 3.668.819. Os resultados são apresentados sob a forma de três *manuscritos* científicos elaborados de acordo as normas dos periódicos previamente selecionados para a submissão: Interface processual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre rede de atenção psicossocial; Práticas em rede de atenção psicossocial: representações sociais de profissionais de saúde mental; Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Conclui-se que o estudo sobre a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de saúde mental revelou sentidos importantes no contexto da saúde mental, de modo a promover visibilidade sobre este objeto social, pressupondo a ampliação das formas de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico. Desta forma, foi possível apreender o conceito sobre a Rede de Atenção Psicossocial, as práticas e os componentes inerentes a esta estratégia, sob o olhar da abordagem processual das Representações Sociais.

Palavras-chave: Representações sociais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Cuidado; Gestão em Saúde.

SOARES, Carine de Jesus. **Social representations of mental health professionals on the Psychosocial Care Network**. 130f. 2022. Doctoral Thesis – Postgraduate Program in Nursing and Health. State University of Southwest Bahia. Jequié.

ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze the social representations of mental health professionals about the Psychosocial Care Network. And, as specific objectives: apprehend the conceptual dimension of the social representations of mental health professionals about the Psychosocial Care Network; understand the practical dimension of the social representations of mental health professionals about the Psychosocial Care Network; To describe the social representations of mental health professionals about the components of the Psychosocial Care Network. This is a quantitative and qualitative study, based on the Theory of Social Representations, from the perspective of the procedural approach. The research was carried out in two Psychosocial Care Centers in the modalities type II and alcohol and other drugs in the municipality of Jequié-BA, carried out from April to June 2021, with 14 health professionals from the aforementioned psychosocial devices, through the digital platform Google Meet and WhatsApp application, due to the new coronavirus pandemic, using a socio-demographic form, the Free Word Association Technique and a semi-structured interview. As inclusion criteria, the following were used: health professionals with a minimum of six months of experience in the mentioned mental health services, in professional practice. Data analysis took place through the AnCo-REDES model, which allowed cognitive analysis through the generation of a semantic network of social representations of the social group that makes up the study. It was submitted to the Ethics and Research Committee of the State University of Southwest Bahia, respecting the legal provisions for studies with human beings, in accordance with the Resolution of the National Health Council nº 466, of December 12, 2012, and the project was approved according to opinion No. 3,668,819. The results are presented in the form of three scientific manuscripts prepared according to the rules of the journals previously selected for submission: Procedural interface of social representations of mental health professionals about the psychosocial care network; Practices in a psychosocial care network: social representations of mental health professionals; Social representations of mental health professionals about the components of the Psychosocial Care Network. It is concluded that the study on the Psychosocial Care Network from the perspective of mental health professionals revealed important meanings in the context of mental health, in order to promote visibility about this social object, assuming the expansion of ways of caring for people in psychological distress . In this way, it was possible to apprehend the concept of the Psychosocial Care Network, the practices and components inherent to this strategy, from the perspective of the procedural approach of Social Representations.

Keywords: Social representations; Mental health; Mental Health Services; Caution; Health Management.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES: QUADRO, FIGURAS E TABELA

Quadro 1: Definições dos componentes e serviços da RAPS.....	23
--	----

Manuscrito 01

Figura 1: Rede semântica de palavras evocadas para “ <i>Rede de Atenção Psicossocial</i> ”.....	53
Figura 2: Grupo de sentido da dimensão conceitual das RS com ênfase no vértice articulação.....	54
Figura 3: Grupo de sentido da dimensão atitudinal das RS com ênfase no vértice comunicação.....	56
Figura 4: Grupo de sentido dimensão atitudinal das RS com ênfase no vértice organização.....	58
Figura 5: Grupo de sentido da dimensão imagética das RS com ênfase no vértice cuidado.....	59

Manuscrito 02

Figura 1: Rede semântica de Representações Sociais sobre práticas em Rede de Atenção Psicossocial.....	73
Figura 2: Grupo de Sentido que irradia significados a partir do vértice “usuário”.....	74
Figura 3: Grupo de sentido que irradia significados a partir dos vértices “ProfissionaisCAPS” e “encaminhamento”.....	77
Figura 4: Grupo de sentido que irradia significados a partir do vértice “Unidade Básica de Saúde.....	80

Manuscrito 03

Figura 1: GS a partir dos vértices CAPS e Intersetorialidade, marcado pela articulação do cuidado em saúde mental.....	93
Figura 2: GS a partir do vértice UBS, marcado pela sua importância na RAPS.....	96
Figura 3: GS a partir do vértice hospital, marcado pela referência da psiquiatria em assistir aos usuários em casos graves e situações de surto.....	99
Figura 4: “GS a partir dos vértices ofertar e cultura, marcado pela desvalorização dos espaços sociais”.....	101

Manuscrito 03

Tabela 1: Vértices que emergiram da rede com maiores valores de centralidade (C_g , E_c e C_i).....	92
--	----

LISTA DE SIGLAS

AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia
GT	Grupo de Trabalho
GS	Grupo de Sentidos
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
PPGES	Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PubMed	Portal da <i>National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine</i>
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RS	Representações Sociais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO: contextualização do objeto social.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA: diálogos do universo reificado.....	21
2.1 Políticas de saúde mental no contexto da rede de atenção psicossocial	21
2.2 Rede de Atenção Psicossocial e sua interface com a intersetorialidade	25
2.3 Práticas de profissionais de saúde mental em Rede de Atenção Psicossocial	28
3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
4 MATERIAL E MÉTODO	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Local do estudo	37
4.3 Participantes	38
4.4 Instrumentos de Coleta de dados	39
4.4.1 Técnica de Associação Livre de Palavras	39
4.4.2 A entrevista semiestruturada	40
4.5 Análise dos dados	41
4.5.1 Modelo AnCo-REDES	41
4.6 Questões éticas	44
5 RESULTADOS	46
MANUSCRITO 01: Interface processual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre rede de atenção psicossocial	47
MANUSCRITO 02: Práticas em rede de atenção psicossocial: representações sociais de profissionais de saúde mental	67
MANUSCRITO 03: Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da rede de atenção psicossocial	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico	121
APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	121
APÊNDICE C – Roteiro de Evocação Livre de Palavras	124
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista Semiestruturada	125
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	126
ANEXO B – Declaração de Instituição e Infraestrutura	129

APRESENTAÇÃO

Sou Carine de Jesus Soares, enfermeira, natural de Jequié-BA, apresento esta tese como fruto de experiências no campo da saúde mental. A minha identificação pela saúde mental vem ocorrendo desde minha inserção no curso de Graduação em Enfermagem, no qual tive a oportunidade, no ano de 2012, de cursar a disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, que integra a matriz curricular deste curso oferecido pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), momento em que iniciei a construção de conhecimentos sobre este campo de atuação.

Estas vivências foram somadas a outras que surgiram em virtude da minha participação como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Crack, Álcool e outras Drogas (PET-Saúde Mental) entre os anos de 2012 a 2014, uma vez que foi possível desenvolver atividades de pesquisa e extensão no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS Ad) e inserção no grupo de pesquisa em Saúde Mental: Loucos por cidadania (CNPQ/UESB).

Tais momentos favorecem ao desenvolvimento de boa relação com os profissionais de saúde do CAPS ad e II, visto que a maioria deles assumiu a preceptoria do projeto (PET-Saúde Mental). Nessa relação intersubjetiva, foi possível desenvolver atividades no CAPS ad, permitindo a produção do cuidado à pessoa em sofrimento mental.

Arelado a isto, em 2014, desenvolvi o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Graduação em Enfermagem, intitulado: *Percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sobre a família no contexto da reabilitação*. Ao finalizar o TCC, algumas das minhas indagações foram respondidas, visto que os resultados do estudo revelaram, em uma de suas categorias, que há uma busca incessante pela (re)inserção social, uma vez que se constitui como valorização pessoal do indivíduo, o que remete à dignidade, ao valor e ao potencial, bem como exercício de seus direitos enquanto cidadão.

Partindo desse pressuposto, meu ingresso no Mestrado Acadêmico, em 2015, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB, possibilitou desenvolver um trabalho dissertativo, intitulado: *Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto reabilitação psicossocial*, no qual um de seus objetivos foi fazer ver como ocorre a reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas, agora sob a percepção dos profissionais de saúde mental.

As análises das descrições vivenciais demonstraram a relevância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Jequié-BA, sendo visualizada como estratégia essencial

para produção do cuidado aos usuários, já que as ações devem acontecer mediante a interação com os dispositivos existentes no território, no entanto, este objeto apresenta-se como o principal desafio no cenário estudado.

Partindo desta premissa, minha inserção no curso de doutorado do PPGES possibilitou o estudo sobre a RAPS, sob a perspectiva de que ao compartilhar o conhecimento de profissionais de saúde mental permita a reflexão sobre como eles veem e compreendem os sentidos em torno dessa temática, a partir de suas relações, interações sociais e significados atribuídos à mesma. Nesta perspectiva, os achados desta tese podem contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, planejamento e gestão no campo da saúde mental.

No primeiro capítulo está descrita a “introdução”, na qual apresenta o contexto da saúde mental no Brasil e as propostas que culminaram com a elaboração da RAPS, bem como a justificativa, a tese, os objetivos e relevância do estudo.

O segundo capítulo aborda os aspectos temáticos evidenciados na literatura referentes à Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS como estratégia voltada para a perspectiva intersetorial e as práticas dos profissionais de saúde mental em RAPS. Enquanto o terceiro capítulo apresenta a Teoria das Representações Sociais, de acordo com o modelo Moscoviciano, como arcabouço teórico que sustentou a investigação deste estudo.

O quarto capítulo trará o “material e método”, ou seja, o percurso metodológico para a obtenção e análise dos dados, sendo apresentado o tipo de pesquisa, o local, participantes, a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

O quinto capítulo apresenta a contextualização dos resultados e discussões até então aqui desenvolvidas, sendo apresentados por meio de três manuscritos, intitulados: Interface processual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre rede de atenção psicossocial; Práticas em rede de atenção psicossocial: representações sociais de profissionais de saúde mental; Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da rede de atenção psicossocial.

Por fim, apresentaremos as considerações finais sobre a investigação, trazendo nossas reflexões e compreensões sobre a RAPS, a partir do olhar de atores sociais que estão implicados no processo de condução de tal proposta de cuidado ao usuário de saúde mental. Ademais, aponta os limites e as perspectivas que se abrem a partir dele. Desse modo, este estudo poderá provocar novas propostas de pesquisas no intuito de consolidar e fortalecer o cuidado com o outro, de modo a compreender o cuidado que ele demanda, que precisa ser construído em liberdade.

1 INTRODUÇÃO: contextualização do objeto social

Alguém escreve para tratar de responder às perguntas que lhe zumbem na cabeça – moscas tenazes que perturbam o sono; e o que alguém escreve pode adquirir sentido coletivo quando, de alguma maneira, coincide com a necessidade social de resposta (Eduardo Galeano, 1978).

No Brasil, o processo de mobilização de profissionais de saúde mental e de familiares de pessoas com transtornos mentais insatisfeitos com o modelo de assistência na década de 70 culminou com uma sucessão de movimentos antimanicomiais. Tais acontecimentos conduziram a elaboração de novas propostas de atenção à pessoa com sofrimento mental e com o rompimento da forma tradicional de tratamento, passando a ser centrado no respeito às escolhas, autonomia e singularidades do sujeito, as quais deram origem a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), sustentada na Lei nº 10.216/2001 (NOBREGA; SILVA; SENA, 2018).

A RPB foi o marco histórico nas construções das políticas no campo da saúde mental, cuja finalidade está pautada na desconstrução do modelo hospitalocêntrico, ou seja, os manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura, o que corroborou com a paulatina reversão desse lugar, a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica, no intuito de contribuir com a integralidade do cuidado à pessoa em sofrimento mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

A proposta de atenção integral à saúde perpassa pela construção de uma rede única de atenção à saúde, por meio da articulação em todas as suas instâncias, seguindo os princípios da regionalização, integralidade e hierarquização, sendo formada por diferentes dispositivos (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos a partir da portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), constituem-se serviços comunitários, ordenadores da rede substitutiva com a finalidade de redirecionar o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. Por isso, o paradigma psicossocial é a forma de cuidado preconizada por esses novos serviços e busca colocar em evidências a pessoa e desconstruir o lugar da doença/loucura. O cuidado deve ser ofertado por intermédio de estratégias de Acolhimento (BRASIL, 2010a) e de Clínica Ampliada (BRASIL, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2010b), compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Desta forma, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) emerge como estratégia composta por serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica, na qual são definidas ações e

serviços a fim de atender as demandas da pessoa no que tange ao cuidado com a sua saúde. Propõe estabelecer um itinerário sanitário racional e identitário, minimizando ao máximo os obstáculos burocráticos, com economia processual e temporal, racionalidade nos gastos e nos exames de apoio diagnóstico, entre fatores envolvidos na efetivação desse modelo (SANTOS, 2017).

Salienta-se que a atenção psicossocial está disposta no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 no sentido de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Capítulos II e III do decreto versam sobre a RAS, e a definem como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Desta forma, a atenção psicossocial faz parte da RAS como porta de entrada do usuário, componente mínimo obrigatório de serviços e ações que são necessários à institucionalização das Regiões de Saúde (GARCIA; REIS, 2018).

Partindo dessas premissas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada a partir da portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, constitui-se pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A RAPS propõe a criação de novos itinerários terapêuticos com os usuários, a fim de alcançar as singularidades dos mesmos, para além de partes isoladas e fragmentadas, como ocorre no modelo biomédico. Isto requer o desenvolvimento de ações compartilhadas em diversos níveis de complexidade, os quais devem manter-se integrados por sistemas de apoio (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Tais perspectivas, direcionam para a consolidação de práticas que visem a ampliação de possibilidades de integração social e sentido de pertencimento comunitário, de circulação na cidade, de estruturação da vida cotidiana. Desse modo, propõe-se ao avanço da desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, o desmonte do aparato político-ideológico que alimenta a tutela e a segregação manicomial e, portanto, a produção de estratégias reabilitativas capazes de superar o isolamento, o abandono e a cronificação tão frequentes nessa população, a qual vivencia cotidianamente uma variedade de violação de direitos (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

No entanto, essa demanda requer a organização de uma política integrada em rede. Por isso, a definição do melhor paradigma perpassa pela efetivação de princípios organizativos

legais, redefinição das instituições assistenciais, mudanças na prática clínica de modo a atender as reais necessidades dos usuários, além da viabilidade política e de alterações estruturais que desafiam interesses corporativos e mudanças socioculturais (TRAPÉ; ONOCKO CAMPOS, 2017).

As redes possuem potencialidades para “atravessarem” equipes e equipamentos de saúde, visto que podem se articular de uma unidade básica para emergência, ou desta para um hospital, dentre outros serviços da RAPS; portanto, os caminhos a serem percorridos são acionados e definidos a partir de um PTS, sempre inerente às necessidades dos usuários e naquilo que está disponível para o seu cuidado. Isso requer uma participação efetiva dos profissionais da saúde mental para o desdobramento das ações em rede (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

O profissional de saúde mental desempenha papel fundamental nas ações de cuidado, na perspectiva da integralidade. Desse modo, apesar do reconhecimento das normativas da RAS (BRASIL, 2010) e da RAPS (BRASIL, 2011) para o fortalecimento das políticas no campo da saúde mental, faz-se necessário ainda promover visibilidade às potencialidades de uma rede por meio da compreensão dos profissionais que atuam nos serviços de saúde substitutivos. Tal perspectiva presume demonstrar a multiplicidade de conexões constituídas em uma rede de cuidado, o qual é construído, desconstruído e reconstruído por estes profissionais (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Assim, esse estudo aponta como **Tese** que as Representações Sociais (RS) de profissionais de saúde mental sobre a RAPS potencializa a ampliação do conhecimento, práticas e relações sociais que implicam diretamente com a organização, planejamento e efetivação de políticas no campo da saúde mental.

Neste sentido, nos ocorreu a seguinte questão norteadora: quais as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial? Para responder a esse questionamento, definimos como objetivo geral: analisar as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

E, como objetivos específicos: apreender a dimensão conceitual das representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial; compreender a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial; Descrever as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Desse modo, o aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS), visa à compreensão das opiniões e atitudes originadas a partir da vida cotidiana, por

intermédio das relações sociais que são estabelecidas entre grupos sociais ou pessoas de um mesmo grupo (MOSCOVICI, 2010). Trata-se de um referencial que permite a identificação da dimensão funcional e prática resultante da organização dos comportamentos, das ações comunicativas, no discurso e na explicação do cotidiano e na caracterização dos diversos grupos sociais (VALA; MONTEIRO, 2004).

As RS referem-se ao conjunto de pensamentos, ideias e crenças as quais são oriundas das relações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos, sendo dinâmicas, mutáveis, que podem determinar comportamentos, cristalizar-se ou modificar-se com o passar do tempo (MOSCOVICI, 2012; SÁ, 2002).

Neste sentido, configura-se como um sistema de interpretação da realidade, que possibilita a organização das relações humanas, orientando suas ações cotidianas, permitindo-lhes interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta ao mesmo tempo em que (des)constrói e se apropria de objetos socializados (MOSCOVICI, 1978).

Como aporte teórico para este estudo, que se propõe compreender o fenômeno da RAPS, a TRS, de acordo com pensamento de Serge Moscovici, revelou-se pertinente, visto que a perspectiva deste autor se insere numa interface da Psicologia Social e da Saúde, considerando que as relações sociais dos sujeitos projetam e constroem as realidades por eles vivenciados.

Logo, acredita-se que este estudo poderá promover a visibilidade da RAPS, enquanto estratégia de trabalho essencial para o fortalecimento da lógica psicossocial, considerando as reflexões construídas a partir dos atores sociais que manejam esta ferramenta. Contribui ainda na identificação das demandas dos usuários dos serviços de saúde mental para a melhor definição das estratégias que atendam as reais necessidades, portanto, necessária a atuação de modo multidisciplinar e intersetorial, ações primordiais para a efetivação da rede de saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA: diálogos do universo reificado

A contextualização e delimitação do objeto de estudo ocorreu por meio de uma revisão da literatura científica, do tipo narrativa. As buscas foram realizadas nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), do portal da *National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine* (PubMed), do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de periódicos *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Saúde Mental, profissionais de saúde, serviços de saúde mental, combinados entre si, por meio do operador booleano AND. Utilizou-se apenas artigos disponíveis na íntegra, dos últimos cinco anos e no idioma português.

Além disso, utilizamos materiais do Ministério da Saúde, a exemplo de leis, portarias e resoluções, os quais versam sobre a temática, no intuito de subsidiar as nossas discussões. Os achados encontrados evidenciou a lacuna do conhecimento no que diz respeito às representações sociais de profissionais de saúde mental no contexto da RAPS.

2.1 Políticas de saúde mental no contexto da rede de atenção psicossocial

As políticas públicas no campo da saúde mental, no Brasil, possuem maiores destaques no final dos anos de 1970, visto que era uma das principais necessidades à saúde da população. O modelo hospitalocêntrico era predominante na época, tinha como primícia os hospitais psiquiátricos, caracterizados por baixa qualidade no tratamento e ocorrência frequente de violações dos direitos humanos, sendo escandalosamente arcaico (ALMEIDA, 2019).

Por isso, era peremptório considerar uma reforma dos serviços de saúde mental. Sabe-se ainda que o desenvolvimento da política de saúde mental esteve associado à criação do SUS, à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira (ALMEIDA, 2019).

Desse modo, reconhecemos que a reformulação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS, a partir da lei 8.080/1990, ao definirem a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado, fomentou transformações no setor saúde balizadas pelos ideais de universalização e democratização do acesso aos serviços, equidade e integralidade da assistência, sendo valorizadas as ações por meio da intersetorialidade (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Outra característica pertinente na construção das políticas em saúde mental foi a participação de todos os setores da sociedade, por meio das Conferências Nacionais de Saúde Mental, com milhares de atores sociais, militantes desse campo, a exemplo de profissionais de saúde, usuários e familiares, além dos ativistas. Ressalta-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental que representou um importante espaço para a ampliação das discussões e prerrogativas para o cuidado em saúde mental (ALMEIDA, 2019).

No mesmo sentido, a lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 constitui-se marco histórico no campo da saúde mental (BRASIL, 2001), que foi embasada no desejo de desinstitucionalizar os internos – indivíduos que se tornaram moradores dos hospitais psiquiátricos, e propor ações em saúde mental nos territórios próximos ao cotidiano dos sujeitos com sofrimento psíquico, no intuito de implementar uma rede de serviços substitutivos de âmbito comunitário, a exemplo dos CAPS (BRASIL, 2002).

As novas organizações e reestruturações dos serviços em saúde mental requerem mudanças nas formas de compreender o sofrimento psíquico, da humanização da assistência, valorização do protagonismo, a autonomia e a participação social dos sujeitos. De modo geral, as efervescentes mudanças teórico-práticas e políticas que envolveu o setor saúde e o campo da saúde mental/atenção psicossocial, culminou com a reestruturação do sistema de saúde brasileiro de atenção à saúde mental, de acordo com o modelo da RAS que favoreceu para a criação da RAPS (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

A Portaria Ministerial nº 4.279/2010 conceitua a RAS como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 1).

Em síntese, essa nova organização propõe estabelecer a integralidade e continuidade do cuidado, por meio da integração e interação de serviços de saúde, no intuito de consolidar vínculos horizontais entre atores e setores, o que vai de encontro à fragmentação de programas e práticas clínicas pautadas em ações isoladas de modo curativa em serviços especializados. Por essa razão, a orientação dos serviços em RAS possui a finalidade de qualificar a atenção e a gestão do SUS (BRASIL, 2010).

Na mesma direção, a proposta organizacional em rede no campo da saúde mental foi implementada em 2011, a portaria 3.088 (BRASIL, 2011), que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas, no âmbito do SUS, incluindo outras portarias complementares. Trata-se de uma legislação que visa o cuidado pautado na integralidade, que garante o acesso dos usuários nos diversos níveis de atenção à saúde. Os eixos que compõe a RAPS podem ser melhor compreendidos no quadro a seguir:

Quadro 1: Definições dos componentes e serviços da RAPS

NÍVEIS DE ATENÇÃO	SERVIÇOS
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial: <ul style="list-style-type: none"> ✓ (CAPS) dos tipos I, II, III (sendo o CAPS III possuindo leitos e funcionamento de 24h, todos os dias da semana) ✓ CAPS ad (Álcool e outras Drogas) ✓ CAPS ad III (com leitos e funcionamento 24h por dia) ✓ CAPS infantil (CAPS i)
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro • Unidades Básicas de Saúde, entre outros
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Recolhimento • Serviços de Atenção em Regime Residencial
ATENÇÃO HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

<p style="text-align: center;">ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos: moradias para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos com acentuada vulnerabilidade social
<p style="text-align: center;">REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

No entanto, novas configurações sobre a RAPS surgem a partir do ano de 2012, a exemplo da inserção das Comunidades Terapêuticas, por meio da Portaria nº 131, que “*institui incentivo financeiro aos Estados, Municípios e Distrito Federal para o custeio de serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo as Comunidades Terapêuticas*” (BRASIL, 2012, p. 1). Vale salientar que tal componente “substitutivo” não atende às exigências comunitárias, visto que atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Arelado a tais mudanças, a publicação da resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS, na qual passa a considerar como componentes da RAPS: Atenção Básica; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017b).

Nesse contexto, essa tendência consolidou-se com a implantação da Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), que gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o que caminha na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), a qual preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Outro destaque importante refere-se a Nota Técnica de n.º 11/2019 publicada no ano de 2019, na qual esclareceu sobre as mudanças na PNSM e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, sendo apontado de modo explícito o retrocesso da RPB e, conseqüentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Neste contexto, como retrocessos, a partir da Nota Técnica citada acima, destacam-se: a internação de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos, que passam a ser

considerados serviços privilegiados de cuidados, contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de interferir diretamente no direcionamento dos gastos público; as comunidades terapêuticas como ponto de atenção estratégico para o cuidado às pessoas em consumo de drogas, desqualificando a política de redução de danos; o financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Desse modo, fica notório nesta Nota Técnica o lugar privilegiado da psiquiatria, o que contradiz com os princípios da clínica ampliada, do trabalho em equipe, da multidisciplinaridade, intersetorialidade, dentre outros aspectos inerentes ao cuidado em saúde mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Portanto, reconhecemos que a RAPS da maneira como foi pensada e instituída no ano de 2011, apresenta-se como importante estratégia para a desconstrução do aparato manicomial e continuidade da assistência em território. Ainda com todos os desafios vivenciados por seus atores nos movimentos de tessitura para a efetivação dessa estratégia, seja pelos próprios usuários que, ao circular por serviços e estratégias, encontra caminhos e possibilidades de cuidado, ou pela perspectiva dos trabalhadores de saúde mental que buscam a articulação para o compartilhamento do cuidado, afirmamos a necessidade da valorização das ações no território, pois permitem a inserção social dos usuários, sobretudo, o seu valor de pertencimento social (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

2.2 Rede de Atenção Psicossocial e sua interface com a intersetorialidade

A rede deve ser fomentada com base em uma horizontalidade, que não se resuma à hierarquia de níveis de complexidade de atenção, mas que leve em consideração as relações dos outros pontos de atenção entre si no território e com outros pontos da rede, bem como, a comunidade, as famílias e os indivíduos conectados a essa rede (BRASIL, 2013).

