







# Qual o elemento central na Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais?

*What is the key element in the Psychosocial Care Network of a municipality in Minas Gerais?*

Rosimár Alves Querino<sup>1</sup> , Rafael Silvério Borges<sup>1</sup> , Janaína Cristina Pasquini de Almeida<sup>2</sup> , Antônio José Corrêa de Pauli<sup>2</sup> , Jaqueline Lemos de Oliveira<sup>2</sup> , Jacqueline de Souza<sup>2</sup> 

## RESUMO

Objetivou-se identificar, pela Análise de Rede Social, o elemento central da Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais e estabelecer relações de tal centralidade com o perfil dos trabalhadores. Estudo quantitativo realizado com 162 trabalhadores. Utilizou-se questionário autoaplicável e uma matriz sobre os serviços. Empreendeu-se análise descritiva e a de Rede Social para o cálculo da centralidade e confecção do mapa de redes. O hospital psiquiátrico assumiu centralidade na rede estudada. O tempo de atuação na área, escolaridade e função assistencial dos profissionais exerceram influência em relação ao conhecimento dos serviços extra-hospitalares. Concluiu-se que a centralidade do hospital psiquiátrico assinala a necessidade de ressignificação do modelo de atenção que sustenta a prática dos profissionais. Neste sentido, entende-se que o adensamento do capital social dos trabalhadores e o uso de instrumentos de gestão contribuiriam para maior articulação da Rede de Atenção Psicossocial.

**Descritores:** Serviços de Saúde Mental; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde; Comunicação Interdisciplinar.

## ABSTRACT

The objective was to identify, through the Social Network Analysis, the key element of the Psychosocial Care Network of a municipality in Minas Gerais and to establish relationships of such centrality with the profile of workers. Quantitative study carried out with 162 workers. A self-administered questionnaire and a matrix on services were used. Descriptive analysis and Social Network Analysis were performed to calculate the centrality and preparation of the network map. The psychiatric hospital assumed centrality in the studied network. The length of experience in the field, education and care function of the professionals influenced the knowledge of extra-hospital services. It was concluded that the centrality of the psychiatric hospital highlights the need to redefine the care model that supports the practice of professionals. In this sense, it is understood that the densification of workers' social capital and the use of management instruments would contribute to a greater articulation of the Psychosocial Care Network.

**Descriptors:** Mental Health Services; Patient Care Team; Health; Interdisciplinary Communication.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil. E-mails: [rosimar.querino@uftm.edu.br](mailto:rosimar.querino@uftm.edu.br), [rafaelborges.psi@gmail.com](mailto:rafaelborges.psi@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mails: [janainajuma@hotmail.com](mailto:janainajuma@hotmail.com), [ajc.pauli@gmail.com](mailto:ajc.pauli@gmail.com), [jaquelemos@usp.br](mailto:jaquelemos@usp.br), [jacsouza2003@usp.br](mailto:jacsouza2003@usp.br)

**Como citar este artigo:** Querino RA, Borges RS, Almeida JCP, Pauli AJC, Oliveira JL, Souza J. Qual o elemento central na Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais? Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: \_\_\_\_\_];22:59352. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.59352>.

Recebido em: 04/07/2019. Aprovado em: 01/06/2020. Publicado em: 25/08/2020.

## INTRODUÇÃO

As atuais políticas de saúde têm enfatizado a importância da articulação dos diversos serviços para a efetivação do cuidado integral. No campo da saúde mental, os esforços nacionais para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão em sintonia com as recomendações das agências internacionais de saúde para constituição de serviços de base comunitária, articulados com os demais dispositivos de saúde e proteção social dos territórios<sup>(1,2)</sup>.

Estudos sobre os serviços e trabalhadores da saúde mental têm sido amplamente desenvolvidos tanto no âmbito nacional quanto internacional. Eles têm analisado a cobertura populacional de tais serviços e recursos<sup>(3)</sup>; a questão do financiamento, da intersetorialidade, da participação e da equidade do acesso<sup>(4-6)</sup>; a avaliação dos serviços de base comunitária<sup>(7)</sup>; os fluxos assistenciais<sup>(8-10)</sup>; a capacitação de recursos humanos<sup>(11)</sup>; a história, bases teóricas e recomendações relacionadas aos serviços e profissionais da assistência em saúde mental<sup>(12-14)</sup>.

Identifica-se, portanto, um corpo consolidado de diagnósticos situacionais, referências e recomendações relacionadas aos serviços e à rede de saúde mental. No entanto, a despeito do crescente investimento na ampliação dos serviços de saúde mental de base comunitária, vários autores<sup>(8-14)</sup> têm apontado a questão do funcionamento articulado e/ou na perspectiva de rede como um desafio tanto no âmbito nacional quanto internacional<sup>(10-13)</sup>.

