

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**FABRÍCIO SOARES BRAGA**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CONSTRUÇÃO DA  
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Porto Alegre  
2018**

**FABRÍCIO SOARES BRAGA**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CONSTRUÇÃO DA  
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

**Área de Concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Saúde Mental e Enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Agnes Olschowsky

**Porto Alegre  
2018**

### CIP - Catalogação na Publicação

Braga, Fabrício Soares

O Trabalho do Enfermeiro na Construção da Rede de  
Atenção Psicossocial / Fabrício Soares Braga. -- 2018.  
104 f.

Orientadora: Agnes Olschowsky.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Enfermeiras e Enfermeiros. 2. Trabalho. 3.  
Cuidados de Enfermagem. 4. Saúde mental. 5. Redes  
Comunitárias. I. Olschowsky, Agnes, orient. II.  
Título.

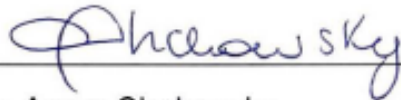
**FABRICIO SOARES BRAGA**

**O trabalho do enfermeiro na construção da rede de atenção psicossocial**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

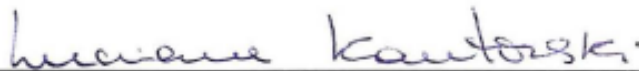
Aprovada em Porto Alegre, 30 de abril de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro - UFPel



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico esta dissertação a enfermeiras e enfermeiros do Sistema Único de Saúde que encontrei durante minha trajetória de formação e trabalho, pelo amor à profissão e por lutarem diariamente para prestar um cuidado de qualidade aos cidadãos deste país.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Agnes Olschowsky, pela oportunidade de realizar este estudo que é uma sequência da pesquisa que construímos para a finalização da minha residência em saúde mental, pela paciência e competência que teve durante as orientações, por ser uma influência na formação acadêmica em saúde mental e na luta antimanicomial.

Aos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM-UFRGS) por oportunizar a discussão de projetos de pesquisa e caminhos metodológicos, contribuindo para a minha formação e, inclusive, para construção e adequação deste estudo antes ser avaliado pela banca de qualificação.

À enfermeira Graciane Mattei da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, amiga que me indicou os caminhos que deveria seguir para iniciar o pedido de autorização para a pesquisa.

Àos membros da Gerencia Distrital e profissionais de enfermagem do território no qual foi realizada a pesquisa, pela confiança depositada na investigação, no pesquisador, no GEPESM e na UFRGS.

À doutoranda Cristiane Kenes, pela amizade e por não se negar em satisfazer todas as minhas dúvidas no início da minha jornada no curso do mestrado.

À doutoranda Mariane Xavier, pelo carisma de sempre encontrar pontos positivos quando eu começava a relatar problemas nos intervalos das aulas ou no restaurante universitário.

À doutoranda Aline Basso, pelas conversas sobre as potencialidades (e impossibilidades) da vida acadêmica no estímulo para mudanças sociais.

Aos professores Christine Wetzel, Luciane Kantorski e Márcio Camatta por comporem a banca de qualificação e oferecerem preciosas contribuições para este estudo.

Aos técnicos administrativos Giba, Paulinho, Robson e Tati, por estarem sempre dispostos a manter a Escola de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação em perfeito funcionamento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da (PPGEnf) por me conceder a bolsa de estudo que me oportunizou a dedicação exclusiva ao mestrado.

Aos doutorandos Adalvane Damaceno, Juciane Furlan, Karen Jeanne, Potiguara Paz e mestrandos Fabiane Pavani, Franciele Batistella e Gabriela Dalenogrove, colegas de representação discente nas comissões do PPGEnf, pelo convívio cordial e prestimoso durante o último ano do curso de mestrado.