As intervenções no campo da saúde mental devem ser investidas para além de serviços ou equipamentos de saúde, com vistas à efetivação da reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico, que foram secularmente estigmatizadas e excluídas socialmente. Para tanto, requer a inclusão dos usuários em outros estabelecimentos, como associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Com isso, surgem as articulações produzidas para responder às demandas de cuidados por meio da comunicação entre os setores (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

As ações baseadas na intersetorialidade possuem potencialidades e benefícios, os quais podem ser evidenciados quando os contatos se estabelecem, onde são tecidas redes de suporte

para os usuários dos serviços e os profissionais. Com isso, amplia as estratégias que possibilitam a comunicação e a troca de saberes, práticas e ideologias, permitindo uma sensação de corresponsabilização do cuidado, que pode contribuir para a diminuição da sobrecarga de trabalho, além de sustentar a duração das intervenções (TANO; MATSUKURA, 2019).

A corresponsabilização em saúde mental perpassa pela participação comum, abrindo espaço para as relações mais transversalizadas, superando as disputas de poder, sobretudo, por oferecer possibilidades para a produção de reflexões, articulações e estratégias planejadas de modo coletivo. Desta forma, essa ferramenta torna-se primordial para a dinâmica do cuidado aos usuários dos serviços psicossociais, visto que se fundamenta no diálogo entre setores, políticas e programas sociais que buscam propor suas estratégias na promoção da cidadania, intersetorialidade e participação popular (CARMO; GUIZARDI, 2017).

De modo geral, o trabalho compartilhado requer a superação da lógica do mero encaminhamento, o que faz com que o atendimento não seja responsabilidade exclusiva daquele que recebe, mas exige-se o compromisso deste em compartilhar, acompanhar e retornar com as informações dos usuários que foram assistidos, a fim de efetivar a integralidade do cuidado (KANTORSKI *et al.*, 2017).

Ao incursionar para o campo da intersetorialidade, observa-se a contribuição substancial para a problematização sobre o sofrimento psíquico, no qual ao longo dos anos esteve fundamentada na linearidade biomédica oriunda dos diagnósticos nosológicos e classificatórios, que condicionava a compreensão “técnica” sobre os contextos de vida (LUGON, 2016).

Nesta perspectiva, as ações pautadas nos diversos setores sociais permitem a oferta de um cardápio amplo de estratégias que enriquece o projeto terapêutico e viabiliza a articulação de redes de cuidados à pessoa com sofrimento psíquico, que por meio da articulação entre profissionais favorece para a exploração de recursos comunitários e integração dos atores sociais envolvidos (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Para tanto, a efetivação dessa estratégia requer o envolvimento entre usuários, gestores e demais instâncias responsáveis pela promoção do cuidado, a exemplo das equipes de referência e das equipes de matriciamento em saúde mental, a fim de compor um cuidado integral e resolutivo às demandas dos usuários (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Ressalta-se que a perspectiva das RAS, de maneira geral, atua na tentativa de romper com a concepção hierárquica e traz as redes como formações poliárquicas, ou seja, o trabalho direcionado para a horizontalidade, sem desvalorizar as diferentes tecnologias de cuidado. A partir disso, a referência que orienta o cuidado sai da complexidade exigida e vai para o usuário

e suas demandas. Desta forma, novos fluxos poderão ser efetivados e circuitos serão traçados dentro do sistema de atenção à saúde (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Apesar dos inúmeros avanços a partir da criação da RAPS, reconhecem-se os desafios para a materialização das políticas no campo da saúde mental. Com o advento da nova lógica de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, exige-se que o profissional transite por diferentes cenários de atendimento em saúde mental, e que esteie reflexão e criticidade quanto ao potencial transformador necessário para ampliação e resolução das demandas dos usuários, no intuito de colaborar com o processo de reabilitação psicossocial (NOBREGA; SILVA; SENA, 2018).

No contexto atual, inúmeras dificuldades têm segregado o cuidado em saúde mental, transformando as curvas do território em labirintos que circunscrevem especialidades e especialistas. Ademais, nota-se a dificuldade em reconhecer que a integralidade da atenção perpassa pela necessidade de ‘emaranhar’ as linhas de cuidado, ‘transdisciplinarizar’, e admitir a coexistência de múltiplas facetas que envolvem os processos saúde-doença de um usuário, que, em última instância, é um ser multidimensional (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Salienta-se, portanto, que o fortalecimento da intersetorialidade e do trabalho em rede tem impactos importantes na consolidação dos princípios reformistas, uma vez abre espaço para inúmeras possibilidades do saber cuidar da pessoa com sofrimento psíquico, dando-lhe oportunidades para vivenciar sua autonomia dentro do seu território, exercitando sua cidadania, de forma a reconhecer a necessidade de explorar outros espaços territoriais (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019).

Desta forma, a rede pensada de modo transversal é apostar na potência das conexões entre os serviços de saúde, visto que as ações no campo da saúde mental perpassam por várias instâncias sociais (ROMAGNOLI *et al.*, 2017).

Tal articulação entre os diversos equipamentos da cidade, para além dos equipamentos de saúde, proporciona a resolutividade das ações, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. Para tanto, torna-se necessário superar o desafio complexo da promoção da intersetorialidade entre a saúde mental e as diferentes políticas e recursos sociocomunitários, pensando uma concepção de rede ampliada, ultrapassando o campo da saúde (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019).

2.3 Práticas de profissionais de saúde mental em Rede de Atenção Psicossocial

O modelo de atenção psicossocial propõe um olhar ampliado para as demandas dos usuários dos serviços de saúde mental, buscando inseri-los como protagonistas de seu próprio cuidado, além de proporcionar dispositivos de reinserção social. Nesse sentido, a rede de cuidado possibilita a integralidade das ações por meio do acesso a intervenções em diferentes momentos, nos mais diversos cenários sociais.

Logo, ampliaram-se as possibilidades de pensar sobre o cuidado em saúde mental, o que inclui a estruturação de uma rede de serviços que desenvolva ações capazes de ofertar acolhimento e atenção adequada às demandas de seus usuários, sobretudo, permitir que haja envolvimento dos próprios usuários, familiares, o território, os gestores, a comunidade, especialmente, dos profissionais de saúde (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Nesta perspectiva, as práticas dos profissionais de saúde mental passam a acontecer de modo interdisciplinar e intersetorial, primícias essenciais para o cuidado voltado para a integralidade. Por isso, requer a compreensão dos atores sociais responsáveis por tais ações em rede, a fim de compartilhar as necessidades (EVANGELISTA; BARRETO, 2016).

A partir disso, emerge a relevância da construção de ações articuladas, estratégia que pode ocorrer quando a equipe de profissionais de saúde compreende a importância da interdisciplinaridade e da rede intersetorial. Quando o território é visualizado como lócus das ações dos profissionais da rede de atenção psicossocial, possibilita a criação e recriação de formas de relação, vínculo, negociação entre profissionais e usuários, sendo possível a construção e desconstrução de redes, por meio das experiências vivenciais (NUNES *et al.*, 2020).

Tal perspectiva produz potencialidades para a busca de soluções aos desafios que surgem no cotidiano das relações do território, visto que o trabalho em saúde mental dos sujeitos é uma tarefa árdua, que requer dos profissionais comprometimento e habilidade para lidar com as possibilidades e os entraves que surgem neste campo (ESLABÃO *et al.*, 2017).

A postura em questão, rompe com a centralização do cuidado em um único serviço de saúde, visto que exige a articulação dos variados dispositivos sociais, a fim de solucionar as problemáticas dos usuários, as quais podem surgir por diversos motivos, desde o acompanhamento na atenção especializada, intervenções de ordem social, assistência em momentos de crise, dentre outras demandas. Desse modo, o profissional precisa se responsabilizar pelo manejo em direção a outro serviço. Cria-se, com isso, um objeto de

trabalho para além da responsabilidade individual, tornando-se um objeto da rede (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Assim, torna-se fundamental a reflexão do trabalho em saúde mental no que tange a uma responsabilidade compartilhada, bem como a discussão entre os profissionais de saúde sobre a prática, a fim de se aproximarem e se apropriarem de conceitos, diretrizes e meios operadores para o desenvolvimento de suas ações de cuidado no campo da saúde mental (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

A articulação dos serviços de saúde mental em rede horizontalizada permite uma interlocução mais profunda entre agentes de saúde atuantes nos variados serviços, o que facilita a capilaridade das ações no campo da saúde e do social. Desconstrói, pois, o modelo organizacional-burocrático expressa na ideia hierarquizada, de referência e contrarreferência, muito presente nas redes de serviços, facultando várias opções de “portas de entrada” e redes singulares construídas pelos próprios trabalhadores. Por outro lado, cria-se a possibilidade dos profissionais de saúde transitarem nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, o que permite ao usuário estar, de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), em vários níveis de complexidade, bem como nos espaços comunitários (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Destarte, os CAPS constituem-se como um dispositivo de referência na atenção à saúde mental, tendo como objetivos a realização de estratégias de promoção a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares (VIANA; CAMPOS, 2018).

Para tanto, os profissionais de saúde dos CAPS precisam do apoio matricial entre os demais componentes da RAPS, para que o cuidado psicossocial se estabeleça numa lógica territorial, rompendo com práticas burocratizadas. De forma pedagógica, deve-se procurar habilitar os serviços de saúde para o acolhimento das demandas de saúde mental, possibilitando a troca de saberes, a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde e das ações no território (VIANA; CAMPOS, 2018).

Nessa lógica, o apoio matricial surge como instrumento para o fortalecimento de ações em rede, visando à formação permanente, tendo como fundamento a dimensão técnico-pedagógica por meio de ações conjuntas e trocas entre os profissionais. Desse modo, o apoio matricial tem o potencial de aprimorar o repertório de conhecimentos, os modos de compreender e de produzir cuidado (BISPO-JÚNIOR; MOREIRA, 2018). Tais perspectivas direcionam para o trabalho interprofissional, que de acordo com Oliveira e Campos (2015), aparece com a nomenclatura de cuidado compartilhado ou cuidado colaborativo na literatura

internacional, mas o termo apoio matricial, na sua dimensão conceitual ou metodológica é singular no Brasil.

No estudo realizado por Lima e Gonçalves (2020), com dez profissionais de nível superior dos CAPSs, algumas propostas foram apontadas para a efetivação do matriciamento, a saber: equipe específica de profissionais para realizar o apoio matricial; definição de uma pessoa responsável para articular a rede e favorecer o apoio matricial do ponto de vista logístico e técnico; divisão dos usuários por territórios e presença de um profissional de referência em cada território.

Ressalta-se ainda a necessidade da educação permanente para os profissionais que se deparam com situações da saúde mental no exercício de suas atividades. Desse modo, o espaço criado permite a troca de vivências, o relato das dificuldades encontradas, a sensibilização quanto ao seu papel na RAPS, dentre outras. Sabe-se que, muitas vezes, esses profissionais se dão conta de que o conhecimento apreendido na formação universitária e nos manuais não são suficientes para o manejo das demandas na prática laboral (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Diante de toda complexidade e das interfaces envolvidas no cuidado em saúde mental, nota-se a necessidade de encontros de supervisão semanais, não apenas para discutir os casos em atendimento, mas também para analisar as demandas oriundas do processo de trabalho, o que implica na compreensão particular em relação aos diferentes contextos dos usuários (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este capítulo se dedica à TRS, a qual foi escolhida para subsidiar a investigação de modo a permitir a construção de significados e sentidos importantes do grupo social estudado, a partir de suas experiências e relações com o objeto em questão. A partir disso, é possível abrir novos horizontes sobre o fenômeno da saúde mental, ao tempo em que oferece um esboço de como os atores sociais assimilam e vivenciam a realidade na qual estão inseridos.

A TRS se propõe a compreender os problemas e os conceitos da psicologia social. Tal perspectiva foi descrita por Serge Moscovici em sua obra *La Psicanalyse, Son image et son public* (1961), onde relata sobre a representação social da psicanálise de parisiense no final dos anos cinquenta (SÁ, 1996).

De acordo com Rocha (2014), Moscovici se dedicou a difundir sua teoria em um período em que predominava o modelo histórico que valorizava de forma exacerbada o saber científico, em detrimento das formas de conhecimento construídas no senso comum e da cultura social, depreciando os conceitos elaborados socialmente.

Logo, com o advento da TRS, deu-se início a um intenso processo de desenvolvimento de trabalhos com enfoque na Psicologia Social. Nota-se que isto foi possível devido ao caráter social presente intrinsecamente nesta teoria, que vem galgando espaço e relevância nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde, tendo a finalidade de compreender o pensamento e as práticas sociais, visto que podem influenciar sobremaneira no processo saúde-doença das pessoas (JOVCHELOVITCH, 2011; GUARESCHI, 2012; JODELET, 2015).

No que refere à epistemologia conceitual das Representações Sociais (RS), Sá (1996) assinala as dificuldades para apreensão em sua totalidade, descreve a resistência que Moscovici apresentava para definir de modo preciso as RS, pois, ele julgava que poderia reduzir o seu alcance. Somente em 1981 que Moscovici propõe-se a realizar uma analogia sobre o conceito das RS, sendo definido com conjunto de conceitos, proposições e explicações de origem do convívio social, que permite o desenvolvimento de nossa rede de comunicações interpessoais.

Trata-se de uma busca pela compreensão do sentido que determinado objeto representa para o sujeito que o observa, relaciona e interage; a princípio, construído de modo individual, no entanto, a partir de uma relação social, o que torna uma elaboração coletiva (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

Isso significa dizer que a partir das RS é possível formular interpretações do pensamento individual considerando as conexões coletivas dos sujeitos. Essa perspectiva demonstra as

características provenientes do comportamento humano com o meio, que pode ser modulado devido às suas vivências sociais (MOSCOVICI, 1978).

Nesse sentido, as RS passam a ser construídas no campo das interações humanas, sob influência dos contextos socioculturais de cada sociedade, orientando e sendo reorientadas pela ação de sujeitos em suas práticas cotidianas (MOSCOVICI, 2012). Salienta-se que TRS foi construída a partir de vertentes do pensamento socioantropológico e da psicologia construtivista, sócio-histórica e cultural, o que possibilitou o seu entrelaçamento entre o social e o individual na sua conceituação. Quanto a sua perspectiva psicológica, Serge Moscovici é considerado o pioneiro, balizando-se na perspectiva sociológica dos estudos realizados por Émile Durkheim (MARKOVÁ, 2006; JODELET, 2014; DIORIO; COSTA; SANTANA, 2017).

Em detrimento de suas características, a TRS se inscreve numa perspectiva sociológica da Psicologia Social, tendo o objeto de investigação relacionado à estrutura social do sujeito, de como ele busca a intersecção com o campo social que o rodeia, portanto, valorizando o senso comum na construção da realidade percebida, vivenciada e compartilhada (MARKOVÁ, 2006; GUARESCHI, 2012; ARRUDA, 2014; TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014).

Nesse sentido, as RS são consideradas uma forma de produção do conhecimento que possui relação com saber do senso comum (ARRUDA, 2014; JODELET, 2014). Partindo dessa premissa, o conhecimento produzido é capturado pela forma como os indivíduos e comunidades representam objetos, signos, realidades e sentidos, os quais possuem significados importantes nas relações e nas inter-relações sociais, no intuito de proporcionar a compreensão acerca dos modos de vida (MARKOVÁ, 2006; JOVCHELOVITCH, 2011; ARRUDA, 2014; JODELET, 2014).

Portanto, as RS circunscrevem o pensamento social dos indivíduos, permitindo, assim, o intercâmbio individual e coletivo de trocas, aquisições, construções e partilhas de conhecimento sobre o objeto/fenômeno no ambiente das relações entre pessoas (MOSCOVICI, 2012; ROCHA, 2014).

Na perspectiva de Jodelet (2001), as RS ocorrem através de sistemas de interpretação que regem as interações do sujeito com o seu meio social, orientando e organizando as condutas. Trata-se de fenômenos cognitivos que revelam o pertencimento social das pessoas com suas experiências construídas ao longo da vida, contribuindo para a aproximação da vida individual e coletiva.

Outrossim, a RS passa a ser visualizada como uma construção de saberes impregnados pelas relações sociais de cada pessoa, o que envolve os valores, crenças, paixões, de forma que

o significado atribuído pelo sujeito possui relação com um emaranhado de interações sociais (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

Desta forma, as RS possuem um caráter dinâmico e relacional à trajetória do grupo que a elaborou, visto que são oriundos de um processo sempre atuante, desencadeado pelas ações coletivas dos indivíduos, mas advém dos reflexos relacionais, os quais são estabelecidas dentro e fora do grupo, no encontro com outros indivíduos ou outros grupos sociais. Por isso, o produto final da ação dos indivíduos passa a ser caracterizado pela RS que seu grupo elaborou (SAWAIA, 2004).

As relações entre sujeito-objeto da representação constituem-se fenômenos complexos, que na tentativa de exprimir um saber sobre dada realidade, a pessoa aciona processos cognitivos, informativos, ideológicos e de opinião, os quais são identificáveis por meio da RS (JODELET, 2001). Nesse sentido, uma RS perpassa pela construção sociopsicológica que permite a elaboração simbólica do objeto para alguém, uma pessoa ou um grupo. Ao fazer isto, o objeto passa a ser representado de maneira individual ou coletiva a partir dos processos sociais envolvidos com o mesmo (MOSCOVICI, 1961, 1978).

Por tais aspectos, Moscovici (2010) reconhece a construção do conhecimento a partir de dois universos: o consensual e o reificado. O primeiro refere-se às formas como grupo social se manifesta livremente suas opiniões, saberes e conhecimentos como se fosse também opinião do grupo, portanto, cada sujeito se vê como porta-voz do todo social. Já o segundo, o saber é produzido por aqueles que possuem competências definidas podem emitir opiniões sobre determinados temas com conteúdo de autoridade pelo grupo social.

Para Moscovici (2012), as ciências são percebidas como universo reificado, por outro lado, as RS perpassam pelo universo consensual. Ressalta-se que o primeiro pode esconder significados sociais importantes, pois, enfatiza a precisão intelectual e valoriza a evidência científica. Já as RS baseadas no universo consensual se tornam uma possibilidade de apreensão do conhecimento de forma coletiva, do senso comum, sendo capaz de explicar o objeto social de modo acessível a qualquer pessoa, facilitando a comunicação entre os sujeitos.

Nesse contexto, a partir do momento em que o conhecimento produzido requer uma forma de nomear, classificar e tornar concreto algo que até então não é familiar, as RS surgem como campo do saber com função de transpor o desconhecido dentro do universo consensual tornando-o factível, sobretudo, colaborando para tornar o inacessível algo acessível para os sujeitos interessado em dado objeto (MOSCOVICI, 2010).

Salienta-se ainda que cada estrutura de uma RS possui uma face figurativa e outra simbólica, as quais estão inter-relacionadas (MOSCOVICI, 1978). A partir dessa configuração,

Sá (1996) destaca que a compreensão dos processos formadores para a RS ocorre por intermédio da objetivação e ancoragem.

A objetivação preocupa-se em atribuir materialidade a um objeto abstrato, ou seja, descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem. Já a Ancoragem busca apreender os elementos inteligíveis da representação, tem por objetivo transformar o objeto, algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e compará-lo com um paradigma de uma categoria que passa a ser apropriada, ou seja, ancorar permite classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2012).

Nesta perspectiva, as RS não são criadas por uma pessoa de forma isolada, portanto, para explicar ou se compreender uma representação é necessário identificar os elementos que deram origem a tal representação. Por isso, torna-se essencial buscar, na história, em que momento esta representação torna-se “familiar” para um determinado grupo, processos compreendidos a partir da “objetivação” e “ancoragem” (BERTONI; GALINKIN, 2017).

Para atender o crivo das RS, existem condições mínimas, a saber: um objeto social deve ser definido de forma ambígua; as pessoas devem sentir a necessidade de inferir sobre ele; e diferentes aspectos desse objeto devem ser salientes para diferentes grupos (MOSCOVICI, 1961; 1978).

Para Flament e Rouquette (2003) um objeto deve ter uma função de conceito para o grupo, explicando um conjunto de ocorrências de fenômenos subordinados; deve ser um tópico de comunicação; e deve estar associado a um nível de práticas sociais. Assim, uma RS é resultado de um processo de significados e sempre substitui o objeto que um ator social vincula a ela. O objeto só pode ser acessado por meio de uma representação; para um determinado ator social, essa representação “é” o objeto (ABRIC, 1994).

Por conseguinte, Moscovici (2012) atribuiu algumas funções às RS, por exemplo: a *função do saber*, a *função identitária*, a *função de orientação* e a *função justificadora*. A *função do saber* é aquela que permite a compreensão da realidade a partir do senso comum, contribuindo para aquisição de novos conhecimentos e agregá-los dentro de um contexto que seja assimilável e compreensível para os sujeitos; quanto às *funções identitárias*, referem-se à identidade do grupo social, ou seja, resguardando as especificidades do mesmo dentro do campo social.

No que tange a *função de orientação* das RS, nota-se seu papel em definir as condutas, comportamentos e práticas sociais, resultante da prescrição de ações obrigatórias, sendo estabelecido aquilo que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto específico. Por fim, a

função justificadora, que permite responder, *a posteriori*, as condutas e posicionamentos da sociedade, ou seja, as explicações dos atores sociais em relação a determinado comportamento, o que se torna essencial para as possíveis intervenções frente a situação encontrada (MOSCOVICI, 2012).

Destaca-se que existem três abordagens teórico-metodológicas principais derivadas da ideia inicial proposta por Moscovici, tais como: a abordagem genética ou processual, originada nos estudos de Serge Moscovici e desenvolvida por Denise Jodelet; a abordagem estrutural, que tem como principais representantes Jean-Claude Abric e Claude Flament, e a abordagem societal, da Escola de Genebra de Willem Doise (LEMOS; COSTA; LIMA, 2013).

A primeira abordagem possibilita a compreensão da formação das representações sociais, a segunda à sua forma estrutural, e a terceira, as posições individuais no campo representacional e a respectiva ancoragem na dinâmica societal. Ressalta-se que a relação entre representações e práticas é fundamental em todas as abordagens, bem como o aprofundamento dos estudos com esta ênfase em cada tipo, o que torna bastante proveitoso para propor transformações relativas ao tema em foco (LEMOS; COSTA; LIMA, 2013).

Por conseguinte, o êxito desta teoria deve-se a possibilidade de compreensão acerca de dado fenômeno social, sobretudo, pela visibilidade quanto às normas sociais que estão impregnadas nas relações dos sujeitos e conduzem o pensamento social, que fazem com que as representações se movimentam no meio de diferentes conceitos e percepções (CARAVACA MORERA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, este estudo propôs trabalhar com abordagem processual das RS, que de acordo com sistematização de Jodelet (2001) foi possível propor uma forma mais objetiva, um estilo científico anglo-saxônico, à retórica de Moscovici na explicação das propostas básicas da teoria. Desse modo, a vertente processual possui enfoque nos discursos sociais propiciando a manutenção das representações, dos comportamentos e das práticas sociais, as quais revelam em si mesmos, as interações sociais do grupo em questão (SÁ, 1996).

Na visão de Jodelet (2001), as RS são consideradas fenômenos complexos que possuem influência na vida social, sendo o senso comum valorizado para a produção do conhecimento, distinto do saber técnico-científico, entretanto, possui relevância para a compreensão dos processos cognitivos, tornando-o legítimo.

A TRS produz espaços de fala, escuta, (des)construção de significados sobre os modos de vida das pessoas em torno da experiência com o objeto no curso de sua história. Diante dos conceitos e perspectivas teórico-metodológicos das TRS, evidencia-se a aplicabilidade no campo da saúde mental, sobretudo, pelas marcas sociais deixadas ao longo dos anos.

Infere-se ainda que devido à forma dinâmica das RS, contribui de maneira enriquecedor com as investigações no campo da saúde no que se refere aos aspectos sociais de fenômenos importantes, os quais produzem estranheza para aqueles que vivenciam tais contextos. Portanto, identificar as RS de profissionais de saúde mental sobre os modos como representam a rede de saúde mental ajuda a compreender os sentidos subjetivos que pertencem a essa área do conhecimento e, como tais representações podem influenciar sobremaneira em suas ações nos serviços especializados em saúde mental.

Logo, as dimensões representacionais capturadas sobre a RAPS revelam qual a postura dos profissionais de saúde, que possui o papel de fomentar uma visão ampliada sobre o paradigma psicossocial, no manejo dessa estratégia de cuidado aos usuários de saúde mental. Ademais, é possível compreender o quanto o sujeito está imbuído de crenças e valores sociais, os quais são incorporados ao longo do processo cognitivo da existência humana.

Em razão disso, o objeto social em ênfase é visto de maneira aprofundada por meio das RS, sendo capaz de evidenciar os pensamentos, sentimentos e experiências em torno do mesmo. Assim, as imagens produzidas refletem o que está posto no nível da cognição, logo, quando o indivíduo ou a coletividade expressam suas percepções sobre determinado objeto, supostamente há um contato prévio sobre a realidade em questão. Desta forma, o estímulo criado no sujeito permite a formulação de respostas frente àquilo que se pretende representar.

Sendo assim, o envolvimento das RS no campo da saúde mental já é alvo de inúmeras investigações, o que pode ser reforçado a partir desta pesquisa, visto que busca promover visibilidade a uma problemática que requer esforços dos atores sociais implicados nesse processo de construção de cuidado em rede de saúde mental. Entretanto, são notórios os desafios que advêm da perspectiva psicossocial, a qual ainda precisa ser de fato efetivada de acordo com as propostas legais.

Neste ínterim, apreender as RS de profissionais de saúde mental sobre a RAPS abre espaços para a identificação daquilo que circula entre os discursos e as práticas deste grupo de pertença, fornecendo uma compreensão acerca das construções simbólicas representadas por estes, de maneira a tornar mais claro as ideias e pensamentos, os quais são dinâmicos e evoluem de acordo com os contextos socioculturais.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantiqualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), de acordo com a abordagem processual de Denise Jodelet (2001). Este aporte teórico foi utilizado na perspectiva de analisar ideias que são construídas no senso comum, ou seja, como as pessoas e os grupos sociais, no curso de suas vidas cotidianas, elaboram saberes sobre si mesmas, sobre os outros e sobre os diversos objetos sociais (FELIX et al., 2016).