Nesse sentido, observa-se uma lacuna de estudos relacionados à identificação dos serviços de saúde mental que têm assumido centralidade nas redes de atenção. A legislação brasileira que versa sobre tais serviços preconiza que os Centros de Atenção Psicossocial assumam papel central na RAPS, atuando como coordenadores dos cuidados. Considera-se que tal centralidade é decisiva para melhor articulação entre os diversos dispositivos e serviços bem como para garantia do acesso e continuidade do cuidado ao longo da trajetória terapêutica dos usuários em sofrimento emocional ou com transtorno mental<sup>(2,9,12)</sup>. Nessa perspectiva, a identificação das instituições que têm assumido a centralidade nas redes pode contribuir tanto para a compreensão da forma como as políticas de saúde mental têm sido implantadas nas diversas regiões do país quanto para melhorar a interação entre os serviços<sup>(9)</sup>.

Assim, adotou-se como objetivo do presente estudo identificar, pela Análise de Rede Social, o elemento central da RAPS de um município de Minas Gerais e estabelecer relações de tal centralidade com o perfil dos trabalhadores da rede.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo exploratório utilizando abordagens quantitativas.

O município estudado localiza-se no estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil, e foi selecionado intencionalmente por ser sede de uma região ampliada de saúde, por ter iniciado a implantação dos serviços substitutivos na década de 1990 e por possuir diversos pontos da rede de atenção em saúde mental. O município integra o grupo dos 10 mais populosos do estado, com estimativa de 330 mil habitantes para 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dos dispositivos preconizados pela Portaria nº 3.088/2011, os únicos pontos de atenção ainda não constituídos no momento da coleta de dados eram o centro de convivência e as unidades de acolhimento adulto e infantojuvenil<sup>(2)</sup>.

Os serviços especializados que compunham a RAPS municipal eram: um hospital psiquiátrico, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto tipo II, um CAPS AD III (Álcool e drogas), um CAPSi (infantojuvenil), cinco Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), uma equipe do Consultório na Rua (CR) e uma equipe de Matriciamento em Saúde Mental (MSM).

A RAPS contava, no momento da coleta de dados, com 223 trabalhadores, sendo cerca de 54%, profissionais da saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas); 24%, trabalhadores com função de apoio (cozinheiras, auxiliares de cozinha, serviços gerais, auxiliares administrativos, vigias); e por volta de 21%, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

O envolvimento de trabalhadores com função de apoio na pesquisa decorreu de sua magnitude (24% da força de trabalho), da lacuna de estudos com esses profissionais<sup>(15)</sup> e do reconhecimento da diversidade de capitais sociais<sup>(16)</sup> que possuem.

Visando envolver a ampla gama de profissões e funções presentes na RAPS, os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos; atuar em instituição ou programa de saúde mental conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do vínculo empregatício, função desempenhada ou escolaridade. Foram excluídos do estudo os trabalhadores afastados de suas funções por motivos de saúde ou férias.

O recrutamento de participantes ocorreu em dois momentos. De início, os coordenadores das instituições agendaram reuniões para apresentação da pesquisa. No caso dos programas Consultório na Rua e Matriciamento em Saúde Mental, a reunião ocorreu na Secretaria de Saúde. Em seguida, houve convite individual para a participação.

Dos 223 trabalhadores, duas estavam em licença maternidade, seis em férias e oito em afastamento por motivos de saúde, resultando em 207 elegíveis. O percentual de recusa dos elegíveis foi 21,7%. Assim, a amostra do estudo foi composta por 162 trabalhadores.

Para coleta dos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, cor, religião), de formação profissional (escolaridade, curso técnico, de graduação e pós-graduação) e de atuação na área da saúde (instituição, função, vínculo empregatício, carga horária de trabalho semanal, tempo de atuação na área da saúde, na área de saúde mental e na instituição), empregou-se questionário autoaplicável, elaborado pela equipe. Além disso, construiu-se uma matriz com todos os serviços existentes na rede para que o participante sinalizasse quais destes ele conhecia.

O teste-piloto do questionário envolveu três trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade e indicou dificuldades na compreensão das nomenclaturas referentes aos níveis de escolaridade. Para saná-las, foram inseridas distintas nomenclaturas relacionadas a cada nível de escolaridade. Exemplo: ensino básico/fundamental/até 8ª série ou 9º ano.