*“Muitas vezes, a causa principal da pobreza, em ciência, é a riqueza presumida. A finalidade da ciência não é abrir a porta ao saber infinito. Mas colocar um limite à infinitude do erro.”*

*Bertold Brecht, em A Vida de Galileu.*



## RESUMO

BRAGA, FS. **O Trabalho do Enfermeiro na Construção da Rede de Atenção Psicossocial**. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental sofreu modificações com o atual contexto da reforma psiquiátrica brasileira. O cuidado se direciona para o sujeito no território e em liberdade, propondo serviços que se opõem à psiquiatria tradicional realizada por séculos, principalmente, dentro dos muros dos manicômios. Este estudo teve como objetivo geral analisar a utilização dos meios do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e objetivos específicos, identificar fatores no ambiente de trabalho que interferem no processo de trabalho do enfermeiro e identificar os obstáculos para a utilização dos meios do processo de trabalho do enfermeiro. O estudo realizado é de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. O cenário do estudo foram os serviços de saúde que compõem a Rede Atenção Psicossocial de uma gerência distrital de saúde em Porto Alegre. Os participantes do estudo foram 12 enfermeiros das Unidades de Saúde da Atenção Básica (uma por bairro, escolhidos aleatoriamente por sorteio); CAPS II; CAPSad; Equipe de Saúde Mental Adulto e Unidade de Pronto Atendimento (ala de atendimento à saúde mental). A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada no período de outubro a dezembro de 2017. A pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob CAEE nº 72361717.0.3001.5338. Na análise foi utilizado Análise de Conteúdo à luz do referencial do processo de trabalho. Da análise emergiram 4 categorias temáticas: ambiente de trabalho, meios de trabalho do cuidado, meios de trabalho em rede e obstáculos para a utilização dos meios de trabalho. No ambiente de trabalho de trabalho, a violência urbana, pobreza, sucateamento da estrutura dos serviços de saúde e o trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde são características do território que interferem no processo de trabalho. Os meios de trabalho do cuidado identificados foram: acolhimento, consulta de enfermagem, grupos terapêuticos, sendo que esses instrumentos têm possibilitado o acesso do usuário a rede de saúde. Coordenação de equipe, reuniões com os componentes do território, ligações telefônicas, encaminhamento do usuário, interconsulta do apoio matricial são os meios de trabalho em rede. Como obstáculos para utilização dos meios de trabalho foram apontadas as barreiras de mobilidade urbana, a desmotivação, a fila de espera e a sobrecarga de trabalho. Esses meios do processo de trabalho da enfermagem em saúde mental traduzem o esforço criativo de enfermeiros para produzir um cuidado humanizado em saúde mental, no sentido de superar os percalços e obter uma melhoria no atendimento produzido em rede no território.

**Palavras-chave:** Enfermeiras e Enfermeiros, Trabalho, Cuidados de Enfermagem, Saúde mental, Redes Comunitárias.

## ABSTRACT

BRAGA, FS. **The Nurse's Work in the Construction of the Psychosocial Attention Network**. 2018. 104 f. Dissertation (MSc in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

The work process of mental health nursing underwent modifications with the current context of the Brazilian psychiatric reform. The care is directed towards the subject in the territory and in freedom, proposing services that are opposed to traditional psychiatry performed for centuries, mainly, behind the walls of asylums. The general objective of this study was to analyze the use of the means of the nurse's work process that interfere in the articulation between the services of the Psychosocial Attention Network and, specific objectives, identify factors in the work environment that interfere in the nurse's work process and identify obstacles to the use of the means of the nurse's work process. The study carried out is a qualitative exploratory-descriptive type. The scenario of the study was the health services that make up the Psychosocial Attention Network of a district health management in Porto Alegre. The study participants were 12 nurses from the Basic Health Units (one per neighborhood, chosen randomly by lot); CAPS II; CAPSad; Adult Mental Health Team and Emergency Care Unit (Mental Health Care ward). The collection of information occurred through a semi-structured interview in the period from October to December 2017. The survey approved by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre under CAEE nº 72361717.0.3001.5338. In the analysis, Content Analysis was used in light of the referential of the work process. From the analysis, 4 thematic categories emerged: work environment, care work means, networking means and obstacles to the use of work means. In the work environment, urban violence, poverty, the dismantling of the structure of health services and the work done by the community health agent are characteristics of the territory that interfere in the nurse's work process. The means of care work identified were: user embracement, nursing consultation, therapeutic groups, and these instruments have made it possible for the user to access the health network. Team coordination, meetings with the components of the territory, telephone calls, user routing, *interconsulta* of matrix support are the networking means. As obstacles to the use of the means of work, urban mobility barriers, demotivation, wait queue and work overload were pointed out. These means of the nurse's work process in mental health clarify the creative effort of nurses to produce a humanized care in mental health, in the sense of overcoming the mishaps and obtaining an improvement in the attention produced in the network in the territory.