Assim, as RS produzidas são oriundas de ideologias que retratam as relações sociais de determinado grupo. Salienta-se que a construção dos saberes próprios de um grupo social, que os caracteriza e os identifica, envolvem outras dimensões para além do saber elaborado apenas com o uso da cognição, tais como os sentidos e as emoções produzidas no mundo vivido (LEMOS; COSTA; LIMA, 2013).

4.2 Local do estudo

O campo da pesquisa foram o Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó (CAPS II) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad) do município de Jequié, Bahia, Brasil. Este município fica situado na região sudoeste do Estado da Bahia, com distância de 364 km da capital, Salvador, com limites entre a zona da mata e a caatinga; possui uma população estimada de 156.277 habitantes (IBGE, 2021).

Os CAPS II e ad são serviços especializados e de referência em saúde mental do referido município, sendo que o primeiro atua na produção do cuidado à pessoa com sofrimento mental grave e persistente, tais como esquizofrenia, depressão, transtorno de ansiedade, dentre outros; já o segundo assiste pessoas em consumo abusivo de álcool e outras drogas. Portanto, esses cenários configuram-se como locais ideais para o desdobramento da pesquisa, visto que possuem unidades com perfis de participantes adequados.

O CAPS II foi implantado no município de Jequié-BA no ano de 2004, serviço especializado em saúde mental que oferta atendimento de segundas-feiras às sextas-feiras. Possui um total aproximado de mil novecentos e vinte e um usuários inscritos, sendo de quarenta e cinco usuários/dia, de ambos os sexos. No que se refere à infraestrutura, o mesmo possui uma recepção, uma sala de coordenação, um consultório de enfermagem, uma farmácia, um consultório de técnico de enfermagem, três consultórios médicos, dois banheiros para os

usuários, dois banheiros para os profissionais da unidade, uma sala para oficinas, uma cozinha, um refeitório e espaço externo.

No período da coleta de dados a equipe do CAPS II era composta pelos seguintes profissionais: um enfermeiro especialista em saúde mental, dois assistentes sociais, um farmacêutico, um técnico de enfermagem, dois psicólogos e uma terapeuta ocupacional.

O CAPS ad encontra-se em funcionamento no município de Jequié-BA desde novembro de 2005, oferecendo atendimento diário, de segunda a sexta-feira, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva a usuários de ambos os sexos. Com relação ao número de inscritos, o CAPS ad têm aproximadamente mil novecentos e quarenta e oito pessoas cadastradas, sendo que, em média, o serviço atende a trinta usuários/dia. Esse serviço possui uma equipe multiprofissional composta por nove profissionais nas seguintes categorias: duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, dois psicólogos, um farmacêutico, uma assistente social, uma educadora física e dois oficinairos.

No que se refere à infraestrutura, o serviço conta com a seguinte estrutura: uma recepção, duas salas de consultórios, uma enfermaria, duas áreas para atividades (oficinas), uma sala de coordenação, uma sala dos técnicos, seis banheiros, uma copa e duas áreas externas.

4.3 Participantes

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde CAPS ad e CAPS II, os quais dispõem de equipes multidisciplinares. Desse modo, participaram do estudo 14 profissionais de saúde de ambos os CAPS, sendo quatro psicólogos, três enfermeiros, uma educadora física, uma terapeuta ocupacional, três assistentes sociais e duas técnicas de enfermagem.

Como critérios de inclusão dos participantes do estudo, elencamos os seguintes: profissionais de saúde com o mínimo de seis meses de atuação nos referidos serviços de saúde mental, em exercício profissional. E, como critérios de exclusão, os profissionais de saúde que estavam afastados de suas funções devido às férias, licenças médicas, prêmio ou maternidade.

No que se refere aos aspectos sociodemográficos, doze foram do sexo feminino e dois do sexo masculino; a faixa etária variou entre 23 anos a 60 anos; titulação profissional: nove especialistas, 02 mestres, 02 graduados; tempo de atuação profissional no serviço de saúde mental: 1 ano a 15 anos.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

4.4.1 Formulário sociodemográfico

Em virtude da pandemia da COVID-19, que repercutiu em medidas de isolamento social, os encontros com os participantes do estudo ocorreram de forma on-line. Inicialmente, um formulário com questões sociodemográficas (Apêndice A), a exemplo de sexo, idade, profissão/ especialidade, tempo de atuação profissional no campo da saúde mental e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foram divulgados via internet, através do e-mail e utilização do aplicativo *WhatsApp*, para os profissionais de saúde dos CAPS ad e II.

Desta forma, na medida em que recebemos o aceite dos participantes, realizamos agendamento de dias e horários pré-estabelecidos, individualmente. Assim, a coleta dos dados ocorreu no período de abril a junho de 2021, através da plataforma digital *Google Meet*, sendo utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e entrevista semiestruturada.

4.4.2 Técnica de Associação Livre de Palavras

A TALP faz parte das chamadas técnicas projetivas, que permite acessar o conteúdo representacional, sendo uma das possibilidades do sujeito torna-se consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

No campo da pesquisa com abordagem na TRS, a TALP mostra-se como um instrumento relevante, pois visa identificar as dimensões latentes presentes nas RS, por meio da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor. Nesse sentido, por ser uma técnica projetiva, os conteúdos são elaborados de modo latente e não filtrado, sem permitir que haja censura, tornando-os, salientes (NÓBREGA; COUTINHO, 2003; OLIVEIRA; AMARAL, 2007).

A TALP, enquanto instrumento de investigação aberta, abre possibilidade de evidenciar, a partir dos estímulos indutores, universos semânticos por meio da saliência dos universos comuns de palavras, visto que as respostas obtidas revelam as RS em torno de dado objeto. Portanto, os termos indutores escolhidos para a aplicação da TALP devem fazer da interação social dos sujeitos, por isso, cabe também considerar as características da amostra ou sujeitos da pesquisa que serão entrevistados (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Trata-se de um instrumento de aplicação rápida, de fácil compreensão com relação às instruções e operacionalidade no manuseio (COUTINHO, 2005). Nesta perspectiva, os dados podem ser constituídos de um ou vários, estímulo(s) indutor(es) escolhidos, conforme os critérios de saliência e de coerência com os objetos da pesquisa (DE ROSA, 2003).

De acordo com Coutinho e Bu (2017), é aconselhável que antes mesmo da aplicação desta técnica, o pesquisador realize um teste com os participantes, com outro estímulo que não seja utilizado na pesquisa, de modo a tornar a TALP mais familiar para os mesmos. Ressalta-se ainda a importância quanto o tempo, pois, quanto mais rápido a palavra for evocada, melhor o resultado, permitindo assim, a validação dos resultados.

Nesse estudo, foi orientado aos participantes que a TALP consiste em expressar as cinco primeiras palavras e/ou expressões que viessem, imediatamente, à sua mente ao ouvirem um termo indutor. E, em seguida, seria necessário definir uma hierarquização das palavras evocadas, em ordem de maior para menor importância. Para assegurar maior validade dos dados levantados realizamos teste com outro termo que não tinha relação com o objeto de estudo.

Logo após as dúvidas serem sanadas, procedeu-se a aplicação do TALP de forma individual com todos os participantes deste estudo, sendo solicitado aos mesmos que evocassem cinco palavras que lhes vinham à mente quando falo em “*Rede de Atenção Psicossocial*”. As respostas deveriam ocorrer livremente e o mais rápido possível para evitar elaboração da resposta mental. As palavras/expressões emergidas foram anotadas em formulário específico (Apêndice C).

Em seguida, foi solicitado que enumerasse as evocações de acordo com o grau de importância para cada um dos participantes e justificando a escolha da primeira palavra, ou seja, o número 1 da hierarquização.

4.4.3 A entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi realizada com todos os participantes deste estudo, logo após a aplicação do TALP. Esse tipo de instrumento consiste na combinação de perguntas fechadas e abertas, onde o participante tem a possibilidade de expor o tema proposto, a partir de um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

No contexto das RS, a entrevista semiestruturada configura-se como técnica importante para apreensão dos significados e sentidos em torno de dado objeto, pois, possibilita a

observação das pessoas em seus próprios territórios, bem como a interação com estas através de sua própria linguagem e em seus termos (SILVA; FERREIRA, 2012).

Para operacionalizar esse momento, foi utilizado um instrumento norteador, em formato de roteiro (Apêndice D). As discussões foram gravadas pela plataforma digital *Google Meet* para posterior transcrição das falas, na íntegra, com a permissão prévia dos participantes, tendo em média 30 a 40 minutos.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados produzidos através da TALP e da entrevista semiestruturada ocorreu por intermédio do modelo AnCo-REDES, que de acordo com Lopes, Vilela e Pereira (2018) possibilita a geração de rede semântica de RS, a partir das evocações e narrativas. Ressalta-se que, após a coleta dos dados, foi elaborado um dicionário de termos para aproximar as palavras que foram evocadas pelos participantes deste estudo.

4.5.1 Modelo AnCo-REDES

O modelo AnCo-REDES se configura como uma das possibilidades de construção da análise cognitiva das RS de sujeitos pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação. Esse modelo tem como base o campo de conhecimento intitulado de Análise Cognitiva - AnCo (FRÓES; BURNHAM, 2012) e a Teoria de Redes (TR), o qual utiliza-se de redes semânticas como sistema de representação do conhecimento apreendido do grupo social em análise. O AnCo-REDES utiliza-se de métricas da TR, em especial de redes sociais, para a apreensão do conteúdo representacional de uma rede semântica de representações sociais. Para o cálculo das métricas definidas no AnCo-REDES, inspeção visual e análise da rede semântica resultante, utilizou-se o software livre Gephi, conforme apresentado em Lopes, Vilela e Pereira (2018).

Uma rede semântica configura-se como sistema de representação do conhecimento sendo composto por vértices, representados por palavras ou expressões de um sujeito, e suas arestas, ou seja, as conexões existentes entre as palavras ou unidades conceituais evocadas, os quais possibilitam a construção do significado sobre o objeto em questão (LOPES, 2014).

Destaca-se que uma rede semântica de RS, descrita no AnCo-REDES, refere-se a uma rede de sentidos e significados construídos de forma individual e coletiva, a qual emerge a partir da relação de um grupo de pessoas com o objeto social investigado. Desta forma, as palavras

(vértices na rede) expressam saberes, práticas, sentimentos, valores, significações importantes que se revelam por meio da vivência e interação social entre sujeito e o objeto que se apreende a representação (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

Salienta-se também que o AnCo-REDES possui bases epistemológicas que dão condições para sustentação de abordagens quantitativa e qualitativa, o que possibilita ao pesquisador ampliar o olhar acerca de determinado objeto, visto que na análise cognitiva, quantidade e qualidade são complementares e interdependentes (LOPES, 2014).

No que se refere aos pilares que sustentam o AnCo-REDES, o modelo descreve três bases epistemológicas, sendo duas delas fundantes e uma terceira para garantir a adaptabilidade do modelo (aplicação), a saber: 1) a análise cognitiva (FRÓES; BURNHAM, 2012); 2) a Teoria de Redes (WASERMAN; FAUST, 1994); 3) na qual se dá a adaptabilidade do modelo quanto ao campo de aplicação do mesmo, no caso da apresentação feita por Lopes, Vilela e Pereira (2018) a abordagem estrutural das RS, proposto por Abric (1993) e ampliado por Sá (1996), que permite identificar os elementos da estrutura representacional - núcleo central, primeira periferia, elemento de contraste e segunda periferia.

A análise cognitiva, descrita no modelo como AnCo, é um campo do conhecimento que tem como objetivo a suspensão de teses sociais, pressupõe a abertura à nossa experiência na tentativa de traduzir dado objeto social, o que pode acontecer por meio de uma escuta atenta e sensível, um despojar-se de si na perspectiva de que o outro se mostre, auxiliando o pesquisador na análise qualitativa do estudo (LOPES, 2014).

A Teoria de Redes é outra base do modelo, em especial, a análise de redes sociais, a qual norteia a análise quantitativa do AnCo-REDES. Uma rede social é construída a partir das conexões estabelecidas em um conjunto de atores sociais, as quais ocorrem por sentimentos, atividades profissionais, saberes, práticas, vivências, entre outras. Desse modo, a estrutura de uma rede social passa a ser representada através de grafos, sendo definido que os atores sociais são chamados de vértices ou nós e as relações entre os vértices são identificadas como arestas (WASSERMAN; FAUST, 1994; ALBERT; BARABASI, 2002).

No que se refere à análise de redes de representações sociais, o modelo AnCo-REDES apresenta-se como estratégia para a compreensão das relações entre os diversos atores envolvidos com o objeto social, o que possibilita a apreensão da estrutura e conteúdo das RS, os quais são expressos por um conjunto de pessoas, pertencentes a um determinado grupo social (LOPES, 2014).

Trata-se de uma abordagem que está pautada nas informações presentes nas relações que acontecem entre as unidades de análise. A partir disso, surgem as redes semânticas que se

apresentam como um sistema de representação do conhecimento, que busca revelar os significados dos elementos de análise. Salienta-se ainda que as redes semânticas de RS são representadas por uma rede de *clique*, conforme descreve o AnCo-REDES (LOPES, 2014).

Dentre os tipos de estruturas de redes de *cliques* (FADIGAS, 2011), o modelo AnCo-REDES utiliza a rede de *cliques* com encadeamento do tipo estrela para análise das redes semânticas de RS (LOPES, 2014).

No que se refere às métricas utilizadas no modelo AnCo-REDES, destacam-se: número de vértices ($n=|V|$), número de arestas ($m=|E|$), grau médio ($\langle k \rangle$), diâmetro (D), coeficiente de aglomeração médio (C), caminho mínimo médio (L), densidade (Δ) e medidas de centralidade de grau (C_g), de autovetor (E_c) e de intermediação (C_i) (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

As métricas de centralidades e detecção de comunidades descritas no AnCo-REDES, revelam os vértices (termos) mais importantes e influentes na rede semântica de RS, os quais impactam na construção dos significados acerca do objeto estudado, possibilitando a análise cognitiva e compreensão da formação das RS.

Nesse sentido, a C_g revela o número de conexões que determinado vértice faz com outros vértices da rede total. A E_c indica a importância do vértice na rede com base na importâncias de seus vizinhos, portanto, traduz a força do mesmo em relação aos laços (conexões) estabelecidos com outros vértices que são considerados mais centrais na rede, ou seja, também importantes para a construção dos sentidos que emergem da rede. Por fim, a C_i demonstra qual vértice possui potencial de mediar fluxos na rede (influência), ou seja, por conectar outros vértices na rede a partir dele (LOPES, 2014).

O processamento do modelo AnCo-REDES acontece em três níveis, a saber: **metanível**, que define as bases epistemológicas que sustentam a análise em questão; **mesonível**, fase que são realizadas as definições conceituais que possibilita a análise e cognitiva de modo atender os aspectos quanti e qualitativos e o **micronível**, nível de aplicação, no qual, a partir das definições estabelecidas no mesonível, serão realizados os procedimentos de análise (LOPES, 2014).

Ressalta-se ainda que este modelo foi construído a partir de um princípio de adaptabilidade, ou seja, permite o pesquisador realizar adaptações necessárias para aplicação do modelo ao seu objeto de pesquisa. Nesta condição, os níveis que compõem a estrutura do modelo, embora sejam distintos, possui a premissa de complementaridade, abrindo possibilidades para novas abordagens de análises, a partir deste método (LOPES, 2014).

Portanto, neste estudo, o modelo AnCo-REDES foi utilizado para a análise de RS a partir da abordagem processual, sendo possível em virtude de sua característica de

adaptabilidade, utilizando-se das métricas estabelecidas no mesmo para a geração da rede semântica, e análise a partir das métricas de centralidade (centralidade de grau C_g ; centralidade de intermediação C_i ; e centralidade de autovetor E_c) e de detecção de comunidades (*modularity class*), no modelo intitulado de *Grupo de Sentido (GS)*.

Os *GS* revelam significados importantes colaborando para a análise do conteúdo representacional e da descoberta dos diferentes sentidos atribuídos pelo grupo social ao objeto em análise. Desse modo, configuram-se como estratégia para categorização da análise cognitiva do conteúdo que emergem das redes semânticas de RS (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

Portanto, as métricas supracitadas foram utilizadas para identificação dos elementos mais importantes e influentes da rede semântica de RS, o que possibilitou a apreensão dos sentidos atribuídos pelos participantes sobre o objeto de estudo, não tendo como foco os parâmetros que estabelecem a estrutura representacional, ou seja, um olhar para além da identificação dos elementos centrais e periféricos.

Assim, este estudo evidencia a possibilidade de aplicação do modelo AnCo-REDES também na perspectiva da abordagem processual das RS, conforme evidenciado nos resultados obtidos nesta pesquisa, na tentativa de revelar os significados, valores, crenças e sentidos que emergem a partir da rede semântica, revelando dimensões representacionais importantes.

4.6 Questões éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB) respeitando as disposições legais para pesquisa com seres humanos, de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/2016 (BRASIL, 2016), tendo o projeto sido aprovado segundo parecer nº 3.668.819 CAEE: 23012619.2.0000.0055 (Anexo A).

Salienta-se que foi necessário a solicitação de autorização para coleta de dados nos CAPS encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié-BA, sendo informado a anuência por meio de um ofício da SMS (Anexo B).

A pesquisa foi iniciada após ter fornecido aos participantes uma ampla explicação sobre o objetivo, propósito e processo da pesquisa, objetivando a aceitação dos mesmos através da assinatura do TCLE (Apêndice B).

Durante a explicação do estudo foram assegurados aos participantes: o respeito a sua dignidade e autonomia, ou seja, o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento; potenciais riscos e benefícios durante o desdobramento do estudo;

voluntariedade, participação de forma gratuita, sem nenhum custo; a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades.

Vale salientar que foram assegurados o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das participantes. Além disso, as informações fornecidas pelos (as) participantes permaneceram confidenciais e o anonimato por meio do uso de um algarismo arábico, correspondente à ordem de realização das entrevistas (E01, E02, E03...), apresentados nos resultados dessa pesquisa.

Ademais, foram empregados todos os esforços na realização da pesquisa para minimizar os eventuais riscos e desconfortos que pudessem surgir, evitando-se qualquer prejuízo ou dano para as/os participantes.

5 RESULTADOS

Em consonância com o referencial teórico, os resultados e discussões do estudo serão apresentados sob a forma de três manuscritos, em cumprimento com as exigências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Nesta perspectiva, os manuscritos foram elaborados conforme as instruções das revistas científicas selecionadas para submissão.

Manuscrito 1: Interface processual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre rede de atenção psicossocial- Revista Texto & contexto Enfermagem, Qualis A2.

Manuscrito 2: Práticas em rede de atenção psicossocial: representações sociais de profissionais de saúde mental- Revista Saúde e Sociedade, Qualis B1.

Manuscrito 3: Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial - Revista Brasileira de Enfermagem, Qualis A2.

MANUSCRITO 01

TÍTULO

INTERFACE PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE MENTAL SOBRE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AUTORAS

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemerita Alves Vilela

Revista Texto & contexto Enfermagem

Link: <https://www.scielo.br/j/tce/>

Interface processual das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre rede de atenção psicossocial

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérta Alves Vilela

RESUMO

Objetivo: apreender as Representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial. **Metodologia:** pesquisa quantiquantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem processual, realizada com 14 profissionais de saúde de Centros de Atenção Psicossocial. A coleta de dados ocorreu via Plataforma Google Meet e aplicativo *WhatsApp* por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras, a partir do termo indutor Rede de Atenção Psicossocial e, posteriormente, entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos ao modelo AnCo-REDES, que possibilitou a análise cognitiva. **Resultados:** evidenciam-se as dimensões conceitual, atitudinal e imagética das Representações Sociais, analisadas a partir de quatro grupos de sentidos. Dentre os vértices foram destacados os termos articulação, comunicação, cuidado e organização. **Conclusão:** o termo articulação apresenta maior valor de centralidade de grau e de autovetor, representando estratégia importante para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Descritores: Representações sociais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Cuidado; Gestão em Saúde. Pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

No campo da saúde mental, a estruturação de uma rede de serviços foi necessária para ampliar as possibilidades de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, capaz de ofertar acolhimento e atenção adequada, a nível territorial, envolvendo os usuários, seus familiares, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade¹.

Em 2011, a partir da criação da Portaria Ministerial nº 3.088, os serviços de saúde mental passaram a se organizar seguindo a lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS), operacionalizando de forma integrada, contínua e proativa, estabelecendo, assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)². Trata-se de uma estratégia organizacional que visa emaranhar as linhas de cuidado, bem como transdisciplinarizar as ações, reconhecendo a coexistência de múltiplas facetas

pertencentes ao contexto do usuário de saúde mental, que, em última instância, é um ser multidimensional³.

A RAPS constitui-se pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial².

Dentre estes serviços, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecimentos centrais que materializam RAPS, de base territorial e comunitária, considerados serviços de referência no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou decorrente do consumo de álcool e outras drogas⁴.

Destarte, um dos maiores desafios às práticas cotidianas dos profissionais de saúde atuantes nos CAPS tem sido a vinculação da proposta da RAPS, principalmente no que tange à ideia de território para a construção de novas formas de cuidado em saúde mental, que visem à emancipação dos usuários sob suas próprias vidas, garantindo seu protagonismo e participação cidadã na comunidade⁵.

Nessa direção, as Representações Sociais (RS) que os profissionais de saúde mental apresentam sobre a RAPS podem interferir em suas práticas cotidianas. Para Moscovici⁶, as RS constituem um conjunto de conceitos, afirmações e explicações inerentes às relações sociais, sendo consideradas uma teoria do senso comum, visto que são compartilhadas e permitem a transformação da realidade.

Assim, ter acesso às RS de um objeto social é tentar compreender as formas que as pessoas utilizam para criar, transformar e interpretar uma temática vinculada a sua realidade, assim como identificar seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas⁷. Ressalta-se, ainda, que estudos^{8,9} sobre o uso das RS no contexto da saúde, a partir da análise de redes, cada vez mais consolidam-se como método adequado para construção do conhecimento.

Nesse sentido, definiu-se como questão norteadora do estudo: quais as Representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial? E, como objetivo: apreender as Representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, considerando a importância da integração e articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial, a pesquisa se justifica pela necessidade de dar voz aos profissionais de saúde dos CAPS, os quais estão implicados em diversas realidades no contexto da RAPS, no

intuito de fortalecer e ampliar o cuidado aos usuários, uma vez que se trata de uma estratégia política para o desdobramento de ações intersetoriais, pautada na lógica psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantiquantitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), a partir do pressuposto da abordagem processual que enfatiza o processo de constituição das RS definidas como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, contribuindo para a construção da realidade comum ao conjunto social¹⁰. Aporte teórico utilizado na perspectiva de analisar os saberes e práticas construídas no senso comum, sobretudo como as pessoas e os grupos sociais, no curso de suas vidas cotidianas, elaboram seu conhecimento sobre si mesmas, sobre os outros e os diversos objetos sociais¹¹.

O estudo compõe a tese *Representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial*. O local da pesquisa foi os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades II (Caps II) e Álcool e outras Drogas (Caps ad) de um município do Estado da Bahia/Brasil, sendo os serviços de referência no que tange ao cuidado aos usuários de saúde mental, contando com equipes multiprofissionais.

Participaram do estudo os seguintes profissionais de saúde do CAPS ad: dois psicólogos, duas enfermeiras, uma assistente social, uma técnica de enfermagem e uma educadora física. E do CAPS II: uma terapeuta ocupacional, dois assistentes sociais, dois psicólogos, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. No que se refere aos critérios de inclusão, definimos: profissionais de saúde com o mínimo de seis meses de atuação nos referidos serviços de saúde mental, em exercício profissional. E, como critério de exclusão: os profissionais de saúde que estavam afastados de suas funções devido às férias, licenças médicas, prêmio ou maternidade.

As coletas dos dados ocorreram entre abril e junho do ano de 2021. Inicialmente, foi construído um instrumento na plataforma de Formulários *Google* e divulgado via internet, através do aplicativo *WhatsApp*, contendo questões sociodemográficas, bem como anexado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo necessário a assinatura digital dos participantes no mesmo. Em

seguida, realizaram-se agendamentos prévios das datas e horários com cada participante individualmente.

Devido à pandemia do novo coronavírus, a coleta de dados ocorreu através da plataforma digital *Google Meet*. Foram realizadas chamadas de vídeos com cada participante do estudo para a coleta das informações, sendo aplicada, inicialmente, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), que faz parte das chamadas técnicas projetivas, orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica da personalidade do sujeito torna-se consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação¹².

Nesse sentido, a pesquisadora solicitou aos participantes que expressassem as primeiras cinco palavras que lhes ocorressem a partir do termo indutor “*Rede de Atenção Psicossocial*”, anotando-as na ordem das evocações. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro temático com questões relacionadas à RAPS, a fim de compreender o contexto dos significados para os participantes, sendo realizado registro em gravação, com o objetivo de manter o conteúdo na íntegra, preservando, assim, o material produzido.

De posse das palavras evocadas, coletadas a partir da TALP, procedeu-se a modelagem, processamento e análise dos dados com aplicação do modelo AnCo-REDES, que consiste em uma possibilidade de construção da análise cognitiva das RS de sujeitos pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação. Esse modelo tem como base a Teoria de Redes através do uso de redes semânticas como sistema de representação do conhecimento acerca do objeto em análise. Para aplicação das métricas da análise estabelecidas neste modelo, assim como a visualização das redes resultantes, fez-se uso do software *Gephi*, o qual permitiu a geração, cálculo e análise das redes semânticas¹³.