Os questionários foram disponibilizados em envelope lacrado nos respectivos locais de trabalho e devolvidos aos pesquisadores em dia e horário combinados. Caso fosse necessário qualquer esclarecimento, o participante poderia contar com o apoio dos pesquisadores nesses dias. Os dados foram transcritos em planilhas eletrônicas com dupla digitação. Atribuiu-se um número a cada participante para garantir sigilo e anonimato.

Utilizaram-se estatísticas descritivas para apresentação da distribuição das frequências absoluta e relativa dos dados. Adotou-se a Análise de Rede Social (ARS) em sua abordagem sociocêntrica, visando abarcar os diversos nós/serviços da RAPS e analisar o grau de centralidade dos serviços<sup>(9,16,17)</sup>.

A centralidade consiste em uma das propriedades da ARS e parte do pressuposto de que os atores com mais vínculos em uma rede têm mais possibilidades de circular ou reter informações ou recursos que poderiam ser úteis aos demais atores da rede<sup>(17)</sup>. Entende-se que o conhecimento de um grupo, serviço ou pessoa é um critério essencial para o estabelecimento de um vínculo e constitui-se em um dos elementos de seu capital social. Assim como a rede, o capital social consiste no dinamismo das relações interpessoais dentro de uma organização, no caso a rede de saúde mental do município em questão — esse capital é construído pelos resultados advindos de tais relações por vezes hierarquizadas. Nas redes, observa-se que o capital social é desigualmente distribuído em razão dos diferentes conhecimentos, valores, experiências e habilidades relacionais dos trabalhadores<sup>(16)</sup>. Desse modo, para analisar a centralidade dos serviços, o presente estudo relaciona o perfil do trabalhador com seu conhecimento sobre a rede considerando-se seu capital social.

O grau de centralidade dos elementos foi analisado utilizando-se o software de Análise de Redes Sociais (ARS) chamado Gephi

Graph Visualization and Manipulation, versão 0.9.2 — um programa de análise de dados relacionais, de código aberto, que usa um mecanismo de renderização 3D para exibir gráficos e análise de redes<sup>(18)</sup>. Ele foi utilizado para o delineamento do grafo representativo dos elementos na rede estudada.

A diferença do número de serviços conhecidos de acordo com o perfil dos participantes (escolaridade, função desempenhada, instituição na qual atuava, tempo de atuação na área de saúde, no campo da saúde mental e na instituição de origem) foi calculada por meio do teste Mann-Whitney. O nível de significância considerado foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o protocolo CAAE nº 46346415.2.0000.5154.

## RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 42,5 anos (dp=11,18). A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico deles.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos participantes. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=162).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	133	82,1
Masculino	29	17,9
Faixa etária		
Até 29 anos	19	11,7
De 30 a 59 anos	121	74,7
60 anos e mais	11	6,8
Não informado	11	6,8
Cor autorreferida		
Branco/Amarelo	104	64,2
Preto/Pardo	48	29,6
Não informado	10	6,2
Estado civil		
Em união estável	80	49,4
Fora de união estável	79	48,8
Não informado	3	1,8

Conforme se observa na Tabela 1, a maioria dos participantes tinha entre 30 e 59 anos, se autodeclarou branca ou amarela, era do sexo feminino e referiu estar em uma união estável.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao vínculo trabalhista, carga horária semanal na instituição, exercício

**Tabela 2.** Vínculo trabalhista, jornada de trabalho e atuação dos participantes do estudo. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=162).

Variáveis	n	%
Vínculo trabalhista		
Celetista/Concursado	126	77,8
Contrato temporário	36	22,2
Carga horária semanal na instituição		
Até 30 horas	94	58,0
31 horas e mais	68	42,0
Exerce atividade simultânea		
Sim	53	32,7
Não	109	67,3
Atuação na área da Saúde		
Até 5 anos	51	31,5
6 anos e mais	111	68,5
Atuação no campo da saúde mental		
Até 5 anos	85	52,5
6 anos e mais	77	47,5
Atuação na instituição		
Até 5 anos	100	61,7
6 anos e mais	62	38,3
Local de atuação		
Hospital psiquiátrico	41	25,3
Outros serviços de saúde mental*	121	74,7
Trabalho		
Assistencial	124	76,5
Apoio**/Administrativo***	38	23,5
Escolaridade		
Até ensino médio incompleto	28	17,3
Ensino médio	51	31,5
Ensino superior/pós-graduação	83	51,2

\*Centros de Atenção Psicossocial, Matriciamento em Saúde Mental, Consultório na Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos e diretoria especializada.

\*\*Cozinheiras, auxiliares de cozinha, serviços gerais e vigias.