**Keywords:** Nurses, Work, Nursing Care, Mental health, Community Networks.

## RESUMEN

BRAGA, FS. **El Trabajo del Enfermero en la Construcción de la Red de Atención Psicosocial**. 2018. 104 f. Tesis (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

El proceso de trabajo de la enfermería en salud mental sufrió modificaciones con el actual contexto de la reforma psiquiátrica brasileña. El cuidado se dirige hacia el sujeto en el territorio y en libertad, proponiendo servicios que se oponen a la psiquiatría tradicional realizada por siglos, principalmente, dentro de los muros de los manicomios. Este estudio tuvo como objetivo general analizar la utilización de los medios del proceso de trabajo del enfermero que interfieren en la articulación entre los servicios de la Red de Atención Psicosocial y, objetivos específicos, identificar factores en el ambiente de trabajo que interfieren en el proceso de trabajo del enfermero e identificar los obstáculos para la utilización de los medios del proceso de trabajo del enfermero. El estudio realizado es de abordaje cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo. El escenario del estudio fueron los servicios de salud que componen la Red Atención Psicosocial de una gerencia distrital de salud en Porto Alegre. Los participantes del estudio fueron 12 enfermeros de las Unidades de Salud de la Atención Básica (una por barrio, elegidos al azar por sorteo); CAPS II; CAPSad; Equipo de Salud Mental Adulto y Unidad de Emergencia (enfermería de atención a la salud mental). La recolección de las informaciones ocurrió por medio de entrevista semiestructurada en el período de octubre a diciembre de 2017. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre con CAEE nº 72361717.0.3001.5338. En el análisis se utilizó Análisis de Contenido a la luz del referencial del proceso de trabajo. Del análisis surgieron 4 categorías temáticas: ambiente de trabajo, medios de trabajo del cuidado, medios de trabajo en red y obstáculos para la utilización de los medios de trabajo. En el ambiente laboral, la violencia urbana, la pobreza, el desguace de la estructura de los servicios de salud y el trabajo realizado por el agente sanitario comunitario son características del territorio que interfieren en el proceso de trabajo. Los medios de trabajo del cuidado identificados fueron: acogida, consulta de enfermería, grupos terapéuticos, siendo que estos instrumentos han posibilitado el acceso del usuario a la red de salud. Coordinación de equipo, reuniones con los componentes del territorio, llamadas telefónicas, encaminamiento del usuario, interconsulta del apoyo matricial son los medios de trabajo en red. Como obstáculos para la utilización de los medios de trabajo se señalaron las barreras de movilidad urbana, la desmotivación, la cola de espera y la sobrecarga de trabajo. Estos medios del proceso de trabajo de la enfermería en salud mental traducen el esfuerzo creativo de enfermeros para producir un cuidado humanizado en salud mental, en el sentido de superar los percances y obtener una mejora en la atención producida en red en el territorio.

**Palabras clave:** Enfermeros, Trabajo, Atención de Enfermería, Salud mental, Redes Comunitarias.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Componentes da RAPS nos DS estudados com respectivo ponto de atenção e número de enfermeiros na equipe, Porto Alegre, 2017 ..... 38
- Quadro 2** – Caracterização dos enfermeiros entrevistados conforme especialização, tempo de formação e tempo de trabalho no serviço, Porto Alegre, 2017 ..... 40
- Quadro 3** – Categorias Temáticas com seus respectivos núcleos de compreensão e o número de entrevistas de onde emergiram as unidades de contexto..... 43