Uma rede semântica de RS configura-se como um sistema de representação do conhecimento, sendo composto por vértices (representados por palavras evocadas ou expressões de um sujeito) e arestas (conexões existentes entre essas palavras ou unidades conceituais evocadas), caracterizada topologicamente como uma rede *small world* com encadeamento do tipo *estrela*¹⁴. Os vértices e arestas presentes na rede semântica deste estudo possibilitaram a construção do significado sobre o objeto social em questão.

Nesse sentido, a rede semântica gerada a partir do modelo AnCo-REDES foi estruturada por meio da observação das seguintes métricas: número de vértices ($n=$

V); número de arestas ($m = \epsilon$); grau médio da rede ($\langle k \rangle$); diâmetro (D); coeficiente de aglomeração médio (C); caminho mínimo médio (ℓ); e densidade (Δ)¹⁵.

Ademais, foram ainda analisadas as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c), além das comunidades (grupos de sentido) identificadas pelo algoritmo *modularity class*. Salienta-se que o grau médio na rede semântica indica o número médio de conexões incidentes entre os vértices (palavras) na rede. Já as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c) foram analisadas conjuntamente e determinaram os vértices (termos evocados) mais importantes para a construção dos significados. Ou seja, aqueles vértices ou termos que emergiam da rede como destaque e maior importância para a construção das RS¹⁴.

Com isso, logo após a elaboração da rede semântica, procedeu-se com a detecção de grupos de sentidos por meio da identificação dos vértices que se apresentaram mais altamente interconectados, os quais foram agrupados em subunidades dentro da rede, ou seja, os vértices que possuíram *conexões* mais densas. No modelo AnCo-REDES, esses subgrupos ou comunidades são identificados a partir do algoritmo *modularity class* e intitulados como *grupos de sentidos*, que têm o objetivo de contribuir para a análise do conteúdo das representações sociais e da descoberta das diferentes significações atribuídas pelo grupo social ao objeto em análise¹⁴.

Vale ressaltar que os *grupos de sentidos* auxiliaram na análise cognitiva do conteúdo das RS¹⁶, bem como as entrevistas, após transcritas, subsidiaram as discussões dos *grupos de sentidos*. A pesquisa foi iniciada posteriormente à assinatura do TCLE, obedecendo as orientações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012¹⁷ e nº 510/16¹⁸, disposições legais para pesquisa com seres humanos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo parecer de nº 3.668.819, CAE: 23012619.2.0000.0055, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Campus de Jequié da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). As informações fornecidas pelos participantes foram identificadas por meio do uso de codinomes, para fins de anonimato. Desta forma, as entrevistas foram identificadas pela letra E, seguida da numeração da ordem com que elas foram acontecendo.

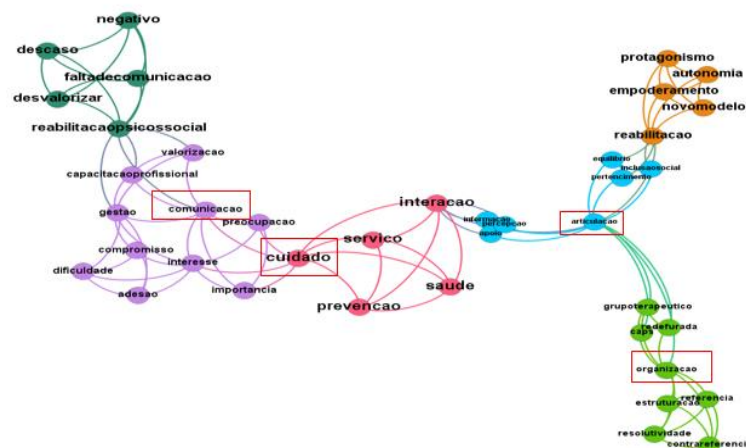
RESULTADOS

As propriedades da rede foram calculadas e analisadas para identificar as características que definem uma rede semântica da RS, ou seja, a relação das métricas referente a uma rede de cliques *small world*, com encadeamento do tipo estrela, conforme proposto pelo modelo AnCo-REDES¹⁴, originada a partir das palavras evocadas pelo grupo social analisado.

Nesse sentido, a rede de palavras evocadas obtidas a partir do termo indutor *Rede de Atenção Psicossocial* foi composta de $n= 40$ (número de vértices, ou seja, termos diferentes evocados pelos participantes da pesquisa) e $m= 100$ (número de conexões entre os vértices), com densidade $\Delta= 0,128$, apresentando grau médio $\langle k \rangle = 5$, número de componentes = 1, coeficiente de aglomeração médio $C= 0,87$, caminho mínimo médio $\ell= 3,462$ e diâmetro $D= 7$. Salienta-se que os achados obtidos ao observar o valor da C_g e E_c de cada vértice da rede tornam possível a identificação dos termos mais importantes, ou seja, aqueles que estão altamente conectados na rede semântica, e que emergiram como base para a construção dos significados atribuídos pelo grupo social acerca do objeto em análise.

A Figura 1 mostra a rede total resultante das evocações a partir do termo *Rede de Atenção Psicossocial*, sendo destacados os vértices mais importantes em relação às C_g e E_c , a saber: articulação, comunicação, cuidado e organização.

Figura 1: Rede semântica de palavras evocadas para “Rede de Atenção Psicossocial”



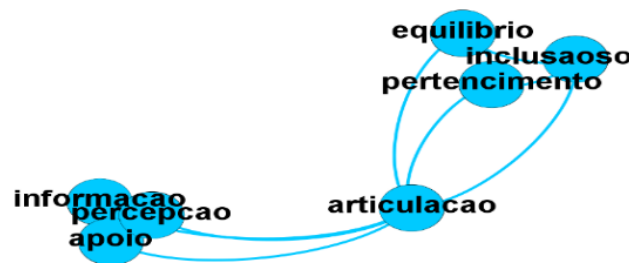
Fonte: Autores (2022).

A rede semântica apresentada na figura 1 evidencia os significados importantes sobre a RAPS que emergiram da rede total, por meio da análise realizada a partir das dimensões conceitual, atitudinal e imagética das RS, contribuindo para apreensão dos sentidos compartilhados entre os participantes do estudo acerca do objeto em análise, com ênfase nos grupos de sentidos e nas falas dos participantes do estudo. Assim, foram destacados quatro grupos de sentidos que emergiram da rede total e serviram como base para identificação das dimensões representacionais.

Dimensão conceitual

O grupo de sentido identificado na perspectiva da dimensão conceitual apresentou em destaque o vértice *articulação* com maior *Cg* (12) e *Ec* (1), sendo o mais prontamente evocado pelo grupo de pertença. Com isto, é possível perceber que a informação dos participantes atribuída à RAPS assemelha-se ao que está disposto no contexto das políticas de saúde mental, conforme observa-se na Figura 2 e falas dos participantes.

Figura 2: Grupo de sentido da dimensão conceitual das RS com ênfase no vértice articulação



Fonte: Autores (2022).

Assim, a análise cognitiva realizada, construída a partir das falas do grupo social do estudo e deste grupo de sentido, revela que a RAPS deve ser configurada, principalmente, por meio da articulação, sendo o eixo norteador para o desenvolvimento das ações de modo intersetorial. Nesse sentido, observa-se que as falas dos participantes vão ao encontro das evocações levantadas:

Rede de Atenção Psicossocial é uma estratégia de articulação intersetorial e que conta com vários mecanismos para uma atenção integral de saúde de uma população (E1).

A RAPS promove essa articulação entre ações, entre os serviços, nos diferentes níveis de complexidade (E8).

Além disso, os demais vértices que compõem esse grupo de sentido (*equilíbrio, percepção, pertencimento, inclusão, informação e apoio*) encontram-se altamente conectados ao termo articulação, o que representa conhecimento sobre a RAPS, visto que percebem esta estratégia baseada na relação dos usuários de saúde mental com outros dispositivos psicossociais, no sentido de corresponsabilização do cuidado.

Ademais, a análise cognitiva das RS, por meio do grupo de sentido da dimensão conceitual, tendo como base a fala do participante E9, reitera o papel do vértice “apoio” (termo evocado) encontrado neste grupo de sentido.

Uma rede que deveria ser mais transparente, mais chamativa, para que não só os profissionais de saúde mental e sim os outros da saúde, da educação, do esporte, qualquer área que não seja específica tenha essa noção e que possam colaborar de certa forma, a RAPS é importante porque ela une os profissionais para ajudar determinado caso e determinado paciente (E9).

Outro vértice deste grupo de sentido que chama atenção, especialmente no que se refere ao sentido atribuído pelos participantes, foi o termo “pertencimento”, uma vez que reforça a importância do envolvimento dos usuários de saúde mental com o seu contexto social, sobretudo favorecendo as práticas no território existencial de cada pessoa. Para tanto, requer a presença destes nos espaços que produzem vida aos mesmos, como retrata a fala do participante E10:

A rede é a livre circulação dos usuários nas comunidades, nos serviços, não só de saúde. O amparo também dessas pessoas, elas necessitam ter a sua independência, realizar suas atividades do seu dia a dia, ainda que tenham essa limitação. Não ficar só atrelado ou encapsulado ao CAPS, mas com todos outros espaços sociais (E10).

Observa-se que o sentido da RAPS está intimamente relacionado à ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde das pessoas com sofrimento mental e/ou usuários de álcool e outras drogas, o que requer o compartilhamento de informações e apoio entre os setores responsáveis pelo cuidado dos mesmos.

Dimensão atitudinal

O segundo grupo de sentido (Figura 3) contém em sua composição os vértices *comunicação*, *valorização*, *interesse*, *capacitação profissional*, *importância*, *gestão*, que representam, neste estudo, a dimensão atitudinal. Isto evidencia uma maneira positiva para a efetivação do cuidado aos usuários de saúde mental, estabelecendo um posicionamento ativo dos profissionais da RAPS.

Figura 3: Grupo de sentido da dimensão atitudinal das RS com ênfase no vértice comunicação



Fonte: Autores (2022).

Os vértices conectados que integram o grupo de sentido da dimensão atitudinal revelam que a comunicação é uma importante ferramenta entre os profissionais responsáveis pelas ações aos usuários de saúde mental. Para tanto, requer da gestão a preocupação e interesse em investir em capacitação profissional para que o cuidado em saúde mental seja valorizado e efetivado nos variados pontos da atenção psicossocial, o que ainda representa um dos principais desafios. Tais perspectivas coadunam com os achados presentes nas falas do grupo de pertença deste estudo.

Sem a comunicação a gente não consegue realizar as ações com efetividade (E8).

A gente não fala a mesma língua, se a gente aqui fizer uma referência, a gente não tem a contrarreferência, a gente não sabe o que aconteceu, a gente não tem utilidade, a gente encaminha pontual, liga para poder falar com uma pessoa conhecida (E4).

Poderia ter uma comunicação mais eficiente porque é muito tranquilo você ter uma demanda, encaminhar aquela demanda para outro setor e ali você transfere a sua responsabilidade. Eu acho que no momento em que a gente tem a possibilidade de uma comunicação maior, a gente sentar e discutir as

questões com outros profissionais da rede, os casos as necessidades, se surgir um novo usuário, uma nova demanda para o serviço, contribuir para efetivação da RAPS (E1).

Para os profissionais de saúde mental deste estudo, a comunicação é uma estratégia primordial para efetividade das ações, no entanto, notam-se falhas neste processo de trabalho, o que pode atribuir sentimento de impotência do profissional frente as suas ações desempenhadas, como reitera a fala do participante E4: “[...] a gente não tem utilidade [...]”.

Notam-se, ainda, as dificuldades na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência, visto que, na maioria das vezes, o profissional de saúde mental não tem o retorno das outras unidades de saúde nas quais o usuário foi assistido.

Outro fator importante presente neste grupo de sentido e nas falas dos participantes é o papel dos gestores em saúde na perspectiva de valorização do modo de produção do cuidado de acordo com a lógica psicossocial, ou seja, das políticas de saúde mental, no intuito de fortalecer a RAPS. Isso pode ser percebido nas falas de E6, E10 e E11.

Necessário ter uma gestão que faça a rede funcionar como dispostos nas políticas de saúde mental (E6).

Tudo está dentro do querer e da vontade, querer que aconteça e a vontade de fazer. A gente quer que aconteça, mas tem que ter a vontade de fazer acontecer (E10).

É necessário maior envolvimento da gestão para que as políticas de saúde mental sejam efetivadas, falta apenas vontade política para que as ações aconteçam (E11).

Além disso, a fala do participante E7 revela o sentimento de exclusão, o que interfere de modo significativo nas práticas dos profissionais de saúde dos CAPS frente às demandas dos usuários do serviço.

As políticas de saúde mental estão apenas no papel, existe muito no discurso, pois o querer e a vontade eu não vejo acontecer e que seja tão importante. Por isso, é importante reciclar, se você quiser fazer algo para melhorar o serviço tem que ser por conta própria dos profissionais, porque a saúde mental, às vezes, é excluída. Um trabalho que está mais na teoria (E7).

Os vértices “interesse” e “capacitação profissional”, presentes neste grupo de sentido, representam a necessidade de envolvimento e mobilização contínua dos

serviços da RAPS para a qualificação da demanda em saúde mental, conforme pode ser observado na fala do participante *E4*.

[...] dispensação dos profissionais de saúde mental em outras unidades, acho que precisa até haver um treinamento para isso, para que esses profissionais tanto nas unidades básicas, quanto nas UPAS, enfim, para que a demanda de saúde e a demanda de saúde mental também seja assistida de forma responsável, de forma inclusiva, de forma humanizada (E4).

Ademais, a Figura 4, adiante, representa outro grupo de sentido da dimensão atitudinal das RS com ênfase no vértice “organização”, com *Cg (8)* e *Ec (0,78)* evidenciando sentidos importantes para a construção dos significados representacionais, visto que simboliza um comportamento ativo dos atores sociais envolvidos no objeto em questão. Tal atitude possui papel primordial para o planejamento das ações em saúde mental.

Figura 4: Grupo de sentido dimensão atitudinal das RS com ênfase no vértice organização



Fonte: Autores (2022).

Os vértices presentes neste grupo de sentido foram: *organização*, *grupo terapêutico*, *rede furada*, *CAPS*, *estruturação*, *resolutividade*, *contrarreferência* e *referência*. Com isso, identifica-se a necessidade de uma gestão compromissada com as políticas de saúde mental, em especial a RAPS, o que perpassa pelo interesse dos gestores em aderir às propostas psicossociais, atribuindo a real importância a este campo da saúde, tornando-o prioritário, no intuito de efetivar o cuidado em rede. Isso pode ser observado nas falas dos participantes *E5*, *E9* e *E12*.

Depende muito dessa população, depende muito dessa gestão e do município para que essa rede seja organizada (E5).

As políticas de saúde mental envolvem vários contextos, em especial, o direcionamento da gestão. Por isso, é necessário que os gestores se responsabilizem pela efetivação dos direitos em saúde mental para a resolutividade das ações (E9).

Vejo que as políticas de saúde mental são fragilizadas devido à falta de envolvimento político nessa área (E12).

Destaca-se que o vértice CAPS faz parte deste grupo de sentido representando um serviço de referência em saúde mental e apresenta potência para incentivar a organização do fluxo da RAPS.

Dimensão imagética

No grupo de sentido da Figura 5, o vértice *cuidado* apresentou C_g e E_c mais altas, quando comparado aos demais vértices que integram esta sub-rede ($C_g= 8$ e $E_c= 0,72$), o que sugere que para os profissionais de saúde mental os serviços de saúde são espaços responsáveis pela produção do cuidado à pessoa com sofrimento mental, e representa a dimensão imagética das RS.

Figura 5: Grupo de sentido da dimensão imagética das RS com ênfase no vértice cuidado



Fonte: Autores (2022).

Este grupo de sentido foi composto pelos seguintes vértices: *cuidado*, *serviço*, *interação*, *saúde* e *prevenção*. Com isso, torna-se necessário ampliar o olhar para outros espaços sociais, os quais fazem parte da composição da RAPS, a exemplo dos espaços comunitários, iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas

sociais, dentre outros, no sentido de contribuir com o processo de reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental, conforme demonstram as falas de E12 e E8, a seguir.

Na saúde mental precisa saber cuidar do usuário, e o cuidado envolve vários aspectos biopsicossociais (E12).

Para que os serviços de saúde mental sejam efetivos é necessária a interação com os demais serviços da rede de saúde (E8).

Nas falas dos participantes E8 e E12, nota-se a perspectiva mais ampliada a respeito do cuidado, uma vez que demonstram a importância de atingir as dimensões biopsicossociais, reforçando o pensamento da inserção da pessoa com sofrimento mental em diversos espaços sociais.

DISCUSSÃO

O estudo da RAPS, enquanto objeto de RS, possui novos conceitos, imagens e atitudes, os quais estão relacionados à representação do grupo social estudado. Sabe-se que cada elemento representacional atua de forma importante para a compreensão das ações no campo da saúde mental, considerando a complexidade da temática em questão, visto que provoca a necessidade de entrelaçamento dos setores responsáveis pelo cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, no intuito de atingir seus contextos mais singulares.

A modalidade de cuidado proposto pela RAPS tem a finalidade de fortalecer as ações na perspectiva da interdisciplinaridade, o que incide sobre a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico. Desse modo, o olhar direciona-se para outros aspectos da vida e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica, não mais tendo a cura como meta das intervenções e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações impostas pela doença mental e/ou decorrentes do consumo de álcool e outras drogas³.

Em linhas gerais, essa política visa à ampliação e promoção do acesso à atenção psicossocial da população, sobretudo na garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da integralidade².

Essa demanda pressupõe a organização de uma política integrada em rede, tendo em vista uma melhor definição do paradigma psicossocial, o qual perpassa por princípios organizativos legais, redefinição das instituições assistenciais, alteração na prática clínica, além da viabilidade política e de alterações estruturais que desafiam interesses corporativos e mudanças culturais¹⁹.

Vale ressaltar que as RS desempenham um papel importante na vida das pessoas, uma vez que permitem identificar a maneira como o grupo social define os diferentes aspectos da realidade diária, o modo de interpretação desses aspectos, os quais influenciam nas tomadas decisões e posicionamentos perante determinado objeto⁹.

As diferentes inserções sociais, vivências e aproximações dos profissionais da saúde mental no que se refere às práticas em rede exercem influência na construção das RS, as quais, por sua vez, sinalizam os seus modos de pensar acerca do fenômeno do adoecimento mental, que refletem na maneira como são estabelecidas as relações sociais com as pessoas em sofrimento psíquico^(8,9).

Ademais, Moscovici²⁰ também apresenta três dimensões basilares presentes nas RS, permitindo o que ele denominou *análise dimensional*, a saber: a informação (conceito), o campo de representação (imagem) e a atitude²⁰.

A informação tem relação com o conhecimento de um determinado objeto pelo grupo social analisado, o que pode variar conforme a quantidade e a qualidade desse conhecimento. O campo remete à ideia de imagem, de modelo social, ou seja, a construção de um conteúdo concreto, no intuito de criar um objeto característico de tal representação²⁰.

Por fim, a atitude, a mais frequente das três dimensões, apoia-se na orientação de comportamento que se tem acerca do objeto da RS, o que revela a prática relacionada ao objeto representado, provocando um conjunto de reações emocionais e comprometendo as pessoas com maior ou menor intensidade²¹.

Neste estudo, o termo *articulação* foi o mais predominante, evidenciando a dimensão conceitual das RS, o que agrega a uma construção positiva no que se refere às ações em rede no campo da saúde mental, uma vez que estudos sobre o tema demonstram que a proposta da RAPS está pautada na construção de sistemas integrados de apoio capazes de atender o sujeito em toda a sua singularidade, para além de partes isoladas e fragmentadas, como ocorre no modelo biomédico^(1,22).

Assim, as articulações entre os serviços de saúde, principalmente no campo da saúde mental, possibilitam a troca de saberes, experiências e campos de atuações em saúde diferentes. A partir do compartilhamento das ações às pessoas com sofrimento mental e/ou usuários de álcool e outras drogas, o cuidado pode se expandir às demais áreas necessárias para a melhora na qualidade de vida do sujeito²³.

Vale considerar, ainda, que as demandas dos usuários requerem articulação permanente e dinâmica para êxito nas ações desenvolvidas, o que chamamos de “redes vivas” constituídas por diferentes pessoas cujas redes são construídas no cotidiano²⁴.

Outro sentido importante encontrado neste estudo refere-se à necessidade de melhorar a comunicação entre os atores sociais atuantes nos serviços da RAPS. Isto pode ser visualizado no grupo de sentido que integra o vértice “comunicação” e representa a dimensão atitudinal das RS de modo a impactar nas atitudes dos profissionais, principalmente no posicionamento dos gestores diante das ações no campo da saúde mental. Uma postura ativa dos profissionais de saúde mental requer maior envolvimento e interesse para transpor as dificuldades encontradas no processo de trabalho em rede.

Salienta-se que os recursos assistenciais da saúde mental são gerenciados pelo gestor municipal, ou seja, sob sua tutela estão a maior parte dos serviços de atenção primária, especializados e, em alguns grandes centros, também o nível hospitalar, sendo em quase todo o país de responsabilidade dos estados. Portanto, esse tipo de organização pode reforçar a fragmentação do sistema, por termos muitos municípios com baixa capacidade de gestão e com dificuldades em estabelecer pactos regionais²⁰.

Nesse sentido, verifica-se que barreiras vão sendo postas, transformando as curvas do território em labirintos que circunscrevem especialidades e especialistas, uma vez que há falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, o que dificulta a resolução das demandas apresentadas pelos usuários⁵.

O efetivo deslocamento das ações de saúde mental para um contexto comunitário exige a implantação de estruturas psicossociais capazes de superar a lógica manicomial. Para tanto, torna-se crucial a vontade política para concretizar o redimensionamento de novos espaços para o sofrimento psíquico, a partir da produção de uma nova cultura de saúde/doença mental e das relações estabelecidas nesse campo. Tais ações devem transpor a centralização proposta do modelo

biomédico, ou seja, pautada apenas na doença, através de uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS)²⁵.

O PTS perpassa pela produção do cuidado extramuros, permite construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na geração de possibilidades de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os atores sociais envolvidos⁷.

Entretanto, a perspectiva em questão perpassa pelo princípio da organização no campo da saúde mental, o qual teve representação importante para os participantes deste estudo, porquanto revela uma atitude primordial para a estruturação da RAPS, sendo evidenciado que o CAPS é um serviço estratégico para o desdobramento desta proposta.

Nesse contexto, apreende-se que a lógica dos CAPS foi construída como equipamento articulador central para que as necessidades e demandas dos usuários sejam norteadas por meio de ações territoriais, sobretudo proporcionando suporte para um plano integrado de cuidados em saúde²⁶.

Com isso, paulatinamente, a atenção e a produção do cuidado em saúde mental exigiram um processo de trabalho estreitamente ligado à rede de saúde, na perspectiva de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas nos seus diversos pontos, permitindo trocas de saberes entre os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários²⁶.

Por isso, os CAPS, por representarem um serviço de base territorial e comunitária, devem produzir significados muito além da presença em um determinado espaço geográfico, mas pertencer a certo mundo, sobretudo habitado por pessoas que produzem modos de existir singulares⁷. Desta forma, o grupo de sentido que integra o vértice cuidado, representativo da dimensão imagética, revelou a importância de vislumbrar outros espaços produtores de cuidado aos usuários.

Assim, cabe aos profissionais dos CAPS proporcionarem o cuidado de qualidade com ênfase no acolhimento e acompanhamento contínuo, utilizando os variados componentes da RAPS.

Entende-se também a importância da compreensão dos gestores quanto ao processo de desinstitucionalização, propiciando espaços coletivos para troca de saberes e oficinas que trabalhem os novos conceitos de rede, colaborando para uma mudança no processo de trabalho das equipes²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a compreensão das dimensões conceitual, atitudinal e imagética das RS de profissionais de saúde mental sobre a RAPS, no sentido de identificar o que está latente na ideologia dos principais agentes sociais responsáveis pela proposta da rede em saúde mental.

Os profissionais dos CAPS trazem em seu imaginário que a RAPS deve ser efetivada por meio da articulação intersetorial, com a finalidade de suprir as necessidades apresentadas pelos usuários. Nota-se, ainda, a fragilidade da comunicação entre os profissionais atuantes nos serviços presentes na composição da RAPS, levando os usuários a circularem por vários setores, sem uma continuidade das ações.

Entretanto, torna-se fundamental que os gestores da saúde compreendam a importância dessa estratégia, enquanto política de saúde mental, a fim de proporcionar ações para consolidação e fortalecimento do que está disposto nas diretrizes e objetivos da RAPS. Salienta-se, também, que o grupo social estudado aponta o território como local para a efetivação do cuidado em saúde mental.

Frente a toda dinâmica dessa estratégia, profissionais, gestores e usuários precisam se envolver com os processos inerentes ao cuidado produzido nos pontos da rede. Por isso, reafirmamos a relevância do estudo para a produção do conhecimento em saúde mental, na medida em que ele contribui para se repensar as práticas e discursos dos trabalhadores da área quanto à superação dos desafios envolvidos nos contextos das relações para promoção da atenção psicossocial.

Destaca-se que este estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido apenas nos serviços especializados em saúde mental de um município do interior da Bahia. Desse modo, torna-se relevante que novas pesquisas sejam desenvolvidas para ampliar a compreensão das RS que perpassam os grupos sociais implicados no processo da RAPS.