\*\*\*Administrador, auxiliares administrativos, agente social e técnicos em contabilidade.

de atividade simultânea, tempo de atuação na instituição, na saúde e no campo da saúde mental.

Como se vê na Tabela 2, houve predomínio de trabalhadores dos serviços de saúde mental de base comunitária, com vínculo celetista ou concursado, com carga horária semanal de até 30 horas, envolvidos na assistência, que não exerciam atividades simultâneas, atuavam na área da saúde há mais de seis anos, no campo da saúde mental há menos de cinco anos e na instituição de origem há até cinco anos.

Quanto à escolaridade, a maioria tinha ensino superior, e as áreas de formação desses graduados eram saúde (24,6%), sociais e humanas (24,1%). A maioria dos participantes com graduação não informou a área de formação (51,3%). Entre os 63 pós-graduados, a maioria (84,1%) era especialista; 14,3% eram mestres; e um era doutor.

Em relação à posição dos serviços na rede, identificou-se grau de centralidade (no qual números menores indicam baixa centralidade e maiores, alta centralidade) do hospital psiquiátrico no valor de 1; dos CAPSs, entre 0,82 e 0,64; SRTs, 0,45; CR, 0,30; e equipe de matriciamento, 0,41. A Figura 1 apresenta o grafo discriminando os elementos mais centrais da rede.

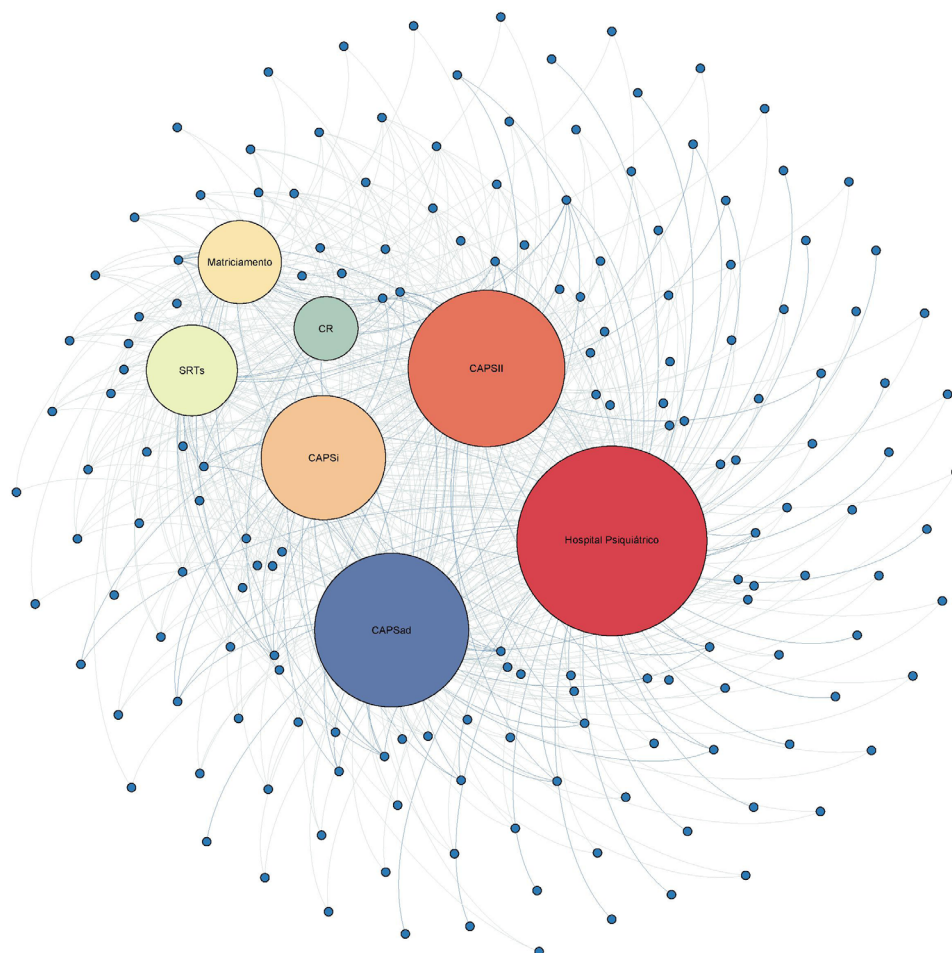
O número médio de serviços de saúde mental conhecidos pelos participantes foi 5,1 (dp=2,70; mediana 5). Em média, 44,6% dos trabalhadores dos serviços de base comunitária referiram desconhecer os demais serviços de base comunitária da rede; e 17,3% dos trabalhadores desses serviços desconheciam o hospital psiquiátrico. Já entre os trabalhadores do hospital psiquiátrico, 66,3% desconheciam os demais serviços.