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	Agente comunitário de saúde
CAPS II	–	Centro de atenção psicossocial
CAPSad	–	Centro de atenção psicossocial álcool e drogas
CAPSi	–	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEP	–	Conselho de Ética em Pesquisa
CNSM	–	Conferência Nacional de Saúde Mental
DS	–	Distrito de Saúde
EESCA	–	Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
ESMA	–	Equipe de Saúde Mental Adulto
FASC	–	Fundação de Assistência Social e Cidadania
GD	–	Gerência distrital
Gercon	–	Sistema de Gerenciamento de Consultas e Exames Especializados
NASF	–	Núcleo de apoio a saúde da família
RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	–	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UPA	–	Unidade de Pronto Atendimento
SMSPA	–	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UA	–	Unidade de Acolhimento
WHO	–	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>19</b>
<b>3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>37</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	37
4.2 Cenário do estudo.....	38
4.3 Participantes do Estudo .....	39
4.4 Coleta das Informações .....	41
4.5 Análise das Informações .....	41
4.6 Considerações Bioéticas.....	44
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
5.1 O ambiente de trabalho.....	46
5.2 Meios de trabalho do cuidado.....	53
5.3 Meios de trabalho em rede .....	60
5.4 Obstáculos para a utilização dos meios de trabalho .....	74
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO A – Termo de ciência e autorização da Coordenadoria da Atenção Primária .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO B – Termo de ciência e autorização da Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO C – Parecer consubstanciado de aprovação do CEP da UFRGS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO D – Parecer consubstanciado de aprovação do CEP da SMSPA .....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental sofreu modificações com o atual contexto da reforma psiquiátrica brasileira (RPB); se antes o objeto era o doente mental, os meios de trabalho eram as intervenções de controle do comportamento conforme as rígidas normas de moral e higiene instituídas nos manicômios e a finalidade era para produzir uma reeducação ou cura na conduta destes doentes mentais; atualmente a proposta é que o trabalho seja executado através dos meios de cuidado humanizado dos diversificados serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio, estabelecendo o sujeito na sua dimensão psicossocial como objeto, com a finalidade de diminuição total ou parcial do sofrimento psíquico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, o cuidado em saúde mental se direciona para o sujeito no território e em liberdade, propondo serviços que se opõem à psiquiatria tradicional realizada por séculos, principalmente, dentro dos muros dos manicômios. Nesse novo paradigma, há um direcionamento para que o sujeito possa buscar os serviços de saúde mental e assumir participação ativa no cuidado disponibilizado pela equipe de saúde.

Estes serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial, têm o desafio de trabalhar em uma articulação chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é formada por diferentes serviços de atenção primária, secundária e terciária de saúde, tendo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os articuladores estratégicos dessa rede.

No âmbito da atenção básica da RAPS, atuam as equipes das Unidades Básica de Saúde (UBS)/Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Consultório na Rua, de apoio aos serviços de Residencial de Caráter Transitório, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dos Centros de convivência. Na atenção psicossocial especializada, estão os CAPS (com trabalhos voltados para adultos nos CAPS I e II, crianças ou adolescentes nos CAPSi, dependentes de álcool e outras drogas nos CAPSad). Na atenção de urgência e emergência, atuam as equipes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na atenção de residencial de caráter transitório, atuam as Unidades de Acolhimento (UA) Adulto, UA Infantil e Comunidades Terapêuticas; oferecendo cuidado especializado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. As equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa

de Volta para Casa atuam no contexto da Estratégia de Desinstitucionalização. A atenção hospitalar é oferecida pelas equipes dos Hospitais Gerais. São também pertencentes a rede os serviços comunitários por meio de associações de moradores, organizações não-governamentais, cooperativas de trabalho, famílias e as diversas organizações de um determinado território (BRASIL, 2011).

Durante minha trajetória profissional como enfermeiro, tive a oportunidade de trabalhar em internação psiquiátrica de hospital geral, em equipe de saúde mental na atenção primária, em CAPS II e em unidade de saúde da família.

O trabalho realizado nesses serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial, colaborou expressivamente no desenvolvimento e aprimoramento das minhas ações como enfermeiro, possibilitando-me uma vivência singular frente ao sofrimento psíquico e a possibilidade de observar os sentimentos mobilizadores e conflitantes entre equipes, usuários e familiares durante as combinações para concretização um cuidado humanizado e emancipador através da RAPS.

Entretanto, apesar de meus colegas de trabalho concordarem com a necessidade do fortalecimento da rede de apoio dos usuários na comunidade para o melhor enfrentamento do sofrimento psíquico, em todos os serviços houve um condicionamento para que o trabalho fosse delimitado até os limites físicos da unidade por diferentes justificativas, como: falta de recursos, pouca confiança no trabalho produzido pelos demais serviços, receio de prejudicar a qualidade do cuidado oferecido. Esta conjuntura dificultava desenvolver o trabalho articulado em rede e, de certo modo, mostrava para mim, o desafio imenso e necessário para fortalecer a RAPS.

Estas dificuldades na articulação entre os serviços ocorrem devido aos processos de trabalho em saúde serem muitas vezes fragmentados e verticalizados, produzindo barreiras institucionais que impedem a atuação em rede na produção de saúde. A fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a ter que criar individualmente respostas para os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2009).