REFERÊNCIAS

1. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. Um monte de buracos amarrados com barbantes: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc. São Paulo.* 2017; 26(4): 904-19.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.
3. Lima DKRR, Guimarães JA. Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. *Saúde Debate.* 2019; 43(122): 883-96.
4. Silva NS, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra AQ. Challenges in the operationalization of singular therapeutic projects in psychosocial care centers. *Psicol Estud.* 2020;25:e49996. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>
5. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface.* 2017; 21(61):373-84.
6. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
7. Coutinho M P L. Depressão infantil e representação social. 2ª ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005.
8. Meira SS, Vilela ABA, Lopes CRS, Pereira HBB, Alves JP. Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00276108. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00276.
9. Lopes CRS, Cardoso JP, Meira SS, Casotti CA, Vilela ABA, Pereira HBB. Significado de coresidência na visão de idosos: uma estratégia para análise cognitiva com uso de redes semânticas. *Rev. Saúde. Com* 2015; 11(2): 174-182.
10. Jodelet D. Representações sociais: Um domínio em expansão. Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
11. Félix LB, Andrade DA, Ribeiro FS, Correia CCG. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. *Psicologia e Saber Social.* 2016;5(2): 198-217.
12. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O Teste de Associação Livre de Palavras. In: Coutinho MPL (Org.). *Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar.* João Pessoa: Editora Universitária; 2003. p. 883-896.
13. Lopes CRS, Vilela ABA, Pereira HBB. AnCo-REDES: modelo para análise cognitiva de representações sociais. 1ª ed. Curitiba: Appris; 2018.
14. Lopes CRS. AnCo-REDES - Modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas. Tese de doutorado - Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia; 2014.
15. Freeman LC. Centrality in social networks: Conceptual clarification. *Social Networks.* 1978; 1:215-239.
16. Blondel VD et al. Fast unfolding of communities in large networks. In: *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment* (10), P1000, 2008.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução Nº 466 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.
19. Treapé TL, Onocko RC. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51(19).
20. Moscovici S. A representação social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Ed; 1978.
21. Ibáñez Gracia T. Representaciones sociales: teoría y método. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai; 1988.
22. Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2018; (19): 61-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0203>
23. Vieira SM, Andrade SMO, Cazola HO, Freire SSA. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. *Rev. psicologia política.* 2020; 20(47): 76-86. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100007&lng=pt&nrm=iso.
24. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos, MFL, Cruz KT, Franco, TB. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. *Revista Divulgação Saúde para o Debate.* 2014; 52: 153-64.
25. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e saúde coletiva.* 2009;14(1):297-305.
26. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc.* 2017; 26(2): 462-74.

MANUSCRITO 02

TÍTULO

PRÁTICAS EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

AUTORAS

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

Revista Saúde e Sociedade

Link: <https://www.scielo.br/j/sausoc/>

**PRÁTICAS EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

**PRACTICES IN A PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: SOCIAL
REPRESENTATIONS OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS**

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

RESUMO

Objetiva compreender a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, de abordagem processual, realizada com 14 profissionais de saúde de dois Centros de Atenção Psicossocial de um município do interior da Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu via Plataforma Google Meet e aplicativo *WhatsApp* por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos ao modelo AnCo-REDES, que possibilitou a análise cognitiva. Os resultados revelam que as práticas dos profissionais de saúde mental devem estar pautadas na centralidade das necessidades dos usuários dos serviços substitutivos; requer maior envolvimento e responsabilização pelo usuário; utilizam o encaminhamento como principal prática em rede de saúde mental, sendo a unidade básica de saúde o serviço mais acessado para a referência dos usuários. Conclui-se que os aspectos socioculturais estão presentes no contexto da saúde mental, o que dificulta as práticas em rede de saúde mental.

Palavras-chave: Representações sociais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Cuidado; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

It aims to understand the practical dimension of the social representations of mental health professionals about the Psychosocial Care Network. This is a quantitative and qualitative research, based on the Theory of Social Representations, a procedural approach, carried out with 14 health professionals from two Psychosocial Care Centers in the city of Bahia, Brazil. Data collection took place via the Google Meet Platform and whatsapp application through semi-structured interviews. Data were submitted to the AnCo-REDES model, which enabled cognitive analysis. The results revealed that the practices of mental health professionals must be guided by the centrality of the needs of users of substitutive services; requires greater user involvement and accountability; use referral as the main practice in a mental health network, with the basic health unit being the most accessed service for the reference of users. It is concluded that sociocultural aspects are present in the context of mental health, which makes the process of working in a mental health network difficult.

Keywords: Social representations; Mental health; Mental Health Services; Care; Health Management.

INTRODUÇÃO

O paradigma psicossocial estabelece que a centralidade do cuidado deve ser a pessoa em suas diversas dimensões, dentro do seu contexto sociocultural. Trata-se de um modelo que busca ofertar um novo olhar e lugar social para o sofrimento mental (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As novas relações criadas entre sociedade, sofrimento mental e instituições, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), objetivaram o desdobramento de uma prática de cuidado em meio aberto, em que os usuários se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção (AMARANTE, 2013; AMARAL *et al.*, 2018). Tal perspectiva levou à ruptura epistemológica, tendo em vistas a criação de experiências de cuidado contra-hegemônicas, mudanças em normas legais e efeitos socioculturais (YASSUI, 2010).

Ressalta-se que, desde o início da Luta Antimanicomial até os dias atuais, a RPB apresenta múltiplas facetas – teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural –, o que se revela desafiador, embora tenha promovido incontestáveis avanços em todo território nacional e nos diversos âmbitos sociais (AMARANTE, 2013).

Em síntese, é notório que o cenário efervescente de mudanças teórico-práticas e políticas que envolveu o setor saúde, em especial o campo da saúde mental, culminou com a reestruturação de uma rede de atenção à saúde mental, de acordo com a lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Neste ínterim, em 2011 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da Portaria Ministerial nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), tendo a finalidade de atender a necessidade de enfrentamento das vulnerabilidades relacionadas aos transtornos mentais e ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Em linhas gerais, objetiva ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial da população e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

A articulação de serviços de base territorial possibilita a integração do cuidado de forma ordenada nos diversos níveis e pontos da RAPS (DIMENSTEIN *et al.*, 2018). Desse modo, favorece o trânsito dos profissionais de maneira horizontalizada, propicia uma interlocução mais profunda, de acordo com a complexidade que cada usuário apresenta, sobretudo a

responsabilização compartilhada e interdisciplinar com os demais atores sociais (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Portanto, as ações de cuidado passam a ser de responsabilidade de toda a rede de saúde, dada a complexidade da vida humana e de seus sofrimentos (LANCETTI; AMARANTE, 2012). Entretanto, torna-se necessário que haja mobilização da rede pelo profissional/serviço de referência do usuário para articular esse cuidado. Neste caso, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) torna-se o principal agenciador para promoção do entrelaçamento dos serviços que compõem a RAPS (ESLABÃO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, na tentativa de compreender esse cenário complexo das práticas em RAPS, adotou-se o referencial teórico das Representações Sociais (RS). Para Moscovici (2012), as RS constituem um instrumento que permite examinar em que se transforma um conhecimento científico, enquanto este perpassa pela dimensão subjetiva e objetiva, de modo a permitir a construção da realidade social.

Para Camargo (2015), trata-se de uma teoria do conhecimento social contemporâneo que está fundamentada na compreensão dos sistemas de comunicação social; possibilita não apenas identificar o conteúdo do pensamento cotidiano sobre objetos significativos para sua vida, mas também a interpretação dos processos que envolvem a construção desse tipo de saber e seu papel sobre as práticas sociais.

Portanto, acredita-se que desvelar as práticas dos profissionais de saúde mental na perspectiva da RAPS possibilita identificar as potencialidades e fragilidades inerentes a esta estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento mental. Desta maneira, as RS revelam-se fundamentais para subsidiar as discussões em torno desta temática, de modo a promover visibilidade sobre este objeto, no intuito favorecer a articulação e efetivação dessa política de saúde mental.

Assim, este estudo norteia-se pela seguinte questão: qual a dimensão prática das RS de profissionais de saúde mental sobre a RAPS? Para responder a este questionamento, definiu-se como objetivo: compreender a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

MÉTODO

Estudo quantiquantitativo apoiado na Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Serge Moscovici (2012), a qual estimula a compreensão do conhecimento socialmente produzido. Trata-se de uma abordagem que possibilita a apreensão da forma como

pensam os indivíduos acerca de determinado objeto, que pode ser revelada através das RS construídas sobre o mesmo (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018; MOSCOVICI, 2012).

Tais representações configuram-se como fenômenos sociais dinâmicos e heterogêneos, que podem ser elaborados, preservados e modificados através da comunicação e da linguagem, na perspectiva da transformação do conhecimento (MARKOVÁ, 2017).

Esta pesquisa foi realizada em dois CAPS, nas modalidades do tipo II e Álcool e Outras Drogas (ad) do município de Jequié, Bahia, Brasil. Tais serviços fazem parte da RAS do referido município, sendo referência no que tange ao cuidado aos usuários de saúde mental, com atuação de equipes multiprofissionais.

Participaram do estudo 14 profissionais de saúde dos CAPS II e ad, sendo: quatro psicólogos, três enfermeiras, uma educadora física, uma terapeuta ocupacional, três assistentes sociais e duas técnicas de enfermagem. O convite para integrar a pesquisa foi realizado pela pesquisadora, tendo como critério de inclusão: atuar por, no mínimo, seis meses nos referidos serviços de saúde mental, em exercício profissional. E, como critérios de exclusão: profissionais de saúde que estavam afastados de suas funções devido às férias, licenças médicas, prêmio ou maternidade.

A coleta dos dados ocorreu de abril a junho de 2021, através da plataforma digital *Google Meet*, sendo realizadas chamadas de vídeos individualmente com os participantes do estudo, gravadas para posterior transcrição das informações. Optou-se por essa modalidade de coleta dos dados em razão da pandemia do novo coronavírus.

Ressalta-se que foi construído um instrumento na plataforma de Formulários *Google* e divulgado via internet, através do aplicativo *WhatsApp*, contendo questões sociodemográficas, bem como anexado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Em seguida, ocorreram agendamentos prévios das datas e horários com cada participante.

Logo após, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, o que consiste na combinação de perguntas fechadas e abertas, tendo a possibilidade do entrevistado expor o tema proposto, a partir de um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador (MINAYO, 2014). A análise dos dados foi realizada utilizando o modelo AnCo-REDES (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018), que possibilita a construção da análise cognitiva das RS a partir de redes. Trata-se de uma estratégia de análise baseada no campo da Análise Cognitiva (AnCo) e na teoria de redes com ênfase em redes sociais e redes semânticas.

Para aplicação das métricas de análise estabelecidas no AnCo-REDES, assim como a visualização das redes resultantes, fez-se uso do software *Gephi*, o qual permitiu a geração, cálculo e análise das redes semânticas. Uma rede semântica de RS configura-se como um

sistema de representação do conhecimento, composto por vértices (representados por palavras evocadas ou expressões de um sujeito) e arestas (conexões existentes entre essas palavras ou unidades conceituais evocadas), sendo caracterizada topologicamente como uma rede *small world* com encadeamento do tipo *estrela* (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

De acordo com o modelo AnCo-REDES, os parâmetros para a análise estão baseados nas seguintes métricas gerais: número de vértices ($n=V$); número de arestas ($m=\varepsilon$); grau médio da rede ($\langle k \rangle$), indica o número médio de conexões incidentes entre os vértices (palavras) na rede; diâmetro (D); coeficiente de aglomeração médio (C); caminho mínimo médio (ℓ); e densidade (Δ) (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

Ademais, foram analisadas as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c), conjuntamente, e determinaram os vértices (termos evocados) mais importantes para a construção dos significados, ou seja, aqueles vértices ou termos que emergiam da rede como destaque e maior importância para a construção das RS (LOPES; VILELA; PEREIRA, 2018).

A partir da formação da rede semântica, utilizou-se o algoritmo *modularity class* para a detecção das comunidades (grupos de sentido). Vale ressaltar que os *grupos de sentidos* auxiliaram na análise cognitiva do conteúdo das RS (BLONDEL et al., 2008), bem como as entrevistas, após transcritas, subsidiaram as discussões dos mesmos.

A pesquisa seguiu as orientações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/16 (BRASIL, 2016) que dispõem sobre a realização de pesquisa com seres humanos. Além disso, obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, parecer de nº 3.668.819, CAE: 23012619.2.0000.0055. As informações fornecidas pelos participantes foram identificadas por meio do uso de codinomes, para fins de anonimato. Desta forma, as entrevistas foram identificadas pela letra E, referente a entrevistado, acrescidas do número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rede semântica do grupo social estudado é apresentada na Figura 1, a seguir, composta por um componente maior com 94 vértices (termos diferentes evocados pelos participantes da pesquisa) e 424 arestas (conexões entre as palavras), com densidade (Δ)= 0,097, apresentando grau médio $\langle k \rangle$ = 9,021, número de componentes= 1, coeficiente de aglomeração médio C = 0,818, caminho mínimo médio (ℓ)= 2,266 e diâmetro (D)= 5.

O trabalho em RAPS demanda uma perspectiva de responsabilização pelo usuário, o que perpassa pela efetivação do princípio da integralidade, tendo em vista um “trabalho vivo”, em que se fazem necessários o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado, como condutor das práticas (MERHY, 2002).

O cuidado em saúde mental em rede deve contemplar a participação dos usuários e familiares, além de valorizar o protagonismo destes na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Desta forma, é fundamental o resgate da autonomia e liberdade da pessoa em sofrimento psíquico em decidir como e de que maneira quer ser assistido, no intuito de garantir direitos e combater estigmas e preconceitos (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Nesta perspectiva, dentre os sentidos presentes na sub-rede da figura 2, foi possível identificar que as práticas em RAPS estão associadas ao desenvolvimento do PTS, sendo este termo altamente conectado ao vértice *usuário*. Desta forma, percebe-se que as RS dos participantes do estudo refletem positivamente na produção do cuidado com o usuário.

No entanto, este estudo evidencia que as ações dos profissionais dos CAPS por meio da estratégia do PTS ocorrem de modo ainda incipiente, um desejo que requer esforços para a efetivação desse instrumento de trabalho, como demonstra a fala de E10:

Muito incipiente! Nós estamos na caminhada, na vontade, uma vontade que não deslanchou de fato, que está começando a pequenos passos, assim timidamente, não está de fato o PTS na íntegra acontecendo. Quando a gente tem avaliações, então, tem vários fatores que dificultam para que ocorra o PTS como é preconizado (E10).

O PTS deve considerar a especificidade de cada usuário dos serviços de saúde mental, sobretudo para atender as demandas inerentes a cada contexto biopsicossocial. Trata-se de uma estratégia que deve ser valorizada e reconhecida pelos profissionais de saúde mental a ser desenvolvida nos serviços, envolvendo, assim, o usuário, profissionais de saúde mental e a família.

O trabalho dos profissionais dos CAPS perpassa pela clínica ampliada, tendo como objetivo a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela, a formação de vínculo, o desenvolvimento do trabalho de modo intersetorial, a elaboração do PTS para o manejo das demandas que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, na tentativa de consolidar o princípio da integralidade (BRASIL, 2009).

A emancipação dos usuários para além dos serviços substitutivos tem a pretensão de extrapolar o paradigma biomédico, ou seja, demanda de profissionais da saúde a utilização de tecnologias leves, como escuta, acolhimento, articulações intra e intersetoriais que viabilizem

os PTS. Ademais, requer uma abordagem sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), no intuito de ampliar o repertório dos usuários e desenvolver sua autonomia (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Ressalta-se que o vértice *família* integra este grupo de sentido (figura 2), sendo vislumbrada como componente essencial para as práticas em RAPS, entretanto, apontam que a adesão desta às ações nos CAPS ainda é um desafio a ser superado, conforme descrevem as falas:

Tem muitos desafios com a família também. Alguns usuários, temos os responsáveis perto. A gente tem o contato direto, eu tenho contato com alguns pais, com alguns maridos, com esposas. Desde a procura do tratamento para aquela pessoa, temos o contato com o responsável familiar. Temos desafios psicossociais com a família, o que dificulta o acompanhamento das ações em rede (E3).

São questões assim, delicadas, de conflitos familiares, que às vezes não comparecem, existem ainda vários interesses que alguns não comparecem e quando comparecem é uma vez ou outra, para uma assembleia ou de alguma coisa que eles são colocados. Mas, a tentativa é que aproxime e que isso melhore, mas temos esses desafios que fazem parte do contexto de vida social, familiar e comunitário dentro da família daquele usuário (E4).

Eu acho que é uma questão cultural, uma questão social que está enraizada nas próprias famílias, eu acho que isso dificulta bastante esse processo de práticas em rede (E5).

Moscovici (2012) enfatiza: os laços construídos sobre determinada realidade social pelos indivíduos é fruto de suas interações com o objeto em análise. Por conseguinte, surge a representação, construção do sujeito sobre um objeto, todavia tal representação está atrelada às características do objeto e do sujeito simultaneamente, uma vez que possui origem na atividade mental do indivíduo e das complexas relações que este possui com o objeto.

Neste contexto, a apreensão dos significados dos elementos cotidianos do meio social ocorre por meio de dois processos que se encontram em contínua relação, a objetivação e a ancoragem. Tais processos são formadores das nossas RS e denotam a interface de relações existentes entre os elementos das representações com as práticas sociais. O entrelaçamento dos indivíduos ao sistema de RS contribui para nortear parte das condutas humanas, bem como gerenciar o contexto de significados dos objetos em uma perspectiva transversal e multidimensional (MOSCOVICI, 2012).

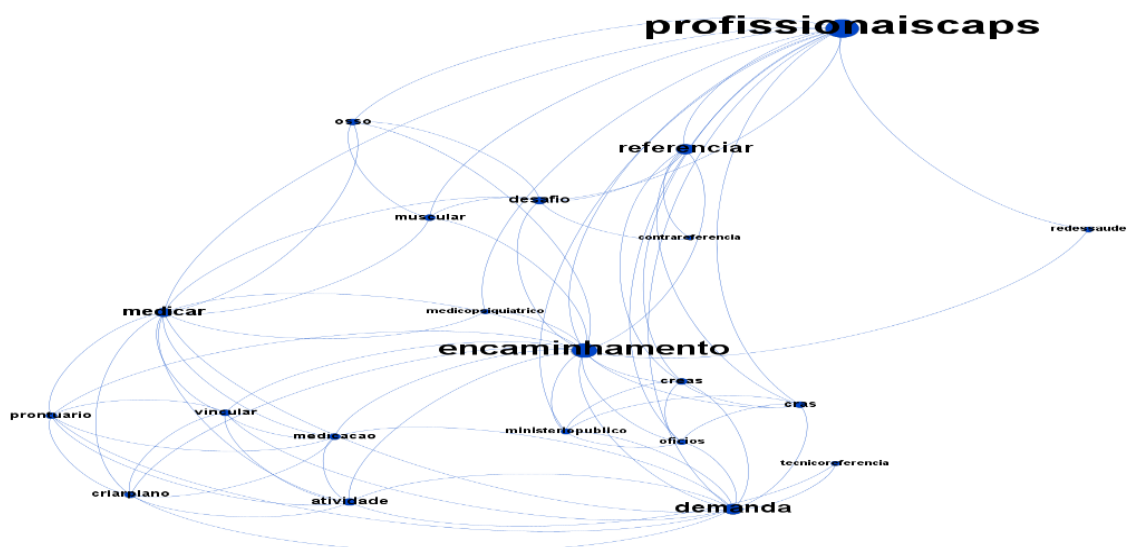
Para os participantes desta pesquisa, a postura dos familiares dos usuários dos CAPS encontra-se ancorada na questão sociocultural, ou seja, enxergam o CAPS como único serviço responsável por desenvolver ações aos mesmos, o que acaba afastando-as da corresponsabilização que requer o cuidado em saúde mental.

Entretanto, o paradigma atual de atenção psicossocial pauta-se na importância da participação da família no cuidado aos usuários dos serviços substitutivos, entendendo-a como componente fundamental para a evolução satisfatória e reabilitação psicossocial (CARVALHO *et al.*, 2016). Desta forma, qualquer tentativa de separação do binômio usuário-família no que tange às práticas em saúde mental é insatisfatória, visto que se torna primordial o envolvimento dos familiares para êxito das ações.

Logo, a formação de *grupos terapêuticos* foi um dos significados encontrados no grupo de sentido no qual o vértice “usuário” emerge com destaque (maior índice de centralidade), sendo elucidada a importância desta estratégia para aproximação dos familiares, bem como para o desenvolvimento das práticas em grupo nos serviços substitutivos.

Vale salientar que a criação de grupos de familiares nos CAPS constitui uma ferramenta importante para que o familiar/cuidador se aproxime do serviço e conheça outras experiências de familiares, fortalecendo-se mutuamente. Trata-se de um momento de troca de conhecimentos, de escuta, de exposição de sentimentos, dúvidas e anseios gerados pela doença mental. Além disso, os encontros permitem a discussão sobre a inserção dos usuários nos diversos pontos da RAPS, ampliando as formas de cuidado (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018).

Figura 3 – Grupo de sentido que irradia significados a partir dos vértices “ProfissionaisCAPS” e “encaminhamento”



Fonte: Autores (2022).

A figura 3, representa um grupo de sentido que é composto por dois vértices (*profissionaisCAPS* _ com $C_g = 45$ e $E_c = 0,90$; e *encaminhamento* com $C_g = 32$ e $E_c = 0,79$) que emergiram da rede com destaques em função das centralidades apresentadas, o que sugere uma complementaridade para construção do significado revelado. Com isso, observa-se que as práticas em RAPS estão atreladas aos profissionais de saúde dos serviços de saúde mental, o que denominamos na rede semântica *profissionaisCAPS*.

Nota-se que este termo revelou importância para o grupo de pertença, sendo necessários esforços dos profissionais de saúde mental para a construção do cuidado em torno do território existencial de cada usuário dos CAPS. É importante ainda ressaltar que foi evidenciado a partir do termo *encaminhamento*, o qual emerge conectado ao vértice *profissionaisCAPS*, que as ações para acessar os outros serviços que compõem uma RAPS ocorrem principalmente pelo *encaminhamento* dos usuários. Tais perspectivas são reafirmadas através dos relatos dos participantes deste estudo, os quais apontam a questão de como os encaminhamentos são realizados e pensados.

A gente faz encaminhamentos, a gente conversa com a enfermeira que já trabalha em outra unidade se pode encaminhar, pode assistir esse usuário. Encaminhar ou conversar com outro profissional de outra unidade para que ele possa ser assistido, para que ele tenha essa atenção mais focada na integralidade do processo de saúde dele (E7).

Na comunicação, na base das tentativas, ligando, mandando referência para o usuário ir procurar o serviço, sem um encaminhamento, ligando para saber, falando com uma pessoa conhecida, nesse sentido. Porque quando a gente não tem nada formal, nada assegurado, nada que possa nos dar um retorno, a gente tem que lançar mão dessas estratégias pra que o usuário não fique desassistido (E6).

Então, a gente tá buscando dessa forma, agir através de conhecimento mesmo, de encaminhamento e telefonema e, pedir ao usuário que volte dizendo o que foi que aconteceu e a gente registra no prontuário, e quando ele não aparece, a gente liga procurando saber o que aconteceu (E8).

As representações dos participantes do estudo objetivam o encaminhamento dos usuários como principal estratégia das práticas em rede de saúde mental. Para tanto, ancoram-se no pensamento estrutural da lógica tradicional dos modos de produção da saúde, visto que a RAPS, no cenário estudado, não possui fluxos bem definidos, o que dificulta o compartilhamento do cuidado à pessoa em sofrimento mental.

Deste modo, as descrições vivenciais revelam que os encaminhamentos costumam vir por escrito, nem sempre por contato telefônico, e dificilmente surgem encontros para discussão das problemáticas inerentes ao processo de reabilitação psicossocial.

A valorização das ações em saúde mental voltadas apenas para o encaminhamento dos usuários reforça a hierarquização da saúde baseada no sistema de referência e contrarreferência. Para tanto, a articulação em rede horizontalizada propicia uma interlocução mais profunda, ao promover maior capilaridade no território. Trata-se de reconhecer a necessidade de construção de redes singulares elaboradas pelos próprios trabalhadores, os quais se tornam agenciadores das ações de saúde mental (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Logo, o contexto revela que o trabalho dos profissionais de saúde mental ocorre de forma ainda desarticulada, conforme evidenciado pelo grupo de pertença deste estudo, além de fragilidades inerentes à comunicação com os demais setores responsáveis pelo cuidado aos usuários.

Eu acho que a ação dos CAPS é bem... Não acho que a palavra isolada não, mas é só aquela parte mesmo, é só a parte do nosso trabalho (E9).

Eu acho que poderia ter uma comunicação mais eficiente, porque assim é muito tranquilo você tem uma demanda, encaminhar aquela demanda para outro setor e ali você transfere a sua responsabilidade [...] (E11).

[...] no momento em que a gente teria a possibilidade de ter uma comunicação maior, a gente sentar, discutir as questões, os casos, as necessidades, se surgir um novo usuário, uma nova demanda para o serviço, de que modo nós, CAPS, podemos fazer uma intervenção com esse usuário, entende? Então, eu acho que esse diálogo é muito necessário e não ocorre, mas poderia ocorrer (E12).