Cerca de 60,5% dos trabalhadores que exerciam atividades de apoio, 41,2% dos trabalhadores da saúde e 17,5% dos psicólogos e terapeutas ocupacionais desconheciam um ou mais dos outros serviços; e apenas 14,2% dos profissionais conheciam todos os serviços da rede.

Identificou-se que os trabalhadores atuantes há mais tempo na área da saúde e/ou no campo da saúde mental conheciam mais serviços do que aqueles que atuavam há menos tempo (Gráfico 1).

Relativamente à escolaridade, verificou-se que os trabalhadores com nível superior (n=83) conheciam mais pontos de atenção da RAPS do que aqueles que tinham nível de escolaridade médio ou inferior (n=79) (Média do *rank*, respectivamente 103,8 e 58,1; p=0,000).

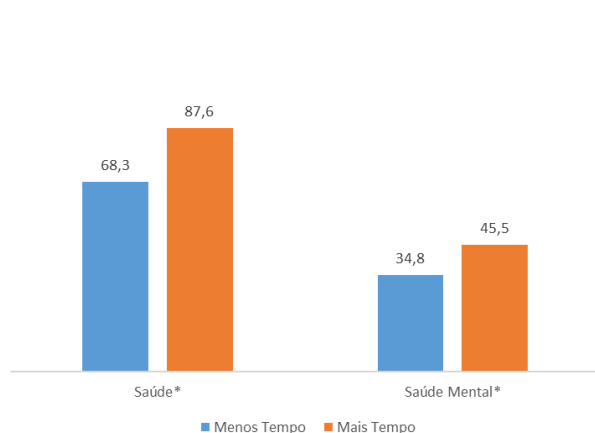
No tocante à atuação dos participantes, identificou-se que os trabalhadores assistenciais conheciam mais serviços do que os que exerciam atividades administrativas ou de apoio. Além disso, os trabalhadores do hospital psiquiátrico conheciam menos serviços do que os que atuavam nos serviços de base comunitária (Gráfico 2).



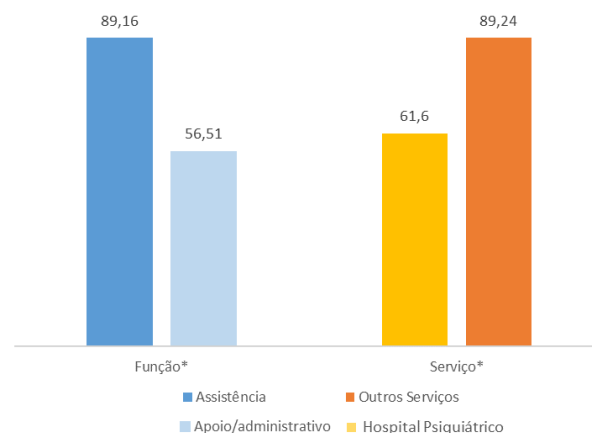
CAPSII: Centros de Atenção Psicossocial; CAPSi: Centros de Atenção Psicossocial (infantojuvenil); CAPSAd: Centros de Atenção Psicossocial (álcool e drogas); MSM: Matriciamento em Saúde Mental; CR: Consultório na Rua; SRTs: Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nota: o tamanho dos círculos corresponde ao grau de centralidade. Os serviços relatados pelos profissionais dos serviços de base comunitária foram identificados pelas arestas de cor cinza; e os do hospital psiquiátrico, pelas arestas azuis.

**Figura 1.** Grafo representando a centralidade dos elementos da rede.



**Gráfico 1.** Média do *rank* do conhecimento dos profissionais sobre os serviços de acordo com o tempo que atuam na área da saúde e no campo da saúde mental (\* $p < 0,03$ ), interior de Minas Gerais,  $n=162$ .



**Gráfico 2.** Média do *rank* do conhecimento dos trabalhadores sobre os serviços da rede de acordo com a função ( $p=0,000$ ) e serviço no qual atuam ( $p=0,002$ ), interior de Minas Gerais,  $n=162$ .



## DISCUSSÃO

A maioria dos participantes era adulto-jovem, possuía vínculo formal, carga horária de 30 horas, não exercia atividades simultâneas, tinha experiência na área de saúde mental e curso de pós-graduação.

O hospital psiquiátrico revelou-se como elemento central da Rede de Atenção Psicossocial seguido dos CAPSs. As equipes de matriciamento, SRTs e Consultório na Rua estavam em posição menos centralizada conforme as análises empreendidas.