Em uma pesquisa sobre o prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros, Braga e Olschowsky (2015) apontam a falta de articulação da RAPS e as deficiências presentes na rede como causadores de descontentamento, produzindo sofrimento no trabalho. Os entrevistados revelaram o quanto existe de ansiedade frente das expectativas não correspondidas diante das dificuldades de acesso que os usuários e



familiares enfrentam na atenção primária de saúde durante os planejamentos de alta do CAPS; da falta de recursos humanos para compor as equipes mínimas nos serviços de saúde mental não hospitalares, prejudicando a resolutividade e agilidade necessárias para um bom atendimento e assistência ao usuário; e da dificuldade de quebra do paradigma da psiquiatria tradicional nas instituições de saúde e na própria assistência de enfermagem.

Sendo enfermeiro, a alternativa que usava para transpor essas barreiras institucionais, e buscar um efetivo trabalho em rede, era entrar em contato pessoalmente com outros enfermeiros que trabalhavam nos demais serviços para discussão de casos. Como existem enfermeiros trabalhando em quase todos os serviços de saúde, minha tarefa era persuadir o colega contatado que o seu trabalho iria contribuir para a melhora da situação de saúde do usuário em questão.

Assim, considero pertinente a reflexão e o aprofundamento das questões relativas ao trabalho do enfermeiro na RAPS e suas repercussões, bem como focar a atenção para as contribuições desse trabalho para o fortalecimento da rede, pois o cuidado em liberdade na saúde mental está em permanente tensionamento com instituições da psiquiatria tradicional que perderam parte do poder após a RPB.

Os preceitos da RPB estão presentes no discurso dos enfermeiros e estes profissionais se esforçam para que o paradigma psicossocial se torne uma realidade nas instituições que optam por fazer um maior investimento na atenção terciária de saúde mental, pois ainda segue firmemente o modelo biomédico da psiquiatria tradicional (BRAGA; OLSCHOWSKY, 2015).

Portanto, este projeto tem como questão de pesquisa “quais os meios do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial?”

Responder à questão de pesquisa proposta neste projeto permitirá compreender o processo de articulação sob o ponto de vista do enfermeiro que sente as dificuldades no trabalho e usa a criatividade para minimizar os problemas de articulação da mesma.

Os fatores que influenciam o enfraquecimento da RAPS foram descritas em pesquisas realizadas no Brasil nos últimos anos; como a pesquisa Mental-ESF (WETZEL et al 2014) que avaliou a RAPS a partir de uma ESF, identificando que ainda encontra-se centrada no modelo psiquiátrico tradicional, curativista e biomédico, sendo ativada pelo problema de queixa/sintoma, acentuada pela inexistência de

CAPS no território de abrangência tendo, a internação em hospitais psiquiátricos como possibilidade de acesso para a rede de serviços e cuidado em saúde mental. O estudo mostra o desafio necessário para dar operacionalidade a RAPS, em que é preciso valorizar a composição de redes, atentas às qualidades, necessidades, realidades e contextos singulares. A pesquisa CAPSUL (KANTORSKI et al 2009) que mostrou o desconhecimento de usuários, familiares quanto a gestão do trabalho do CAPS e o descontentamento de trabalhadores, usuários e familiares quanto a falta de verba para a consolidação e expansão da rede.

COSTA et al (2014), DIMENSTEIN et al (2012) e MIRANDA et al (2014) também apontam outras causas de enfraquecimento da rede: o atendimento dos CAPS, quando é prestado de forma segregada ao território, causa uma dependência do usuário ao serviço e do serviço ao usuário, em um processo de institucionalização semelhante ao manicomial; os hospitais psiquiátricos (manicômios) seguem com função social e são o principal serviço de atendimento ao usuário em crise quando a rede não possui serviços substitutivos em quantidade suficiente para o atendimento da demanda; os CAPS trabalham sem profissional de referência quando há grande rotatividade de trabalhadores no serviço devido a contratos frágeis e, isto, também influencia a articulação entre os profissionais dos CAPS e da atenção básica.