Ressalta-se que as redes não existem por si, ou seja, para se tornarem redes reais, do cotidiano, que produzem movimentos interessantes, implicam o envolvimento de todos os agentes do processo. Por isso, os serviços de saúde mental são dispositivos estratégicos de cuidado, que devem ser integrais e ampliados, de forma que os profissionais atuantes nestes serviços se responsabilizem diante da complexidade das demandas que chegam, tornando-os articuladores do movimento em rede (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

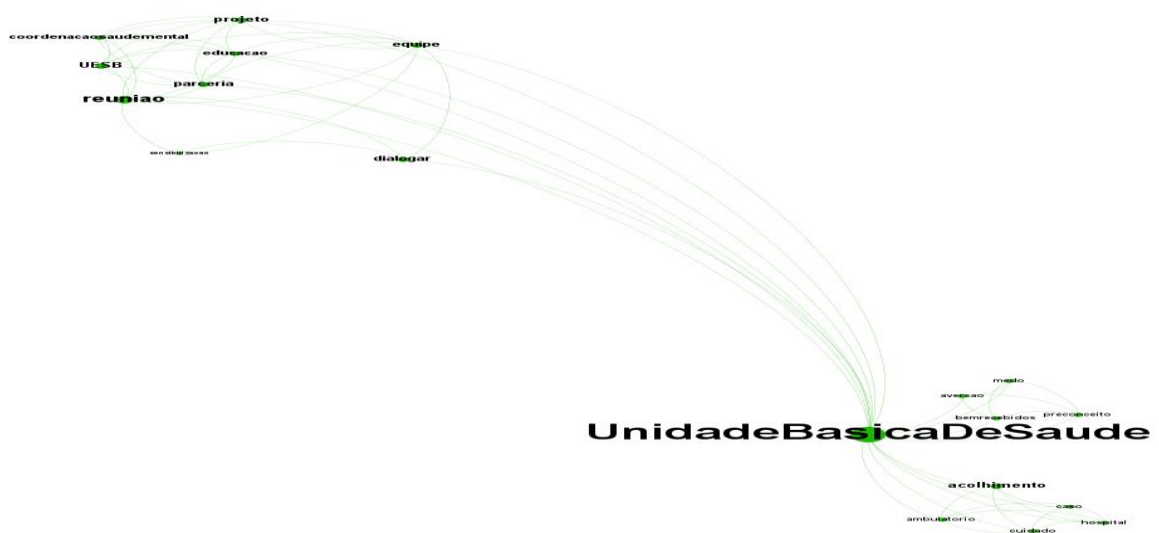
Assim, apesar do reconhecimento das normativas da RAS e da RAPS (BRASIL, 2011) para o fortalecimento das políticas de saúde mental, o profissional de saúde precisa reconhecer as potencialidades de uma rede. Tal finalidade possibilita apontar a multiplicidade de conexões pertencente ao cuidado em rede, o qual pode ser construído, desconstruído e reconstruído por esses profissionais (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Para tanto, a RPB não foi pensada exclusivamente na constituição de uma rede de serviços que se propõe a substituir o manicômio, mas ter a possibilidade de consolidação de outro paradigma de cuidado, que visa ao envolvimento dos serviços/profissionais entre si (OLIVEIRA; CALDANA, 2016).

Assim, as normativas são importantes e possibilitam direções de trabalho; no entanto, o ato do cuidado deve ser direcionado também pelo profissional. Portanto, a intenção é promover um olhar para as redes como um processo de construção, de articulação, de fluxos entre as pessoas, sejam profissionais, equipes ou usuários no território. Com isso, o conceito de rede passa a ter o objetivo de agenciar e fazer operar transformações nas práticas de cuidado e nas estruturas institucionais (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Nesse contexto, o estudo realizado por Sousa, Maciel e Medeiros (2018) sobre as RS dos profissionais de saúde mental revela que o cuidado em saúde mental deve envolver fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, pois são determinantes do processo de adoecimento, indo ao encontro dos achados desta pesquisa.

Figura 4 – Grupo de sentido que irradia significados a partir do vértice “Unidade Básica de Saúde”



Fonte: Autores (2022).

O grupo de sentido apresentado na figura 4, elaborada a partir dos significados que irradiam do termo “*Unidade Básica de Saúde*”, tendo este vértice valores de $C_g= 41$ e $E_c= 0,87$. Nesse sentido, observa-se que o grupo de pertença deste estudo reconhece a UBS como principal serviço utilizado para encaminhamento dos usuários quando estes necessitam de cuidados para além das demandas de saúde mental.

Os encaminhamentos que faço aqui são os que te falei, se o usuário tem alguma necessidade digamos assim, de um médico, se ele tá com alguma dificuldade, algum problema de saúde, a gente encaminha para a unidade básica de saúde. Agora assim, projetos com outras unidades eu não tenho, eu acho que nenhum profissional tem (E14).

Ademais, os profissionais de saúde dos CAPS apontaram que recebem a demanda das UBS, quando o usuário não é visto como “perfil da UBS”, ou seja, a UBS trabalha apenas na perspectiva da referência do usuário para o serviço especializado em saúde mental, conforme descrito na fala de E9:

O que a gente recebe aqui são encaminhamentos de quando há uma demanda lá, de que o usuário não se encaixa na demanda da Unidade Básica de Saúde, que aí ele vem para cá (E13).

Destaca-se que a UBS possui papel importante no desenvolvimento de ações à pessoa com transtorno mental, uma vez que está mais próxima de seu contexto sociofamiliar. Logo, o trabalho direcionado somente para o encaminhamento dos usuários aos CAPS minimiza as possibilidades de cuidado que podem ser construídas na área adscrita da própria UBS.

Nota-se que há dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na UBS, as quais são justificadas pelo despreparo e falta de capacitação, insegurança do profissional no manejo da pessoa em sofrimento psíquico e a incipiência de ações de saúde mental neste serviço de saúde, bem como o fato das equipes alegarem que se encontram atarefadas com outras demandas. A ausência de protocolos e fluxos para a assistência às demandas da pessoa em sofrimento mental na Atenção Básica (AB), além do pouco investimento em qualificação das equipes multiprofissionais são fatores preponderantes no contexto da priorização do modelo psicossocial (GERBALDO *et al.*, 2018).

Acrescenta-se, ainda, que os achados deste estudo demonstram que as práticas dos profissionais das UBS estão, na maioria das vezes, ancoradas no *preconceito, medo, aversão* (vértices que compõem o grupo de sentido apresentado na figura 4), os quais estão fomentados por uma cultura manicomial ainda arraigada no imaginário de técnicos e da sociedade em geral.

Na condição de fenômenos sociais que se expressam em um dado contexto social, as RS possibilitam a compreensão acerca do objeto por meio de imagens, ideias, conceitos e ressignificações, os quais reverberam as expressões do sujeito, demonstrando simultaneamente a própria atividade do sujeito, de modo individual ou coletivo (CARAVACA *et al.*, 2015). Nesse sentido, as RS baseadas nos estigmas sociais sobre a doença mental dificultam os processos de trabalho, pois demandam tempo e sensibilidade do profissional em assistir a pessoa em sua integralidade.

Portanto, interessa-nos pensar sobre o matriciamento em saúde mental sob a perspectiva de serviços e de técnicos, o que implica na educação permanente, compartilhamento de saberes

e de responsabilidades, construção coletiva de projetos terapêuticos, no intuito de favorecer o compartilhamento do cuidado, a livre circulação dos usuários pelos serviços da rede e potencialização de outros espaços (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Trata-se de uma estratégia que permite a integração da Saúde Mental na AB com vistas a facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre estes serviços. Possui em sua estrutura teórica a possibilidade de trabalhar pela autonomia dos sujeitos a partir do estímulo à análise dos processos de trabalho pelo trabalhador, o que perpassa pela promoção à liberdade inventiva deste profissional na direção de construção constante de modos inovadores de produção de saúde. Portanto, amplia a oferta de cuidado à pessoa com sofrimento mental, já que a AB também passou a se responsabilizar por ele (IGLESIAS; AVELLAR; RIBEIRO NETO, 2021).

Ademais, outras estratégias também foram fomentadas pelo Ministério da Saúde (MS), a exemplo do projeto Caminhos do Cuidado, que capacitou os profissionais do nível médio e técnico sobre saúde mental, álcool e outras drogas, uma vez que compreende o papel da AB com potencial para desempenho de ações propiciadoras da saúde mental (SANTOS; FERLA, 2017).

Nesse contexto, entende-se que o cuidado em saúde mental não pertence apenas aos profissionais e serviços especializados, como os CAPS, mas de todos os profissionais da saúde pública, no intuito de favorecer uma melhor assistência à pessoa em sofrimento psíquico (TRAPÉ, CAMPOS, 2017).

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou compreender a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a RAPS, sobretudo apropriando-se dos significados inerentes ao objeto social em questão.

Salienta-se que os principais termos que irradiaram sentido para o discurso do grupo social revelam que as práticas em RAPS ainda são incipientes, portanto requerem maior envolvimento dos profissionais de saúde, especialmente dos atores sociais atuantes nos serviços substitutivos (CAPS). Ademais, foi possível evidenciar que os usuários tornam-se o centro das ações para a concretização do cuidado integral em saúde.

Nessa direção, julga-se imprescindível estabelecer uma relação dialógica entre os espaços dentro e fora dos serviços dos CAPS, no intuito de promover o desenvolvimento do trabalho, de modo interdisciplinar e intersetorial. Com isto, é possível tornar o cuidado mais

fluido, humanizado e holístico, visto que quando se pensa na integralidade do processo de cuidar, a articulação intersetorial torna-se condição *sine qua non* à prática.

Assim, reitera-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas com os atores sociais atuantes nos serviços da RAPS, os quais estão intimamente implicados no processo da atenção à pessoa que vivencia o sofrimento mental. Portanto, considera-se uma limitação deste estudo o fato de ter sido desenvolvido apenas nos serviços de saúde mental de um município do interior da Bahia.

Agradecimentos: À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES), por auxiliar financeiramente na execução desta investigação.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst.*, v. 12, n. 65, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Um monte de buracos amarrados com barbantes: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc.*, São Paulo. v. 26, n. 4, p. 904-19, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>
- BLONDEL, V. D. et al. Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment* (10), P1000, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2011; 27 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução Nº 466 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 maio 2016.

CARVALHO, P. A. L. et al. A família na reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental. *Rev Enferm UFPE on line*, v.10, n.5, p.1701-8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13545p1701-1708-2016>

CARAVACA, M. A. J. et al. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, Out-Dez; v. 24, n.4, p. 1157-65, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>

CAMARGO, B. V. Um percussor inovador na psicologia social. *Memorandum*, v. 28, p. 240-45, 2015.

DIMENSTEIN, M. et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud Soc.* v.9, p.70-85, 2018.

ESLABÃO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* v. 38, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.; RIBEIRO NETO, P. M. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. *Espac. Saúde.*, v.22, n. 805, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e805>

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.16, n.3, p.1079-94, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 661-80.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde debate*, v. 43, n. 122, p. 883-896, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>

LOPES, C. R. S.; VILELA, A. B. A.; PEREIRA, H. B. B. *AnCo-REDES*: modelo para análise cognitiva de representações sociais. 1. ed. Curitiba: Appris; 2018.

MARKOVÁ, I. A. A fabricação da teoria de representações sociais. *Cadernos de Pesquisa*, v.47, n.163, p. 358-75, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053143760>

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. Apresentação. In R. Gomes, Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanes. (2014).

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v.7, n.2, p.02-21, 2016.

OLIVEIRA, P. R. S. et al. O modo psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: Lima AF, organizador. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris, 2018. p. 163-84.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 253-71, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 23, n. 3, p. 861-70, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n.63, p.833-44, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>

SANTOS, R. C. A.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 39, p. 574-48, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57448>

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas em Psicologia*. v. 26, n. 2, p. 883-95, 2018. DOI: 10.9788/TP2018.2-13Pt

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MANUSCRITO 03

TÍTULO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE OS
COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AUTORAS

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemerita Alves Vilela

Revista Brasileira de Enfermagem

Link: <https://www.scielo.br/j/reben/>

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Carine de Jesus Soares

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

Resumo

Este estudo tem como objetivo descrever as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais na perspectiva processual, realizada com 14 profissionais de saúde de dois Centros de Atenção Psicossocial do município de Jequié, Bahia, Brasil. Realizou-se a coleta de dados pela Plataforma *Google Meet* e aplicativo *WhatsApp* por meio de entrevistas semiestruturadas. Para análise dos dados, utilizou-se o modelo AnCo-REDES, resultando na elaboração de redes semânticas de representações sociais. Os resultados evidenciam que os Centros de Atenção Psicossocial se configuram como principais dispositivos para articulação da rede de saúde mental; os desafios das unidades básicas de saúde na promoção da saúde mental; o papel do hospital e da psiquiatria no contexto das ações em saúde mental e incipiência na valorização dos espaços sociais.

Descritores: Representações sociais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Cuidado; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica impulsionou as lutas pela valorização da saúde mental de modo amplo, reconhecendo a pluralidade e a complexidade presentes no cuidado à pessoa em sofrimento mental, de modo a considerar a importância das ações intersetoriais e inclusivas na perspectiva da transversalidade de saberes⁽¹⁾.

Neste sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como política de saúde mental, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), implementada por meio da Portaria Ministerial nº 3.088/2011, visando fortalecer a articulação dos dispositivos psicossociais⁽²⁾.

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, sendo o CAPSi voltados especificamente para crianças e adolescentes e o CAPS ad para usuários de álcool e outras drogas; Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF); consultórios na rua; residências terapêuticas; SAMU, UPA, atenção hospitalar, reabilitação psicossocial, dentre outros⁽²⁾.

Na RAPS, destacam-se os CAPS, como principais estratégias do processo de reorientação do paradigma de atenção à pessoa em sofrimento mental, tendo a finalidade de acolher suas demandas, no intuito de reinseri-la no contexto social⁽³⁾.

Dessa forma, o CAPS assume caráter estratégico no campo da saúde mental, sendo o dispositivo agenciador e articulador entre os serviços da RAPS, com o objetivo de promover o trabalho baseado nos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e democrática dos diferentes atores sociais para a resolução das diversas demandas que perpassam o cuidado em saúde mental^(4,2).

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde dos CAPS atuem numa perspectiva capaz de tornar os usuários ativos em seu processo de cuidado, buscando a integração dos serviços que compõem a RAPS com outras políticas públicas, a exemplo da educação, cultura, justiça e a assistência social, além de desenvolver ações que englobam os equipamentos disponíveis no território existencial de cada usuário (igrejas, associações de moradores, centros comunitários, cooperativas) para atingir a singularidade dos mesmos^(5,6,7).

Cabe, ainda, destacar que os serviços psicossociais passam a ser considerados objetos de constantes investigações, com a finalidade de ampliar o diálogo entre gestores, profissionais, usuários e comunidade de modo geral, bem como contribuir para a (re)formulação de políticas públicas da área⁽⁸⁾.

Dado o cenário complexo da saúde mental e na tentativa de compreender este contexto de atuação, adotou-se como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS) como aporte teórico deste estudo para contribuir com a definição da relação deste objeto social com os sujeitos implicados na construção, (re)elaborados e (re)dimensionados das práticas sociais, de acordo com o contexto sociocultural dos atores sociais. Outrossim, a TRS permite a interpretação e elaboração de determinada realidade, ou seja, as RS possuem caráter orientador de práticas, visto que é a partir da compreensão sobre um fenômeno que o sujeito modula seu comportamento frente a ele⁽⁹⁾.

Portanto, ter acesso às RS de profissionais de saúde mental sobre os componentes da RAPS permite a compreensão das ações e relações destes atores sociais com os demais serviços da rede de saúde mental, com vistas a compreender as práticas desenvolvidas e sustentadas no âmbito da saúde mental, bem como subsidiar reflexões para auxiliar a tomada de decisão dos gestores, além de ampliar as formas de cuidado aos usuários, ensejando maior resolubilidade.

Ressalta-se, ainda, que tais reflexões tornam-se relevantes na medida em que permitem a visibilidade das práticas dos CAPS, as quais devem ocorrer extramuros, favorecendo, assim, a formulação e proposições de ferramentas que propiciem a qualificação do cuidado em saúde mental, com vistas ao alcance da efetiva corresponsabilização das ações, formação de vínculos e entrelaçamento dos serviços com enfoque na subjetividade do cuidado humano.

Assim, este estudo foi norteado pela seguinte questão: quais as RS de profissionais de saúde mental sobre os componentes da RAPS? Para responder a este questionamento, definiu-se como objetivo: descrever as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantiqualitativo ancorado na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual se configura como modalidade de conhecimento que permite a compreensão de como os indivíduos se relacionam com determinado objeto, sendo representado por conjuntos simbólicos que são, ao mesmo tempo, práticos e dinâmicos⁽⁹⁾.

A pesquisa foi realizada nos CAPS do tipo II e Ad do município de Jequié, Bahia, Brasil, serviços especializados em saúde mental, que contam com equipes de saúde multiprofissionais. Participaram do estudo 14 profissionais de saúde de ambos os CAPS, sendo quatro psicólogos, três enfermeiras, uma educadora física, uma terapeuta ocupacional, três assistentes sociais e duas técnicas de enfermagem.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: atuar por, no mínimo, seis meses nos referidos serviços de saúde mental, em exercício profissional. Como critério de exclusão: profissionais de saúde que estavam afastados de suas funções devido às férias, licenças médicas, prêmio ou maternidade.

Inicialmente, foi disponibilizado aos participantes, que aceitaram participar da pesquisa, um instrumento do Formulário *Google*, divulgado via internet, através do aplicativo *WhatsApp*, contendo questões sociodemográficas, bem como anexado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – após assinados, teve início a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2021, por meio da plataforma digital *Google Meet*, devido à pandemia da Covid-19. Desse modo, as coletas ocorreram através de chamadas de vídeos de modo individual com cada participante do estudo, sendo gravadas para posterior transcrição das informações.

Ressalta-se que este estudo deriva-se da tese *Representações Sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial*, sendo os dados aqui analisados referentes ao questionamento sobre os componentes da RAPS. A análise dos dados ocorreu por meio do modelo AnCo-REDES⁽¹⁰⁾, que consiste numa possibilidade de análise cognitiva das RS, a partir da construção de redes sociais e redes semânticas.

Neste modelo, utiliza-se o software *Gephi* para visualização das redes semânticas, as quais são geradas a partir de métricas gerais estabelecidas, a saber: número de vértices ($n=V$); número de arestas ($m=\varepsilon$); grau médio da rede ($\langle k \rangle$), indica o número médio de conexões incidentes entre os vértices (palavras) na rede; diâmetro (D); coeficiente de aglomeração médio (C); caminho mínimo médio (ℓ); e densidade (Δ)⁽¹⁰⁾.

O AnCo-REDES ainda possui as métricas de centralidades de grau (C_g), de autovetor (E_c) e de intermediação (C_i), as quais foram analisadas conjuntamente. A C_g indica o número de ligações de um determinado vértice com os demais vértices (palavras) da rede total; a E_c define o quanto o vértice é importante/influente, sendo considerado como central e possui conexões com outros vértices mais centrais; e a C_i permite identificar a produção dos sentidos na rede semântica, visto que quanto mais alto seu valor, mais potencial possui para mediar fluxos na rede⁽¹⁰⁾.

O sistema representacional do conhecimento de uma rede semântica de RS é configurado por meio de vértices (representados por palavras evocadas ou expressões de um sujeito) e arestas (conexões existentes entre essas palavras ou unidades conceituais evocadas), sendo caracterizada topologicamente como uma rede *small world* com encadeamento do tipo *estrela*⁽¹⁰⁾.

Logo após a construção da rede semântica foi possível a detecção das comunidades (grupos de sentido), utilizando o algoritmo *modularity class*, ferramenta do software *Gephi*. Vale ressaltar que os *grupos de sentidos* auxiliaram na análise cognitiva do conteúdo das RS⁽¹¹⁾.

A investigação foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, parecer de nº 3.668.819, CAE: 23012619.2.0000.0055. Foram respeitadas todas as orientações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012⁽¹²⁾ e nº 510/16⁽¹³⁾, que dispõem sobre a realização de pesquisa com seres humanos.

Salienta-se que as falas dos participantes foram identificadas por meio de codinomes para garantir o anonimato dos mesmos. Portanto, utilizou-se a letra E que corresponde a entrevistado, seguido do número arábico correspondente a ordem com que as entrevistas foram acontecendo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rede semântica de RS sobre os componentes da RAPS de um município do interior da Bahia, Brasil atribuiu significados importantes para o grupo de pertença, oportunizando a análise cognitiva dos profissionais de saúde mental sobre este objeto de estudo. No que se refere às métricas identificadas na rede semântica do grupo social estudado, foi evidenciado um componente maior com 89 vértices (termos diferentes evocados pelos participantes da pesquisa) e 349 arestas (conexões entre as palavras), com densidade (Δ)= 0,16, apresentando grau médio $\langle k \rangle = 9,774$, número de componentes= 1, coeficiente de aglomeração médio $C = 0,809$, caminho mínimo médio (ℓ)= 2,153 e diâmetro (D)= 4.

Neste sentido, foram destacados os vértices com os maiores valores de C_g , E_c , C_i da rede total, a saber: **CAPS**, **intersectorialidade**, **UBS**, **CRAS**, **CREAS**, **hospital** e **ofertar**, conforme disposto na Tabela 1.

Tabela 1: Vértices que emergiram da rede com maiores valores de centralidade (C_g , E_c e C_i)

VÉRTICES	C_g	E_c	C_i
CAPS	35	1	0,26
INTERSETORIALIDADE	32	0,97	0,17
UBS	28	0,89	0,16
CRAS	25	0,86	0,05
CREAS	25	0,86	0,05
HOSPITAL	24	0,82	0,07
OFERTAR	19	0,75	0,02

Fonte: Autores (2022).

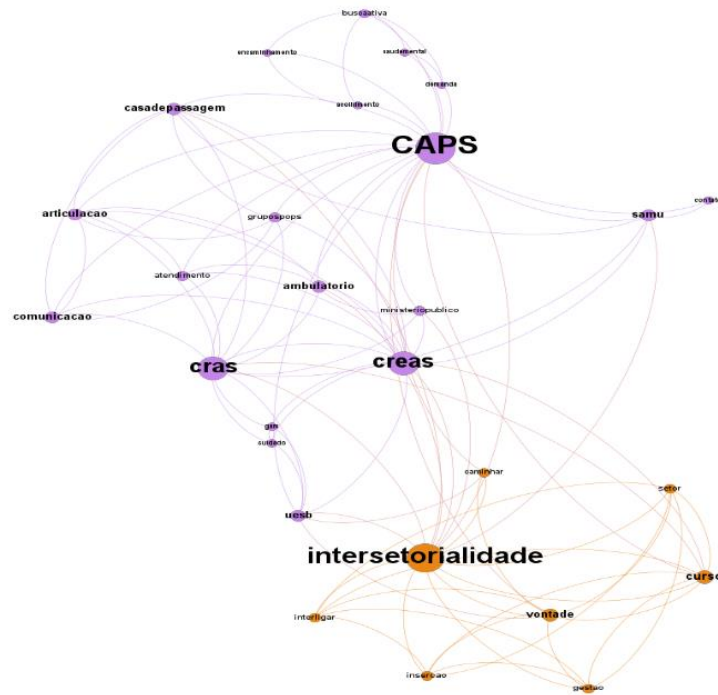
A partir da rede total foram gerados seis Grupos de Sentido (*GS*), oriundos das relações existentes entre as conexões dos vértices, ou seja, termos que se apresentaram altamente conectados entre si. Para tanto, foi possível evidenciar significados importantes relacionados a mais de *GS*, e possibilitou a discussão resultante dos mesmos e a respectiva categorização dos resultados.

Com base nos termos que emergiram da rede com maiores valores das métricas de C_g , E_c e C_i , surgiram quatro categorias apresentadas por *GS*, de forma a expressar os conteúdos representacionais do objeto de estudo.

CAPS e intersectorialidade como eixo norteador do cuidado em saúde mental

Os CAPS foram evidenciados pelo grupo de pertença deste estudo como dispositivos que mobiliza a RAPS, articulando-se aos equipamentos e recursos disponíveis no território. O vértice *CAPS* esteve conectado a termos importantes, a exemplo de articulação, *CRAS*, *CREAS*, *SAMU*, *ministério público*, *UESB*, *grupos pops*, *comunicação*, *busca ativa*, dentre outros. Associado a isto, o vértice *intersectorialidade* manteve-se relacionado aos principais vértices: *vontade*, *interligar*, *gestão*, *setor* e *curso* (Figura 1).

Figura 1: GS a partir dos vértices CAPS e Intersetorialidade, marcado pela articulação do cuidado em saúde mental



Fonte: Autores (2022).

A rede apresentada é marcada pelos serviços em que os CAPS (ad e II) do município estudado possuem maior envolvimento, o qual não pode ser dissociado da estratégia intersectorial. Desta forma, a partir dos sentidos atribuídos nestas sub-redes evidencia-se a função dos CAPS no campo da saúde mental, que foi pensado como forma de aproximação da pessoa com sofrimento mental em seu contexto sociocultural, na perspectiva de um trabalho baseado na intersectorialidade.

A articulação dos CAPS com os demais serviços de saúde e social do município amplia as formas de cuidado ao usuário, bem como busca garantir a estruturação de uma rede mais eficiente⁽¹⁴⁾. A criação das modalidades dos CAPS, a partir da portaria 366/2002⁽¹⁵⁾, implica na mudança das relações de poder entre profissionais e usuários dos serviços substitutivos, considerando-os ativos em seu processo de cuidado e não meros objetos de intervenção. Com isto, os CAPS possuem o objetivo de respeitar a singularidade e o modo de ser de cada pessoa, ou seja, não devem funcionar como um dispositivo de controle do comportamento⁽¹⁶⁾.

Não obstante, é necessário repensarmos e refletirmos a respeito das práticas de cuidado produzidas no âmbito dos CAPS, no sentido de identificarmos qual modelo de atenção predomina nesse processo, visto que a lógica psicossocial conchama para a territorialização⁽¹⁷⁾.

Nota-se que, apesar de persistirem grandes desafios no sentido de romper com o modelo manicomial/asilar, reforçados por ações intra-CAPS, estratégias estão sendo construídas no intuito de produzir e ressignificar novos modos de cuidar, novas formas de fazer acontecer, baseadas em relações sociais, pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar de acolhimento para o sofrimento mental⁽¹⁷⁾.