A maioria dos trabalhadores dos serviços de base comunitária mencionou o hospital psiquiátrico. No entanto, grande parte deles (44,6%) desconhecia os demais serviços extra-hospitalares do território. Além disso, tais serviços eram desconhecidos, também, por quase 70% dos trabalhadores do hospital psiquiátrico.

O percentual de participantes que conhecia todos os dispositivos da RAPS estudada foi muito baixo (14,2%). O desconhecimento dos pontos da RAPS também foi verificado em outros estudos<sup>(10,19)</sup>. Internacionalmente, são relatados problemas em relação ao conhecimento sobre as instituições existentes, serviços oferecidos e formas de acesso, o que tem motivado iniciativas de envergadura para o mapeamento das redes e disponibilização das informações a trabalhadores, comunidade e formuladores de políticas<sup>(20)</sup>.

Os resultados sugerem que o tempo de atuação na área, o grau de escolaridade e a função assistencial são características do perfil dos participantes que exerceram influência em relação ao conhecimento dos demais serviços. Além do perfil dos trabalhadores, no cotidiano dos serviços, o trabalho em rede pode ser afetado por um conjunto de fatores, tais como: formação profissional permeada pelo modelo biomédico medicalizador; déficit de recursos humanos; sobrecarga de trabalho; financiamento, infraestrutura e instrumentos de comunicação inadequados; limitada apropriação das diretrizes e políticas de saúde mental; excesso de burocratização; e escassez de oportunidades de educação permanente<sup>(8-10)</sup>.

Considerando que o grau de centralidade tem relação com a influência do elemento sobre a rede e também com o potencial de articulação e disseminação dos recursos e informações<sup>(17)</sup>, depreende-se que a rede analisada, embora conte com um número expressivo de dispositivos de saúde preconizados pelas atuais políticas de saúde mental, enfrenta um desafio básico: o conhecimento das instituições pelos trabalhadores. Este é um quesito básico para garantir a sustentabilidade das propostas de reabilitação psicossocial e tem reflexos diretos na capacidade de articulação, pois o reconhecimento mútuo dos atores sociais é elemento-chave para o estabelecimento e manutenção de vínculos<sup>(16)</sup>.

Vale ressaltar que o tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos tem como objetivo a remissão e estabilização

dos sintomas por meio da medicação e supervisão contínua pela equipe. Em contrapartida, a ênfase dos serviços extra-hospitalares é na reinserção do usuário na sociedade por meio da criação de oportunidades/espços para o exercício da cidadania, independentemente da estrutura subjetiva do indivíduo, compreendendo esforços interdisciplinares para garantir seu direito à moradia, trabalho e lazer<sup>(21)</sup>.

A centralidade do hospital psiquiátrico, enquanto resultado principal do presente estudo, remete à dificuldade dos profissionais de atuarem no sentido da transcendência do cuidado baseado apenas no diagnóstico médico e tratamento hospitalar. Isso corrobora estudos prévios que sugerem a existência de uma “memória manicomial”, ou seja, em que a prática se volta mais para modelos curativos do que para a necessidade de estímulo à autonomia e às formas de viver no mundo de maneira singular<sup>(12,19)</sup>. Tal centralidade reforça a importância de retomar a radicalidade da reforma psiquiátrica não só em substituir o manicômio por serviços de base territorial, mas também de construir instituições e modelos de atenção calcados nos contextos de vida das pessoas<sup>(9,12)</sup>.

O nível de adesão às práticas psicossociais das equipes de saúde mental não é de fácil mensuração. Todavia, a importância do compartilhamento do cuidado entre os profissionais dos serviços que compõem a RAPS consiste num fator essencial para a diferenciação de “um conjunto de serviços” de “uma rede de serviços”.

Nessa discussão, cabe acrescentar que as atuais políticas de saúde recomendam que os serviços de atenção básica se constituam como referência do cuidado, por sua posição estratégica nos territórios. Assim, no âmbito da saúde mental, o CAPS teria papel-chave tanto na articulação da RAPS quanto nas ações de saúde mental no âmbito da atenção primária<sup>(9,22)</sup>. Com base nessas asserções, esperava-se que os serviços extra-hospitalares assumissem maior centralidade na rede estudada. Efetivar a coordenação do cuidado nos territórios é um dos principais desafios para a desinstitucionalização e pode ocorrer de modo institucional/formal e também de modo instituinte, por meio de interconexões construídas pelos atores da rede<sup>(10,19)</sup>. Nesse sentido, pesquisas sobre as interações entre os atores e as estratégias engendradas no cotidiano dos serviços para a continuidade do cuidado e compartilhamento de responsabilidades são essenciais<sup>(10,19,22)</sup>.