Contudo, estas pesquisas, também apontam contribuições para o fortalecimento da RAPS, como: o apoio da equipe matricial e de uma parceria acadêmica potencializando o atendimento das demandas de saúde mental na unidade de saúde da família avaliada, minimizando a demanda reprimida pela falta de um CAPS no território, e qualificando a comunicação com as equipes de saúde mental através de reuniões quinzenais de discussão de caso (WETZEL et al 2014); apesar da falta de recursos, a equipe do CAPS reconhece a importância de realizar ações fora dos muros do serviço, promovendo a liberdade do usuário (KANTORSKI et al 2009); debates nas reuniões da equipe do CAPS sobre as necessidades psicossociais dos usuários, mobilizou para realização de reuniões com a atenção primária em saúde para refletir sobre a sistematização do trabalho em rede (COSTA et al, 2014); em oposição a uma gestão de saúde municipal que incentiva a centralização de atendimentos aos usuários em crise no hospital psiquiátrico, os trabalhadores do SAMU organizaram uma linha de ação para direcionar de forma apropriada os usuários na rede, identificando a demanda e definindo o serviço mais próximo e adequado as necessidades do usuário (DIMENSTEIN et al, 2012); os trabalhadores

do NASF assumiram um papel gerenciamento da RAPS, organizando um fluxo de atendimento e a alta de usuários que estavam no CAPS sem necessidade, rompendo com a rotina assistencial da atenção básica de encaminhar todos usuários com problemas emocionais para atenção psicossocial especializada (MIRANDA et al, 2014).

Assim, considero que o presente estudo é relevante por possibilitar a apresentação de resultados que forneçam informações para o aprimoramento do trabalho dos enfermeiros na área de saúde mental para contribuir com o fortalecimento da RAPS.

## **2 OBJETIVO**

Nesta seção serão apresentadas os objetivos gerais e específicos deste estudo

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a utilização dos meios do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar fatores no ambiente de trabalho que interferem no processo de trabalho do enfermeiro.
- Identificar os obstáculos para a utilização dos meios do processo de trabalho do enfermeiro.

### 3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Nesta seção será apresentado a contextualização histórica e conceitual do objeto de estudo desta dissertação: os meios do processo de trabalho dos enfermeiros na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ao final da II Guerra Mundial, vários movimentos de contestação do saber e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial, dos quais se destaca a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos EUA. Eram movimentos de “reforma” da assistência psiquiátrica no sentido de apontarem para um rearranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pelo movimento italiano, a partir de 1960 (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

Nos anos 1970, o Brasil era governado pela ditadura militar e a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico era realizado predominantemente dentro dos hospitais psiquiátricos. Nessa década, a política estatal de saúde mental era o crescimento da quantidade de indivíduos internados em hospitais psiquiátricos, abrangendo segmentos cada vez maiores da população. Ainda mais após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social com unificação dos institutos de aposentadorias em 1967, centralizando a verba federal e as decisões sobre políticas de saúde mental para a compra de leitos psiquiátricos em hospitais privados (PAULIN; TURATO, 2004).

Ao final dos anos 1970, os trabalhadores do movimento de reforma psiquiátrica se inserem na política pública através de ocupação de espaços de decisão. Inicia-se, então, um processo para tornar mais racionais, humanizados e morais o tratamento nos hospitais psiquiátricos e, também, se homologa o desenvolvimento de ambulatorios como opção ao manicômio (RIBEIRO, 2004).

Entretanto, o projeto de um cuidado humanização no manicômio não produziu benefícios para a população e; após diversos congressos com importantes mobilizações de trabalhadores e pouco encaminhativos, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições em 1978, o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1979; o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1980, o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo em 1985, a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987; foi somente o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental realizado em 1987 na cidade de Bauru que marca a ruptura com as mobilizações sociais para

modernização do manicômio e a recusa, pelos trabalhadores, de desempenharem a função de agentes de encerramento e desrespeito aos direitos humanos do indivíduo que sofria com a violência da institucionalização. Para isso pactuou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que originalmente provinha da Itália, baseado nas teorias basaglianas de desinstitucionalização. A organização do congresso de Bauru havia sido decidida durante reuniões do movimento de trabalhadores em saúde mental que ocorreram em paralelo a I Conferência, pois era necessário o revisar as táticas do movimento, repensar seus princípios, estabelecer novas alianças decido a forte oposição das instituições privadas, das iniciativas manicomiais, do Estado conservador e da psiquiatria tradicional dominante (AMARANTE, 2000).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657 que acirrou as disputas sobre a luta antimanicomial, gerando mais debates polêmicos entre diferentes setores e grupos sociais e estimulando criações de associações de familiares favoráveis e contrários ao projeto que propunha o impedimento de novos hospitais psiquiátricos serem construídos ou contratados pelo poder público; a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos não-manicomiais de atendimento. Com a força da mobilização do movimento de luta antimanicomial, outros estados elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo intuito de progressiva substituição dos serviços hospitalares por centros comunitários de saúde mental, foi o caso do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte (AMARANTE, 2000).