Diante desse contexto, as RS possibilitam analisar as práticas no campo da saúde mental, de modo reflexivo e crítico. Portanto, requisita-se dos profissionais atuantes nos CAPS o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar, sobretudo em busca da intersetorialidade, na perspectiva de atender as demandas inerentes ao cuidado dos usuários⁽¹⁸⁾.

O trabalho baseado na intersetorialidade e interdisciplinaridade amplia as possibilidades da pessoa em sofrimento mental ser reinserida em seu contexto social, laboral e econômico, visto que propõe desenvolver o cuidado pautado na singularidade de cada pessoa. Ressalta-se que o processo de desinstitucionalização privilegia o empoderamento das pessoas com sofrimento psíquico, a construção da cidadania, um lugar social de respeito e trabalho, integrado ao território em que se vive, na perspectiva da liberdade de ser e viver singularmente como pessoa, não como doente ou louco⁽¹⁶⁾.

Neste ínterim, uma das principais estratégias no campo da saúde mental para superação do modelo manicomial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo este de natureza intersetorial. Trata-se de uma possibilidade de construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na elaboração de formas de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os envolvidos⁽¹⁹⁾.

Entretanto, na realidade vivenciada, a construção de PTS ainda ocorre de modo incipiente, sendo evidenciada a falta de compreensão dos próprios participantes deste estudo sobre como funciona esta estratégia. Ademais, muitas vezes, limitado à oferta do cardápio de ações disponíveis no serviço, como podemos observar nas falas seguintes:

Olha, o que começou foi o PTS, mas ainda está no início e sem entenderem direitinho o que é um PTS, como a gente começou implantar e desde o ano passado mas esse ano teve a pandemia, então, está assim, muito no comecinho para mim. Eles não estão aderindo, eles precisam entender como de fato funciona esta estratégia (E2).

No ano de 2019, teve essa iniciativa de implantar o PTS, que é também um desafio, mas que a gente tem tentado focar e quer dar continuidade também, porque eles (usuários) são muito acostumados com a rotina do serviço, faz uma atividade e outra, dorme um pouquinho, almoça [...] incluir eles em atividades que sejam interessantes para eles e principalmente a gente contar também com atividades fora do CAPS, que é também um desafio (E4).

Porque a maioria das demandas que tem são supridas aqui mesmo dentro do CAPS, do psicólogo, a questão dos medicamentos, questão de enfermagem. Então, assim, eu acho que o CAPS tem um serviço muito bom a oferecer, mas é muito difícil realizar essa reabilitação (E8).

Nota-se, também, que os profissionais de saúde mental dos CAPS deste estudo acessam os serviços de saúde, na maioria das vezes, sendo pouco vislumbrados os espaços e serviços sociais, o que pode ser apreendido pela representação presente na rede da figura 1, anterior, reiterado pela descrição vivencial, a seguir:

Os serviços de saúde, né? O CAPS, o hospital, a partir da enfermaria do hospital geral, a ala de urgência e emergência, a unidade básica de saúde, a unidade de pronto atendimento, o SAMU, o CRAS. Eu acho que é por aí, não vejo mais outras coisas assim não. Também tem clínicas, clínica escola, que também oferta vagas para pessoas com transtorno mental (E1).

Entretanto, os sentidos que irradiaram a partir do vértice CAPS, GS presente na figura 1, apresentou forte relação com os vértices CRAS e CREAS, os quais se configuram como serviços sociais. Isto representa uma postura positiva dos profissionais de saúde dos serviços substitutivos, uma vez o processo de reabilitação psicossocial possui a premissa da interação com o social, principalmente quando é trabalhado o território existencial inerente a cada pessoa.

Geralmente é busca ativa e acolhimento do CRAS e do CREAS (E5).

Os CREAS, os CRAS, têm os grupos pops que a gente pouco se articula também (E3).

Eu creio que todos, porque engloba os CAPS, as unidades básicas, CREAS, CRAS [...] (E6).

Chama-se atenção para as práticas das equipes dos CAPS, que, por vezes, limitam as ações do PTS apenas aos espaços institucionais, sendo capturados pela rotina do próprio serviço, desconsiderando as potencialidades dos territórios onde aquelas pessoas vivem. Desse modo, os serviços substitutivos correm o risco do abafamento dos desejos e dos diferentes modos de subjetivação⁽¹⁹⁾.

No entanto, torna-se fundamental considerar que o processo de elaboração do PTS perpassa pelo reconhecimento do território existencial do usuário e suas redes vivas de cuidado ou descuido. Com isto, busca-se o resgate da cidadania da pessoa em sofrimento mental, tendo como base a construção de novas formas de cuidado, o que pressupõe a necessidade do comprometimento e a responsabilização dos atores sociais implicados neste processo⁽¹⁹⁾.

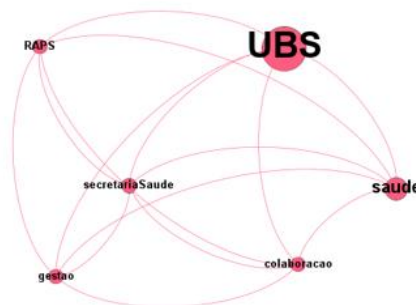
Neste sentido, em relação ao PTS, aponta-se para a necessidade do maior entrelaçamento dessa estratégia de cuidado com ações que busquem responder às demandas das pessoas, o que precisa ser compreendido como um processo contínuo e de modo integrado⁽²⁰⁾.

Desafio das abordagens psicossociais na Unidade Básica de Saúde

O terceiro vértice com maior valor de C_g , E_c e C_i foi a *UBS*. A partir disto, nota-se a importância deste componente no contexto da *RAPS*, o que perpassa pelo envolvimento da *gestão em saúde*, por meio da *secretaria de saúde*, no intuito de fortalecer e colaborar com as ações em rede de saúde mental (Figura 2).

Na experiência estudada, o município possui 21 Unidades Saúde da Família (USF), sendo o total de 30 equipes saúde da família e quatro UBS. Salienta-se que o termo UBS empregado pelos participantes do estudo faz alusão tanto às USF quanto as UBS.

Figura 2: GS a partir do vértice UBS, marcado pela sua importância na RAPS



Fonte: Autores (2022).

A efetivação de ações de saúde mental na Atenção Primária de Saúde (APS), através da UBS, é uma das prerrogativas constituintes da saúde coletiva, visto que os usuários de saúde mental também são de responsabilidade das UBS, do território de abrangência do qual faz parte. Partindo deste princípio, os profissionais de saúde das UBS precisam desenvolver ações de cuidado à pessoa em sofrimento mental, acolher suas demandas igualmente como todos os outros que necessitam dos serviços de saúde nas demais especialidades, como sujeito ativo, participativo e de direito⁽²¹⁾.

Partindo dessa premissa, os sentidos que irradiaram na sub-rede da figura 2 reforçam os desafios encontrados para a efetiva promoção da saúde mental no contexto das UBS, sendo

percebido como serviço de saúde essencial para o cuidado em saúde mental, entretanto, funcionam ainda de modo desarticulado.

Eu acho que os serviços de saúde, principalmente, são as unidades básicas (E9).

Eu creio que as unidades básicas deveriam estar mais presentes (E10).

Difícilmente vejo a interação das UBS com os CAPS, sinceramente, não vejo (E11).

Geralmente, quando encaminhamos um usuário do CAPS para as UBS nunca temos um retorno (E 12).

As UBS não foram preparadas para receber as demandas de saúde mental. Penso que seja necessário capacitar os profissionais, partindo da Secretaria de Saúde, da coordenação de saúde mental para as UBS e demais serviços da rede de atenção psicossocial (E7).

Os achados mostram a necessidade do Apoio Matricial (AM) por ser uma ferramenta importante dentro deste contexto, pois possui uma perspectiva pedagógico-assistencial, de modo a fortalecer a relação entre profissionais generalistas e especialistas, pautada na corresponsabilização do cuidado. Esta tecnologia leve de cuidado deve ser valorizada no campo da saúde mental por equipes dos CAPS, no sentido de apoiar as equipes das UBS⁽⁸⁾.

No entanto, são notórios os desafios para a implementação de ações de saúde mental no contexto das UBS. Um estudo realizado com enfermeiros(as) das UBS sobre as demandas de saúde mental evidenciou fragilidades, como: ausência de grupos terapêuticos voltados ao público de saúde mental; ações restritas à renovação de receitas de psicotrópicos e dispensação dos mesmos e pouca relação entre os profissionais e o usuário, revelando descaso com a evolução do processo saúde-doença⁽²²⁾.

Ainda neste contexto, outros desafios também foram apontados em outro estudo, a exemplo do número reduzido de profissionais nas UBS com habilidades e disponibilidade para o desenvolvimento de cuidado à pessoa com sofrimento mental; questões relacionadas à pouca priorização da saúde mental pelo gestores, como a indefinição de diretrizes a serem adotadas pelos serviços, falta de financiamento para a expansão da rede territorial em saúde mental e a precarização dos serviços⁽⁸⁾.

Partindo de tais desafios, observa-se que os profissionais das UBS são influenciados tanto por um paradigma biomédico, pautado pelo enfoque organicista, prescritivo e intervencionista, como também pela necessidade de compreender a transição de um modelo hospitalocêntrico para uma lógica psicossocial, que propõe as novas formas de produção da saúde mental^(23,24,25).

Pensar nas UBS como dispositivos essenciais ao cuidado em saúde mental significa enfatizar a potencialidade do território como referência de significados e elementos capazes de promover as mudanças nas relações da sociedade com a loucura, no sentido da sua desmistificação. Tal compreensão favorece a ruptura paradigmática do modelo tradicional que promove o assistencialismo da loucura, sem colocar em evidência as demais dimensões da vida humana. A proposta psicossocial busca garantir um lugar, um espaço possível para a loucura, produzir a coexistência do diferente, no intuito de que novas medidas possam acontecer com o outro⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, a estreita relação dos CAPS com as UBS possibilita a ampliação do olhar sobre o sofrimento mental e construção de práticas integradas com os demais setores sociais, as quais extrapolam o âmbito da saúde, a fim de favorecer a construção de relações sociais em busca de uma nova atitude diante da complexidade do processo de saúde²⁷.

Assim, o trabalho em rede de saúde mental possui a premissa de identificar as potencialidades dos recursos disponíveis no território para que sejam exploradas de acordo com as necessidades de cada pessoa, ou seja, trabalho voltado para uma atenção integral e equânime. É mister lembrar que o desenvolvimento de ações de educação permanente no campo da saúde mental torna-se essencial, de modo a sensibilizar os profissionais para uma escuta terapêutica, atenta e cuidadosa do sofrimento do outro, na perspectiva de criar possibilidades de cuidado⁽⁸⁾.

Centralização do hospital e da psiquiatria

O hospital foi outro componente que representou forte relação na RAPS do município deste estudo, sendo evidenciado como vértice de importância na rede semântica total. Nesse sentido, a partir dessa relação, foi possível identificar este GS, formado pelos seguintes vértices altamente conectados entre si: *psiquiatria, RAPS, usuários, surtos, casos graves, território, espaços sociais, casos leves e reuniões*, conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3: GS a partir do vértice hospital, marcado pela referência da psiquiatria em assistir aos usuários em casos graves e situações de surto



Fonte: Autores (2022).

A superação do modelo hospitalocêntrico é um dos principais aspectos evidenciados na proposta da RAPS, visto que as longas internações em hospitais psiquiátricos, principalmente pelo distanciamento do sujeito de seu território e de suas redes relacionais, reverberam o modelo manicomial. Entretanto, as narrativas apontam para uma conjuntura antirreformista, baseada em internações mais prologadas, estando este pensamento presente em alguns serviços⁽²⁸⁾.

Neste contexto, o GS da figura 03 representa os discursos dos participantes deste estudo no que se refere ao hospital como integrante da RAPS, sendo considerada a psiquiatria como parte essencial no atendimento às pessoas em momentos de crise. Torna-se necessário repensarmos sobre o processo de desinstitucionalização que preconiza um cuidado em liberdade, sobretudo na progressiva extinção do modelo asilar.

Faz parte da rede de saúde mental, o serviço de psiquiatria e urgência e emergência do hospital, tem um grupo lá que, às vezes, a gente se comunica (E12).

[...] o hospital, principalmente a psiquiatria [...] (E13).

Isto nos leva a refletir: qual a interação entre os CAPS e a psiquiatria? Salienta-se que, no cenário estudado, o hospital citado é o único hospital geral da microrregião, sendo referência para 27 municípios, o qual possui um anexo psiquiátrico. Desse modo, o atendimento à pessoa em momentos de crise, na maioria das vezes, é direcionado exclusivamente à ala psiquiátrica.

Vale considerar que as políticas públicas de saúde mental vêm sendo construídas com enfoque no fortalecimento dos hospitais psiquiátricos para a assistência à pessoa com sofrimento mental. Tal perspectiva leva-nos a lembrar da implantação da resolução nº 32 e Portaria 3.588/2017, as quais fomentaram a construção de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), baseadas em propostas que seguem na contramão dos avanços da

Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial⁽²⁹⁾.

A redefinição de um novo modelo de RAPS, com a inserção de serviços meramente assistenciais, aponta para o retorno às práticas manicomialis, com característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária⁽³⁰⁾.

Portanto, tais propostas direcionam para o aumento do valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60%, bem como estabelecimento de regras para o credenciamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais, as quais parecem tornar o processo mais inoperante. Ademais, propõem aumento financeiro para os hospitais que mantiverem a taxa de ocupação de leitos psiquiátricos em até 80%, o que nitidamente provoca a indicação de internações e o prolongamento do tempo de internação da pessoa em sofrimento mental, legitimando o retorno da centralidade da psiquiatrização⁽³⁰⁾.

Em face do exposto anteriormente, a figura do hospital psiquiátrico ainda representa uma “potência” diante das práticas em saúde mental. Isto corrobora com as RS acerca deste objeto social, visto que o sujeito e seu contexto exterior são indissociáveis, ambos estão entrelaçados e se complementam⁽⁹⁾. Desta forma, o objeto é concebido com base nas percepções do sujeito sobre o mundo e as coisas e a sua representação reflete em seu comportamento, a partir do que já tem imprimido na memória do indivíduo ou do grupo.

De acordo com a teoria moscoviciana, as RS acontecem baseadas em dois processos cognitivos, a objetivação e a ancoragem, os quais dão forma à elaboração das opiniões e significados sobre determinada realidade social. O primeiro permite a idealização de algo do plano mental mediante a criação de imagens para um objeto abstrato, ou seja, cria-se um signo para sua representação, de modo a dar-lhe familiaridade. Já o segundo processo produz significados ao fenômeno, passando a obter contornos definidos quando comparados a paradigmas pré-existentes^(9,31,32,33).

Nesse sentido, objetivar a psiquiatria como componente importante na RAPS aponta para um contexto sociocultural ainda impregnado por uma cultura hospitalocêntrica, ancorado em um pensamento de exclusão social. Nota-se que o fenômeno da loucura ainda é pouco compreendido e aceito pela sociedade de um modo geral. Por isso, o enclausuramento torna-se, muitas vezes, um escape para os atores sociais que vivenciam o cuidado à pessoa em sofrimento mental, o que reitera a baixa adesão às práticas em torno dos espaços sociais.

Desvalorização dos espaços sociais

Os GS a partir dos vértices *ofertar* e *cultura* retratam certa incipiência destes elementos nas RS sobre a RAPS, apresentados nos discursos do grupo de pertença deste estudo. Portanto, optou-se pela junção de ambos em uma única rede, conforme a Figura 4, a seguir.

Destaca-se que os vértices *ofertar* e *cultura* apresentam-se conectados a outros termos que possuem significados importantes no contexto sociocultural da pessoa em sofrimento mental. Entretanto, nota-se a desvalorização de tais espaços, pois estes não apresentaram sentidos importantes nos discursos dos participantes, sendo evidenciados pela fraca relação na rede total.

Figura 4: “GS a partir dos vértices ofertar e cultura, marcado pela desvalorização dos espaços sociais”



Fonte: Autores (2022).

Quanto aos significados dispostos nas sub-redes da figura 4, evidencia-se que a inserção da pessoa em sofrimento mental nos espaços sociais constitui um dos maiores desafios para os profissionais dos serviços substitutivos, visto que os vértices foram pouco citados pelos participantes do estudo, o que representou baixa relação destes com a rede de saúde mental.

No campo da saúde mental, o ato de cuidar do usuário requer contínua avaliação do paradoxo entre o aprisionamento e a libertação, de modo que o cuidado não aprisione o sujeito, mas, pelo contrário, possibilite o seu caminhar pela vida⁽¹⁹⁾.

Trata-se da compreensão da dimensão existencial que requer práticas de cuidado, emancipadoras e enriquecedoras da vida, capazes de provocar a desterritorialização e reterritorialização do trabalhador, a todo momento no processo de produção do cuidado. Para tanto, isto implica uma postura sensível dos profissionais de saúde mental, na perspectiva de

possibilitar o encontro com o outro, metamorfoseando-se cotidianamente nas suas práticas e relações com todos os atores sociais envolvidos⁽¹⁹⁾.

Os movimentos em torno da reterritorialização pressupõem investimento em criação de formas de cuidado para além da área geográfica limitada aos serviços. Envolve a identificação de espaços capazes de oferecer vida aos usuários, favorecendo o entrelaçamento com outras vidas e com outros mundos. Vale ainda considerar a força que o território pode representar, o qual se configura como o lugar onde as pessoas vivem e ocupam, ou seja, onde se reflete a existência humana, os modos como a vida acontece e os fatores socioculturais que os envolve⁽³⁴⁾.

Portanto, a valorização dos espaços sociais de *cultura, arte, lazer, esporte*, vértices presentes na rede da figura 4, reforça o caráter libertador da lógica psicossocial, sendo primordial que os profissionais de saúde mental valorizem tais dispositivos e explorem as potências que os mesmos carregam. Alguns participantes do grupo de pertença deste estudo reconhecem a importância dos espaços sociais como equipamentos importantes para a consolidação da RAPS, conforme as falas:

A secretaria de cultura e artes pode promover alguma coisa nesse sentido da rede de saúde mental (E1).

A igreja faz parte, algum órgão que ofereça cursos profissionalizantes [...] (E5).

A educação, esporte, lazer, comunicação fazem parte da RAP (E13).

Outrossim, o trabalho voltado para emancipação dos usuários de saúde mental às interações sociais produz sentidos importantes, tanto para o usuário quanto para os profissionais dos serviços especializados em saúde mental, porquanto demonstra o real significado dos CAPS, o qual possui objetivo de explorar os recursos territoriais e, conseqüentemente, contribui para a ampliação da efetivação dos desejos dos usuários.

Entretanto, diante do contexto deste estudo, pode-se evidenciar que as RS dos profissionais de saúde dos CAPS estão objetivadas ainda no modelo biomédico e ancoradas na esfera do “enclausuramento” dos usuários nos próprios serviços substitutivos, ou seja, as ações ainda estão restritas às estruturas dos CAPS.

Destaca-se, então, a superação de práticas institucionalizantes, mesmo que no nível territorial, uma vez que os próprios serviços substitutivos podem contribuir com o estigma social. Pressupõe pensar em formas de transitar com o usuário na cidade sem camisas ou carros institucionais, sem blocos de carnaval ou faixas de luta antimanicomial, ou seja, o usuário

precisa ser visto como simples cidadão, que circula pelas praças e bairros, que vai à praia ou parque, sem que sua vinculação institucional seja sua principal identificação social⁽¹⁹⁾.

Desse modo, torna-se necessário romper com as práticas institucionalizantes, as quais negam a alteridade dos usuários dos CAPS, tornando-os submissos às regras estabelecidas pelas instituições, bem como à ordem médica e controle social. Ao invés disso, o trabalho em torno do exercício da cidadania e interações sociais dos mesmos é capaz de contribuir para mudanças paradigmáticas ainda presentes em nosso contexto sociocultural⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa apontaram as RS de profissionais de saúde mental sobre os componentes da RAPS, sendo evidenciado que o CAPS é considerado o principal dispositivo para o desenvolvimento de ações para mobilização da rede de saúde mental, mantendo-se conectado aos serviços de saúde e, de modo incipiente, ao social. Apreendeu-se ainda a importância da intersetorialidade, enquanto ferramenta para o alinhamento da tessitura em saúde mental.

Arelado a isto, a UBS foi vista pelo grupo de pertença como componente importante para o cuidado à pessoa em sofrimento mental, no entanto, ainda apresenta inúmeros desafios para a adesão de tais ações. Pressupõe que as práticas dos profissionais de saúde inerentes à pessoa em sofrimento mental no contexto das UBS estão ancoradas numa perspectiva biomédica, com enfoque apenas na doença, sem conseguir enxergar outras possibilidades dentro do seu cenário de atuação.

Cabe acrescentar que o hospital foi percebido como serviço da RAPS, apresentando-se como um dos destaques na rede semântica de RS. Chamamos atenção para o real papel deste equipamento em saúde no contexto da atenção psicossocial, no intuito de garantir que seja utilizado somente quando todos os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, conforme dispostos nas políticas de saúde mental.

Por outro lado, os componentes sociais foram pouco visualizados nos discursos do grupo de pertença, o que conota a falta de valorização dos espaços sociais, a exemplo de educação, esporte, lazer, cultura, arte, os quais apresentaram fraca relação representacional na rede semântica deste estudo.

Apresenta-se como limitação a impossibilidade de generalização dos resultados para outras amostras, uma vez que esses achados fazem referência a profissionais de saúde de dois CAPS, localizados em um contexto específico. Para tanto, requer novos estudos acerca da rede

de saúde mental, envolvendo outros atores sociais, como profissionais de saúde dos dispositivos da RAPS, usuários, familiares, gestores, entre outros, visto que a efetivação deste objeto de estudo requisita o compartilhamento de responsabilidades, visando contribuir com o processo de reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental.

Nesse sentido, espera-se que os resultados alcançados possam servir de embasamento para o fortalecimento da RAPS na condição de política de saúde mental, a fim de propor visibilidade à temática por meio da desconstrução de representações negativas e o incentivo a atitudes mais positivas e inclusivas. Reforça-se a importância da educação permanente em saúde no intuito de ampliar os conhecimentos de profissionais de saúde mental e demais atores sociais envolvidos no cuidado à pessoa em sofrimento mental sobre este fenômeno social.

REFERÊNCIAS

1. NUNES JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1213-1232, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 27 dez.
3. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Opinião ciênc. saúde colet.* 2018, 23(6). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
4. Souza MC, Afonso MLM. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Gerai, Rev. Interinst. Psicol.* [online]. 2015, vol. 8, n. 2, pp. 332-347. ISSN 1983-8220.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 176 p.il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). 2015.
6. Del'mo FS, Cervi TMD. Sofrimento psíquico e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Sequência.* 2017. Doi: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>
7. Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MAA, Landim CAP, Ramos CV. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2020, 73(1). Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>
8. Souza AC, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1757-63. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
9. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social (7. ed., P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. 2012.
10. Lopes CRS, Vilela ABA, Pereira HBB. AnCo-REDES: modelo para análise cognitiva de representações sociais. 1ª ed. Curitiba: Appris; 2018.
11. Blondel VD et al. Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment* (10), P1000, 2008. Doi: <https://doi.org/10.48550/arXiv.0803.0476>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução N° 466 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.
14. Barbosa FBV, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza MR, Ferreira HSV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2017; 9(3):659-68. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>
15. Brasil. Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS.
16. Faleiros VP, Hochdorn A. Discursive construction of social representations expressed by seekers of psychosocial healthcare services in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022; 68(3): 564-574. Doi: <https://doi.org/10.1177/0020764021991875>
17. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde Debate*. 2016;40 (109): 86-99. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>
18. Apostolidis T. Representations sociales et santé: Perspectives theorico-pratiques. In R. Missias-Moreira ZN, Salles VL, Freitas C, Valença TDC. (Eds.). *Representações sociais, educação e saúde: Um enfoque multidisciplinar*. 2017; (1):155-70.
19. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):373-84. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
20. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.
21. Baccari IOP, Onocko Campos RT, Stefanello S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):125-136, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232014201.04662013
22. Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva Júnior JA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev Cuid, Bucaramanga*, 2019, 10 (1). Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>
23. Gaino LV, Souza J, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2018, 14(2): 108-116. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
24. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20(6):1869-78. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
25. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2015, 49(1): 129-135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?format=pdf&lang=pt>
26. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis e Psique*. 2018;8(1):173-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
27. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):965-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>
28. Silva MC, Ferigato SH. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.200103>
29. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*. 2019; (44).

30. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18 (3). Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
31. Arruda A. Representações Sociais: dinâmicas e redes. p. 442 – 491. In: *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. 1ª ed. Technopolitik, 898 p. ISBN 978-85-62313- 09-7 (eBook). 2014.
32. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicol. cienc. prof.* 34 (1), 2014. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>.
33. Jodelet D. *Loucura e representações sociais*. 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2015. ISBN 978-85-326-3127-5.
34. Lima E, Yasui S. Território e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. In: *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014;38 (102):593-606. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a RAPS na perspectiva dos profissionais de saúde mental dos CAPS revelou sentidos importantes no contexto da saúde mental, visto que se trata de um objeto social que pressupõe a ampliação das formas de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, seja de ordem física, psíquica ou social.

Os esforços até aqui apresentados, nos permitiram compreender as representações de atores sociais indispensáveis na efetivação da rede de saúde mental do cenário de estudo. Entretanto, foi possível identificar as fragilidades que envolvem o processo de desdobramento de ações frente à temática em questão.