O apoio matricial como dispositivo da clínica ampliada propõe o atendimento, visitas conjuntas, intervenções no território e discussões de casos entre ambas as equipes, superando a lógica especialista curativa, verticalmente hierárquica e burocrática, baseada na referência e contrarreferência. A política do cuidado em rede implica o compartilhamento de casos com as equipes responsáveis pelo cuidado, com o próprio usuário e com a comunidade envolvida. Desse modo, entende-se o importante papel de

tal programa em fortalecer o intercâmbio e a articulação dos esforços dos diferentes serviços para o cuidado de saúde mental em uma perspectiva de redes, conforme recomendado por estudo prévio<sup>(23)</sup>.

Dada a ampla gama de serviços de saúde mental do município estudado, depreende-se que a dificuldade da prestação de assistência extrapola a necessidade de novos serviços, mas abarca, também, a demanda por uma participação mais ativa dos trabalhadores, bem como por investimentos institucionais constantes para facilitar a articulação desses serviços<sup>(24)</sup>.

Nesse sentido, o conhecimento do território pelas equipes de saúde mental tanto no tocante à estrutura de serviços quanto às relações afetivas dos usuários com sua família e comunidade circundante são essenciais para a construção conjunta de projetos que garantam o acesso dos indivíduos aos diferentes dispositivos da rede<sup>(24,25)</sup> e fortaleçam a comunicação entre os profissionais da rede intra/intersetorial, viabilizando, de modo mais efetivo, estratégias para a reabilitação psicossocial dos usuários<sup>(24,25)</sup>.

Destaca-se que o desconhecimento da rede comunitária pela maioria dos profissionais certamente não tem relação apenas com perfil dos participantes, mas também com o potencial e capacidade técnica das equipes e da gestão em propiciar ações mais articuladas e interprofissionais. Isto é, a comunicação sinérgica entre os diferentes pontos de atenção bem como o conhecimento dos serviços da rede socioassistencial formal e informal contribuiriam para ações mais articuladas e, conseqüentemente, para a consolidação da RAPS<sup>(25)</sup>.

Nessa linha, entende-se que o matriciamento por si só não é suficiente para a superação das inúmeras dificuldades de operacionalização dos serviços com os parceiros internos e externos da rede<sup>(26)</sup>. Reconhecer o território, as parcerias que os serviços podem realizar entre si e lutar por investimentos nesses serviços e no desenvolvimento das redes já existentes é tão importante quanto a criação de novos dispositivos. Isso porque, conforme discutido, existe uma notável demanda para que se cumpra o objetivo dos serviços extra-hospitalares de serem substitutivos ao cuidado unicamente hospitalar, e tal consequimento seria facilitado por meio de ações mais transversais considerando todos os dispositivos da rede socioassistencial.

Desse modo, os resultados encontrados contribuem para a identificação dos desafios postos à desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, especialmente no que tange ao trabalho em rede e ao lugar ainda ocupado pelos hospitais psiquiátricos. O desconhecimento das instituições especializadas em saúde mental pelos trabalhadores da RAPS revela fragilidades em sua capacidade de exercer a *advocacy* preconizada nas diretrizes internacionais e nas políticas nacionais. Outros estudos são necessários para avaliar como

a corresponsabilização e o compartilhamento do cuidado têm ocorrido, haja vista o baixo número de participantes do estudo que conhecia todos os pontos da rede.

Cabe ponderar sobre as limitações do presente estudo. Uma delas refere-se à incorporação de outras dimensões à análise, sobretudo no que tange às relações entre cada um dos nós da RAPS e destes com outros serviços formais ou informais existentes nos territórios, o que permitiria explorar as potencialidades da ARS e ampliar a análise da reabilitação psicossocial. Outra limitação consiste na importância de compreender as especificidades da implantação da política de saúde mental em âmbito municipal a fim de aprofundar a análise. Entende-se que os resultados encontrados podem contribuir para o delineamento de novas pesquisas sobre o tema.

## CONCLUSÃO

O perfil profissional dos trabalhadores da rede sugere que o tempo de atuação na área, o grau de escolaridade e a função assistencial são características correlacionadas com o conhecimento dos serviços que compõem a RAPS.

Considerando que a atual política de saúde mental propõe a substituição do cuidado privativamente hospitalar pelos serviços de base comunitária, compreendendo o CAPS como principal articulador da RAPS, esperava-se que os serviços extra-hospitalares fossem apontados com maior frequência pelos participantes do presente estudo. No entanto, o elemento central identificado foi o hospital psiquiátrico.