Ao se debruçar nos resultados desta pesquisa, foi possível apreender o conceito sobre a RAPS, as práticas e os componentes inerentes a esta estratégia, na perspectiva dos profissionais de saúde dos CAPS, sob o olhar da abordagem processual das RS.

Neste ínterim, o primeiro manuscrito nos fez conhecer a forma como o grupo de pertença deste estudo elabora o conceito de RAPS. Os resultados oriundos da TALP e das entrevistas, discutidos a partir das redes semânticas de RS, evidenciaram as dimensões representacionais - conceitual, atitudinal e imagética, das quais emergiram aspectos importantes sobre a forma como eles representam este objeto social.

Destaca-se que a articulação foi pensada pelo grupo de pertença como ferramenta capaz de reduzir as demandas dos usuários dos CAPS ad e II, de modo a favorecer a inserção destes nos variados dispositivos, tanto de saúde, quanto social. Ademais, a comunicação e organização foram percebidas como fatores preponderantes para a produção do cuidado em rede, no entanto, foram pontuados como aspectos desafiadores na conjuntura em questão.

Diante do conteúdo representacional sobre as práticas em RAPS (segundo manuscrito), foi possível observar como ocorrem tais ações, sendo demonstrado a centralidade do usuário, principalmente quando se pensa no trabalho na perspectiva do PTS. No entanto, o PTS tem sido desenvolvido de modo incipiente nos serviços substitutivos deste estudo, o que aponta para necessidade de melhor discussão acerca desta proposta no campo da saúde mental do cenário estudado.

Considera-se ainda, a permanência da lógica tradicional da produção da saúde mental, ancorada no modelo biomédico, uma vez que as práticas do grupo de pertença deste estudo estão relacionadas, principalmente, ao encaminhamento dos usuários, reforçando a fragmentação do cuidado no campo da saúde mental. Portanto, a prática predominante dos

profissionais está pautada no sistema de referência e contrarreferência, realizado como forma de acessar os serviços de saúde, em especial, a UBS.

No percurso investigativo, também foi possível constatar os componentes da RAPS representados pelo grupo de pertença. Os resultados apresentados no terceiro manuscrito revelaram os serviços reconhecidos como corresponsáveis pelo cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Aponta a importância do CAPS para a articulação intersetorial, sendo um dispositivo agenciador e mobilizador da RAPS. Os serviços da UBS, hospital e psiquiatria foram percebidos como componentes importantes da rede de saúde mental, por outro lado, os espaços sociais foram poucos vislumbrados como equipamentos desta estratégia.

Ademais, os resultados contribuem para o fortalecimento de ações de educação permanente no campo da saúde mental, sobretudo, no conhecimento do objeto social apresentado neste trabalho, visto que houveram equívocos na compreensão de alguns profissionais dos CAPS quando questionados sobre a RAPS.

Ressalta-se, que vários foram os desafios para a execução desta pesquisa, visto que a proposta inicial direcionava para a escuta de distintos atores sociais, ou seja, para além dos profissionais de saúde mental, permitiria ouvir também os usuários dos CAPS e os conselheiros municipais de saúde.

Neste contexto, podemos aqui citar alguns limites, a saber: período pandêmico que limitou a coleta de dados com os atores sociais pretendidos, devido ao distanciamento social, com isto, restringiu o desenvolvimento da pesquisa apenas com os profissionais de saúde dos CAPS; a realização das entrevistas na modalidade *online* limitou a adesão dos participantes, pois muitos não se sentiram confortáveis diante desta proposta; a pesquisadora fez parte da linha de frente da pandemia da COVID-19, sendo necessário em alguns momentos se abster da pesquisa para trabalhar os outros aspectos da vida e o estudo ter como cenário os serviços especializados em saúde mental de um município baiano, o que requer a escuta de outros profissionais de saúde, a exemplo das UBS.

Vale salientar que a pesquisadora se envolveu com ações municipais de interesse da saúde mental no que se refere à RAPS. A partir disso, participou de reuniões com o ministério público municipal, em novembro de 2019, onde foi possível dialogar sobre a rede de saúde mental com diversos representantes dos serviços de saúde e social do referido município. Frente às provocações suscitadas nestes espaços, estabeleceu-se uma relação mais próxima entre a pesquisadora e a coordenação de saúde mental do município da época.

No período de Dezembro de 2019 a Fevereiro de 2020, a pesquisadora deste estudo em conjunto com a coordenação de saúde mental e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde

(NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), construíram uma proposta de “*Matriciamento em Saúde Mental e Fluxo RAPS de Jequié*”, tendo como público alvo os profissionais dos seguintes serviços: USF, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outros. Entretanto, vivenciamos o período pandêmico, a partir de Março de 2020, que impossibilitou a execução desta proposta naquele momento. Atrelado a isso, nesse percurso houve a mudança de gestão em 2021 e, conseqüentemente, a reorganização da equipe da SMS e das prioridades.

Novas tentativas foram feitas no intuito de dar continuidade à proposta construída para sua execução em tempo oportuno. Assim, foi possível estabelecer parceria com a atual coordenação de saúde mental do município e o NEPS, o que culminou com a inserção da pesquisadora no Grupo de Trabalho em Saúde Mental (GT-Saúde Mental).

A partir das vivências supracitadas e em parceria com o Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental da UESB, juntamente com a SMS, foi possível realizar o “II Jequié Tecendo Redes para o cuidado em saúde mental” para profissionais de saúde das USF, UBS, CAPS, SAMU, CRAS, CREAS, Hospital, no qual a pesquisadora contribuiu com as discussões sobre RAPS. O evento culminou com o levantamento de propostas para serem apresentadas ao secretário de saúde do município, no intuito de fortalecer as ações no campo da RAPS do cenário deste estudo.

Ressalta-se ainda que os resultados desta tese, os quais foram apresentados em formato de manuscritos, serão submetidos a periódicos de qualidade, no intuito de publicizar os achados e suscitar novas discussões inerentes ao contexto da saúde mental.

Assim, vislumbra-se a realização de novas pesquisas com outros atores sociais que vivenciam o contexto da RAPS, de modo desvelar novos sentidos em torno deste fenômeno social, no intuito de alcançar a vida em liberdade.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Les représentations sociales: aspect théoriques. In: ABRIC, J. C. (Ed.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994.
- ABRIC, J. C. Central System, Peripheral System: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations. Textes sur les Représentations Sociales* (1021-5573), v. 2, n.2, p. 75-78, 1993.
- ALBERT, R.; BARABASI, L. Statistical mechanics of complex networks. **Reviews of modern physics**. Department of Physics, University of Notre Dame, Notre Dame. v. 74, 2002.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.11, 2019.
- AMARAL, C. E. et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **Int J Ment Health Syst.**, v. 12, n. 65, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Opinião ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- APOSTOLIDIS, T. Representations sociales et santé: Perspectives theorico-pratiques. In MISSIAS-MOREIRA, R. Z. N. et al. (Eds.). **Representações sociais, educação e saúde: Um enfoque multidisciplinar**. CRV, 2017. p. 155-70.
- ARRUDA, A. Representações Sociais: dinâmicas e redes. In: **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 1. ed. Technopolitik, 898 p. ISBN 978-85-62313- 09-7 (eBook). 2014. p. 442-491.
- BACCARI, I. O. P.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.125-136, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232014201.04662013
- BARBOSA, F. B. V. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. V.9, n.3, p.659-68, 2017. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>
- BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Um monte de buracos amarrados com barbantes: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo. v. 26, n. 4, p. 904-19, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>
- BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., orgs. **Notas teórico-**

metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017. p. 101-122. ISBN: 978-85-7455-493-8.

BISPO JÚNIOR, J. P. B.; MOREIRA, D. C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018.

BLONDEL, V. D. et al. Fast unfolding of communities in large networks. **Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment** (10), P1000, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., 5 reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011; 27 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução Nº 466 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 176 p.il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades** – Jequié. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>. Acesso em: 14 out. 2022.

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde Debate**. v.40, n.109, p. 86-99, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 1265-1286, 2017.

CARVALHO, P. A. L. et al. A família na reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1701-8, 2016. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13545p1701-1708-2016>

CARAVACA, M. A. J. et al. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, Out-Dez; v. 24, n.4, p. 1157-65, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>

CAMARGO, B. V. Um percussor inovador na psicologia social. **Memorandum**, v.28, p. 240-245, 2015.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil e representação social**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

COUTINHO, M. P. L.; BÚ, E. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, 2017.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M.; CATÃO, M. F. F. M. Contribuições Teórico Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In: COUTINHO, M. P. L. (Org.). **Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**.v. 18, n.3, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

DEL'MO, F. S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento psíquico e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>

DEPARTAMENT DE SALUT. **Generalitat de Catalunya Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Priorització d'actuacions 2014-2016**. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2014.

DE ROSA, A. S. Le « réseau d'associations ». Une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Méthodes d'étude des Représentations Sociales**. Ramonville Saint Agne: Erès, 2003.

DIMENSTEIN, M. Experiências espanholas e sua contribuição à rede de recursos psicossociais no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 3, p. 363-72, 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud Soc**. v.9, p.70-85, 2018.

DIORIO, A. P. I.; COSTA, M. A. F. da; SANTANA, G. C. A. A teoria das representações Sociais como referencial teórico-metodológico na pesquisa em Ensino de Biociências e Saúde. **Revista Praxis**, 2017.

ESLABÃO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 1, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>

EVANGELISTA, A. L. P.; BARRETO, I. C. H.C. A intersetorialidade promovida na residência integrada em saúde mental coletiva do ceará. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 17-26 jul./dez. 2016.

FADIGAS, I. de S. **Difusão do conhecimento em educação matemática sob a perspectiva das redes sociais e complexas**. 2011. Tese. Programa de Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento – DMMDC, com sede na Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador.

FALEIROS, V. P.; HOCHDORN, A. Discursive construction of social representations expressed by seekers of psychosocial healthcare services in Brazil. **International Journal of Social Psychiatry**. 2022; 68(3): 564-574. Doi: <https://doi.org/10.1177/0020764021991875>

FÉLIX, L. B. et al. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**. v.5, n.2, p. 198-217, 2016.

FERREIRA, T. P. S. et al. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. **Interface** (Botucatu). v. 21, n.61, p.373-84, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-78, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M. L. **Anatomie des idées ordinaires**. Paris: Armand Colin, 2003.

FREEMAN, L. C. Centrality in social networks: Conceptual clarification. **Social Networks**. 1978; 1:215-239.

FRÓES BURNHAM, T. Análise Cognitiva, um campo multirreferencial do conhecimento? Aproximações iniciais para sua construção. In: FRÓES BURNHAM, T. et al. **Análise Cognitiva e espaços multirreferenciais de aprendizagem**: currículo, educação a distância e gestão/difusão de conhecimento. Teresinha Fróes Burnham e coletivo de autores, Salvador: EDUFBA, 2012.

GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v.14, n.2, p. 108-116, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>

GALEANO, E. **As Veias Abertas da América Latina**. Tradução de Galeano de Freitas, Rio de Janeiro, Paz e Terra. Estudos latino-americano, v.12, 1978.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Org.)**. São Luís: EDUFMA, 2018.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-94, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>

GUARESCHI, P. A. Apresentação a Edição Brasileira. In: MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2012. ISBN 978-85-326-4300-1.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Psychosocial Rehabilitation and Therapeutic Accompaniment: equating the reinsertion in mental health. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 101-122, 2015.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. n.44, 2019.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e saúde coletiva**. v.14, n.1, p.297-305, 2009.

IBÁÑEZ GRACIA, T. **Representaciones sociales**: teoría y método. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai, 1988.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciários e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, abr. 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.; RIBEIRO NETO, P. M. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. **Espac. Saúde.**, v.22, n. 805, 2021. Doi: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e805>

JODELET, D. **Representações sociais**: Um domínio em expansão. Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

JODELET, D. A fecundidade múltipla da obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”. In: **Teoria das Representações Sociais**: 50 anos. Technopolitik,. p. 262-297, 2014.

JODELET, D. **Loucura e representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. ISBN 978-85-326-3127-5.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber**: representações, comunidades e cultura. Petrópolis: Vozes, 2011. ISBN 978-85-326-3647-9

KANTORSKI, L. P. et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1890014, 2017.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; p. 661-80, 2012.

LEMONS, S. F. C.; COSTA, S. G.; LIMA, R. C. P. Representações Sociais Aplicabilidade nos estudos sobre a educação de jovens e adultos. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 39, p. 43-61, 2013.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 883-896, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>

LIMA, M. C.; GONÇALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020.

LIMA, E.; YASUI, S. Território e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.593-606, 2014. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>

LOPES, C. R. S. **AnCo-REDES** - Modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas. Tese de doutorado - Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia, 2014.

LOPES, C. R. S. et al. Significado de coresidência na visão de idosos: uma estratégia para análise cognitiva com uso de redes semânticas. **Rev. Saúde. Com**, v.11, n.2, p.174-182, 2015.

LOPES, C. R. S.; VILELA, A. B. A.; PEREIRA, H. B. B. **AnCo-REDES**: modelo para análise cognitiva de representações sociais. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

LUGON, R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSI. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (Orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, p. 108-115, 2016.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 85.326.3397-8.

MARKOVÁ, I. A. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, p. 358-75, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/198053143760>

MEIRA, S. S. et al. Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00276108. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00276.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Revista Divulgação Saúde para o Debate**. v.52, p.153-64, 2014.

MINAYO, M. C. V. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora. 407 p, 2014.

MOREIRA, M. I. B. ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Soc**.v.26, n.2,p. 462-74, 2017.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010. 404 p. ISBN 978-85-326-2896-1

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVA, G. B. F.; SENA, A. C. R. A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 39, 2018.

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P. L. O Teste de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, M. P. L. (Org.). **Representações sociais**: Abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. **Rev Bras Enferm.** v.70, n.5, p.965-72, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O Teste de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, M. P. L. (Org.). **Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar.** João Pessoa: Editora Universitária; 2003. p. 883-896.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 1213-1232, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>

NUNES, V. V. et al. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.73, n.1, 2020.

NUNES, C. K. et al. Cuidado intersetorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, jan/dez, v.12, p. 233-238, 2020.

OLIVEIRA, A.; AMARAL, V. A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. **Anais. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 271-93, 2007.

OLIVEIRA, M. M. D.; CAMPOS, G. W. D. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.229-238, 2015.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 02-21, 2016.

OLIVEIRA, P. R. S. et al. O modo psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: LIMA, A. F. (Org.). **(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização.** Curitiba: Appris, p. 163-84, 2018.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. J. Rede, instituições e articulação: contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersetorialidade na saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.53, 2019.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-71, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>

ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.** v.34, n.1, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.1, p. 129-135, 2015.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. **Rev Subj.** (Online). 2017.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. Representações Sociais: teoria e pesquisa do Núcleo Central. **Temas em Psicologia**, nº 3, p. 19-33, 1996.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: Modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4:1281-1289, 2017.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-70, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 833-44, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>

SANTOS, R. C. A.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, p. 574-48, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57448>

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia – o encontro desfeticizador. In: SPINKY, M. J. P. (org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 3ª reimp. da 1. ed. de 1993. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 73-84.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, M. C.; FERIGATO, S. H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface** (Botucatu). v.24, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.200103>

SILVA, R. C. da; FERREIRA, M. de A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc Anna Nery** (impr.) jul-set; v.16, n.3, p.607-611, 2012.

SILVA, N. S. et al. Challenges in the operationalization of singular therapeutic projects in psychosocial care centers. **Psicol Estud.** v.25, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>

SILVA, P. M. C. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v.10, n.1, 2019. Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>

SILVEIRA, C. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n.19, p. 61-70, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0203>

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Temas em Psicologia**. v. 26, n. 2, p. 883-95, 2018. Doi: 10.9788/TP2018.2-13Pt

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev Bras Enferm**. v.72, n.6, p.1757-63, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.** [online]., v. 8, n. 2, p. 332-347, 2015. ISSN 1983-8220.

TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019 .

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO, R. C. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Rev. Saúde Pública**. v.5, n.19, 2017.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Technopolitik, p. 133-162. 2014. ISBN 978-85-62313- 09-7 (eBook).

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. Lisboa: F.C. Gulbenkian, 2004.

VIANA, M. M. D. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o apoio matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00123617, 2018.

VIEIRA, S. M. et al. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Rev. psicologia política**. v.20, n.47, p 76-86, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2022.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**. v.8, n.1, p.173-90, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data ____/____/____

Nº Entrevista: _____

Nome: _____

Sexo: () F () M

Idade: _____

CAPS: () ad () II

Formação profissional: _____

Maior titulação: () graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Tempo de atuação no CAPS: _____

Obs _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora responsável: Carine de Jesus Soares

Colaboradoras: Alba Benemérita Alves Vilela e Claudia Ribeiro Santos Lopes

Prezado (a) senhor (a)

Eu sou Carine de Jesus Soares, discente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou realizando, juntamente com as pesquisadoras Alba Benemérita Alves Vilela (Professora/UESB) e a professora Claudia Ribeiro Lopes, o projeto de pesquisa intitulado: Representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a rede de atenção psicossocial. O objetivo geral deste projeto é analisar as representações sociais de profissionais de saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Considerando que os participantes da minha pesquisa serão os profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial, nas modalidades ad e II, venho convidar o(a) senhor(a) a participar deste projeto, pois os resultados da pesquisa contribuirão para o conhecimento sobre a produção de cuidado no contexto da saúde mental, ouvindo a voz dos profissionais de saúde mental, os quais irão fortalecer a efetivação das Políticas de Saúde Mental para sua implantação, por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, visando, entre outras coisas, a reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental.

Este estudo pode proporcionar-lhe o desconforto de ter que disponibilizar tempo para participação de encontros online, por meio da plataforma Google Forms para discussão do tema. Caso seja debatida alguma questão que cause o sentimento de desconforto, os

pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-lo ou ressarcir os prejuízos. Além disso, o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Ao participar da pesquisa, o (a) senhor (a), não será identificado (a), permanecendo em anonimato e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para o senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. A participação na pesquisa não é obrigatória, assim, se não desejar da mesma, sua vontade será respeitada. Sua participação é voluntária e consiste em debater temas relacionados ao objetivo do estudo, após assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área da saúde, porém, o (a) senhor (a), assim como, nenhum outro participante será identificado. A gravação das entrevistas e sua transcrição em papel serão arquivadas pelas pesquisadoras por cinco anos.

O(A) senhor(a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e após sua participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Carine de Jesus Soares pelo e-mail: carineesoares@hotmail.com ou telefone: (73)98832 5330. Em caso de dúvida, o(a) senhor(a) também poderá entrar em contato com ela na Rua Francisco Paulo Gomes nº 45, Mandacaru – Jequié-Bahia, 45210-408.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa, precisará assinar o TCLE virtualmente. Em seguida, participará do encontro online, agendados previamente, onde irá dialogar conosco, no intuito de alcançar o objetivo proposto no projeto, e as falas serão gravadas.

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 35289727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com ou no seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho, Jequié - Bahia.

Desde já, agradecemos sua atenção!

Jequié - BA, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora Responsável

Participante

APÊNDICE C – Roteiro de Evocação Livre de Palavras**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)****DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE****ROTEIRO DE EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Data ____/____/____

Nº Entrevista: _____

Ficha Nº1

Bloco A

Quando falo em *Rede de atenção psicossocial* o que vem à mente? Relacione rapidamente 5 palavras a partir deste estímulo.

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

Ficha Nº2

Enumere conforme o grau de importância a lista de palavras descrita anteriormente e dentre estas indique a mais importante (1). Justifique.

1 _____

APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data ____/____/____

Nº Entrevista: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

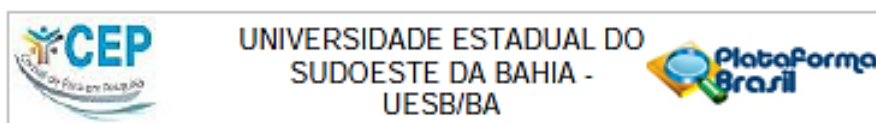
1. Fale sobre o que você entende por Rede de Atenção Psicossocial.
2. Fale sobre o papel da Rede de Atenção Psicossocial para a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico.
3. Quais os componentes da Rede de Atenção Psicossocial?
4. Como ocorre as ações do CAPS entre os outros setores da saúde e do social no contexto da Rede de Atenção Psicossocial? E como deveria acontecer tais práticas?
5. Quais as potencialidades e/ou dificuldades do CAPS na articulação do atendimento no contexto de Rede de Atenção Psicossocial?
6. Quais os setores/serviços são responsáveis pelo cuidado ao usuário do CAPS ad ou II?

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE, PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E USUÁRIOS

Pesquisador: CARINE DE JESUS SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23012619.2.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

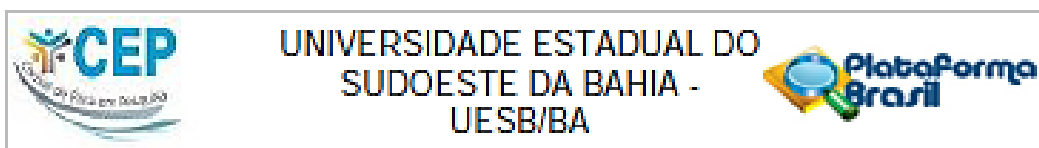
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.668.819

Apresentação do Projeto:

As autoras referem que a Rede de Atenção Psicossocial tem a finalidade de ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, na perspectiva da abordagem estrutural a qual possibilitará apreender a realidade comum a um mesmo grupo social. O campo da pesquisa serão o Conselho Municipal de Saúde e os CAPS (ad e II) do município de Jequié-BA. Os participantes do estudo serão os conselheiros municipais de saúde do município de Jequié-BA, os profissionais que compõem a equipe de saúde dos Caps ad e Caps II e os usuários dos referidos serviços de saúde mental. Inicialmente será utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras, técnicas projetivas, orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica da personalidade do sujeito torna-se consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação. Logo após serão realizados os Grupos Focais, que consiste em um diálogo entre os participantes do estudo e a pesquisadora, a partir de tópicos específicos e diretivos. A compreensão das informações produzidas ocorrerá por intermédio do modelo AnCo-REDES, que se configura como uma das possibilidades de construção da análise cognitiva das representações sociais de sujeitos pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação. Esse modelo tem como base a

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n			
Bairro: Jequiézinho	CEP: 45.206-510		
UF: BA	Município: JEQUIÉ		
Telefone: (73)3528-9727	Fax: (73)3525-6683	E-mail: cnpj@uesb.edu.br	



Continuação do Projeto: 1.022.070

Teoria de Redes através do uso de redes semânticas como sistema de representação do conhecimento, o que permite a geração, cálculo e análise da rede semântica, os quais podem ser elaborados a partir de software, a exemplo do Gephi.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as representações sociais de conselheiros municipais de saúde, profissionais de saúde mental e os usuários sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivo Secundário:

- Compreender as Representações Sociais de conselheiros municipais de saúde, profissionais de saúde mental e os usuários sobre o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial;
- Apreender a relevância da Rede de Atenção psicossocial no contexto da reabilitação psicossocial dos usuários;
- Discutir sobre a participação dos os conselheiros municipais de saúde, profissionais de saúde mental e os usuários no contexto da implantação da Rede de Atenção psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram apresentados porém a forma de contorná-los não está bem esclarecida. Riscos: O estudo pode proporcionar o desconforto de ter que disponibilizar tempo para participação de um encontro grupal a fim de discutirmos o tema. Caso seja debatida alguma questão no grupo que cause o sentimento de desconforto, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigir os danos ou ressarcir os prejudicados.

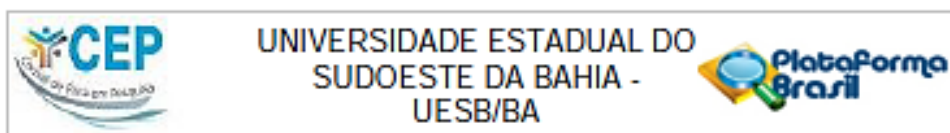
Benefícios apresentados de forma satisfatória.

contribuir para o conhecimento sobre a produção de cuidado no contexto da saúde mental, ouvindo a voz dos conselheiros, profissionais de saúde mental e seus usuários, os quais irão fortalecer a efetivação das Políticas de Saúde Mental para sua implantação, por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, visando, entre outras coisas, a reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância para a área de Saúde Mental por possibilitar a análise da funcionalidade da rede de atenção psicossocial.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.205-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9127 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cnpq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 3.693.019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos apresentados.

Recomendações:

- Revisão de normas da ABNT

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 29.10.2019, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1410708.pdf	09/10/2019 11:25:40		Aceito
Outros	Tcompromisso.pdf	25/09/2019 11:06:39	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
Outros	compromisso.pdf	25/09/2019 11:05:01	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	25/09/2019 11:01:21	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/09/2019 10:24:37	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coletadados.jpg	12/09/2019 12:57:13	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisador.pdf	03/09/2019 14:28:29	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/09/2019 14:25:33	CARINE DE JESUS SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequié CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIÉ
 Telefone: (73)3528-9127 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cep@uesb.edu.br

ANEXO B – Declaração de Instituição e Infraestrutura



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário



Jequié, 07 de Setembro de 2019.

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que está autorizada a pesquisadora **Carine de Jesus Soares** à realizar a coleta de dados necessários a serem utilizados no Projeto de Pesquisa, “ **Rede de Atenção Psicossocial: Representações Sociais de Conselheiros Municipais de Saúde, Profissionais de Saúde Mental e Usuários** ”, no qual encontra-se sob a orientação da Prof^a. **Alba Benemerita Alves Vilela**.

Esta autorização está condicionada a aprovação do CEP/UESB, bem como ao cumprimento da pesquisadora total e irrestritamente aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Atenciosamente,

Vitor Lavinsky
Secretário Municipal de Saúde de Jequié