Ressalta-se que a identificação do hospital psiquiátrico como elemento central da rede assinala a necessidade de resignificação do modelo de atenção que sustenta a prática dos profissionais, assim como o baixo conhecimento dos serviços comunitários requer a ampliação da capacidade técnica das equipes e da gestão.

O adensamento do capital social dos trabalhadores e o uso de instrumentos de gestão ajudariam na maior articulação da RAPS. Nesse sentido, é primordial que os trabalhadores empreendam esforços para conhecer os serviços da rede socioassistencial formal e informal e utilizem os instrumentos de gestão já existentes, a saber, o apoio matricial, profissional de referência, projeto terapêutico singular e a clínica ampliada, os quais possibilitariam uma comunicação sinérgica entre os diferentes pontos de atenção, contribuindo para ações mais articuladas e, por sua vez, para a consolidação da rede.

## FINANCIAMENTO

A pesquisa contou com financiamento de bolsa de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em: 02 out. 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/).
- 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) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: 16 set. 2018]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barret T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems* [Internet]. 2008 [acesso em: 07 dez. 2017];2(12):1-8. Disponível em: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/12>. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>.
- Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso em: 10 dez. 2017];210(4):261-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28153928/>. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>.
- Salisbury TT, Killaspy H, King M. Relationship between national mental health expenditure and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso em: 10 jan. 2018];211(1):45-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28302698/>. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186213>.
- Lempp H, Abayneh S, Gurung D, Kola L, Abdulmalik J, Evans-Lacko S, et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low — and middle — income countries: a cross-country qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2018 [acesso em: 14 dez. 2017];27(1):29-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29113598>. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000634>.
- Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [acesso em: 14 dez. 2017];15(3):276-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032514/pdf/WPS-15-276.pdf>. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>.
- Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em: 08 abr. 2020];70(5):965-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-0965.pdf>. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>.
- Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em: 08 abr. 2020];23(10):3.233-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3233.pdf>. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>.
- Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em: 05 jan. 2018];11(2):395-409. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200008&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200008>.
- Hanlon C, Semrau M, Alem A, Abayneh S, Abdulmalik J, Docrat S, et al. Evaluating capacity-building for mental health system strengthening in low — and middle — income countries for service users and caregivers, service planners and researchers. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2018 [acesso em: 05 jan. 2019];27(1):3-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28854998>. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796017000440>.
- Yasui S, Luzio CA, Amarante P. From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology* [Internet]. 2016 [acesso em: 10 jan. 2018];21(3):400-8. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105316628754>. <https://doi.org/10.1177/1359105316628754>.
- Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em: 10 dez. 2017];51(19):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059> 1.
- Winkler P, Krupchanka D, Roberts T, Kondratova L, Machù V, Höschl C, et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in Central and Eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso em: 10 jan. 2018];4(8):634-42. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036617301359?via%3Dihub>. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9).



15. Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004–2013). *Physis* [Internet]. 2014 [acesso em: 08 abr. 2020];24(4):1127-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01127.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>.
16. Andrade DC, David HMS. Social network analysis: a research methodology for health and nursing. *Rev Enferm Uerj* [Internet]. 2015 [acesso em: 08 abr. 2020]; 23(6):852-5. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14861/18749>. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.14861>.
17. Hanneman RA, Riddle M. *Introduction to Social Network Methods* [Internet]. United States: University of California; 2005. [acesso em: 10 jun. 2018]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235737492\\_Introduction\\_to\\_Social\\_Network\\_Methods](https://www.researchgate.net/publication/235737492_Introduction_to_Social_Network_Methods).
18. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. *International AAAI Conference on Weblogs and Social Medi*. 2009 [acesso em: 09 abr. 2020]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.680.6217&rep=rep1&type=pdf>.
19. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* [Internet]. 2017 [acesso em: 05 jun. 2019];21(61):373-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.
20. Salvador-Carulla L, Amadeo F, Gutiérrez-Colosía MR, Salazzari D, Gonzalez-Caballero JL, Montagni I, et al. Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2015 [acesso em: 08 abr. 2020];1(15):e042. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118959>. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2417>.
21. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia; 2001.
22. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: primary care practices and processes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 05 jun. 2019]; 71(suppl.5):2.101-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>.
23. Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em: 05 jun. 2019];16(1):201-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00097.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>.
24. Macedo JP, Marinho de Abreu M, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [acesso em: 05 jun. 2019];26(1):155-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000100155](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.
25. Da Silva DA, Tavares MFL. Ação Intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em: 05 jun. 2019];40(111):193-205. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf>. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>.
26. Klein AP, D'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em: 05 jun. 2019];33(1):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>.