O projeto de Paulo Delgado, depois de aprovado em 1988 na Câmara dos Deputados, completou 11 anos de substitutivos e postergações no Senado. Em 1999; numa articulação do parlamentar proponente, do Ministério da Saúde e do movimento antimanicomial; foi enviada do Senado de volta à Câmara já como projeto substitutivo para nova rodada de negociações, aprovação final e homologação pelo Presidente da República como Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada entre os dias 11 e 15 de dezembro de 2001, mesmo ano em que foi aprovada a Lei Nº 10.216/2001 de Paulo Delgado, e possuía entre os seus principais eixos de discussão a reorientação do modelo assistencial em saúde mental centrada na superação do modelo asilar, buscando uma melhor qualidade de vida ao usuário, focando em ações integrais e promocionais de saúde; política de recursos humanos, ressaltando a importância da formação e a relevância do trabalhador de saúde mental na efetivação

do cuidado; acessibilidade, garantindo a equidade de acesso aos serviços substitutivos de saúde aos portadores de transtorno mental; direitos e cidadania, salientando a relevância para a produção de políticas que estimulem o empoderamento dos usuários de saúde mental; proposições sobre financiamento e controle social (BRASIL, 2002a).

Seguindo as propostas apresentadas na III CNSM, o Ministério da Saúde lança a Portaria 336 em fevereiro de 2002, estabelecendo a esperada reorientação da assistência em saúde mental, definindo o CAPS como um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território e criou diferentes tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad definidos por ordem de porte, clientela e abrangência populacional. O CAPS se tornou o serviço central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial (BRASIL, 2002b).

Essa centralização do cuidado aos usuários de saúde mental nos CAPS, e as escassas opções de serviços existentes, causou um aumento de demanda que não estavam de acordo com os preceitos da RPB. Usuários iniciaram um processo de “enCAPSulamento”, possuindo vínculos de amizade e produção de vida somente dentro da unidade do CAPS, inutilizando os projetos de reabilitação psicossocial (MOLL; SAEKI, 2009). A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando a melhor qualidade de vida (JORGE *et al*, 2006).

A partir de então, diversas novas portarias foram expedidas pelo Ministério da Saúde com a intenção de redirecionar (não extinguindo) os recursos financeiros dos hospitais manicomial para os serviços substitutivos.

Nesse contexto, na década dos anos 2000, ocorre um processo de institucionalização da RPB, encaminhando para longe dos movimentos e das organizações sociais, deslocando seu principal foco de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal. Consolida-se a impressão de que os principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias, e não mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos (LUZIO; YASUI, 2010).

A continuidade desse processo estatizante da RPB, apesar de controverso, foi decisivo para a consolidação de um projeto de saúde que se contrapôs ao modelo hegemônico manicomial.

Ao final da década, convocada por decreto presidencial em abril de 2010, ocorre de 27 de junho a 01 de julho de 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Entre seus principais eixos de debate estava a consolidação de rede de serviços substitutivos (BRASIL, 2010).

Como consequência, surge uma nova regulação ministerial, a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS e descreve os serviços substitutivos que a compõem: Atenção Básica (UBS/ESF, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas – como consultório de rua, centros de convivência, NASF); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Salas de estabilização, etc.); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa); Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários) (BRASIL, 2011a).

Em outubro de 2015, o governo Dilma nomeia como ministro da Saúde o deputado federal Marcelo Castro, em uma tentativa de conciliação com os parlamentares que articulavam o impeachment, e como resultado, em dezembro do mesmo ano, afastou-se a Coordenação Nacional de Saúde Mental, considerada antimanicomial, desse ministério. Esse fato resultou em duas consequências: a reorganização de diversos movimentos antimanicomiais por fora da estrutura institucional estatal, reivindicando a retirada do novo coordenador que havia sido diretor de um manicômio na baixada fluminense, e a elevação do domínio das forças conservadoras manicomiais na área de saúde mental, que defendem a ampliação no número de leitos psiquiátricos (PASSOS; MOREIRA, 2017).

Em maio de 2016, por coincidência, os dois movimentos se proclamaram vitoriosos: o coordenador geral de saúde mental foi exonerado no dia 9, ficando apenas 5 meses no cargo e, no dia 12, as forças reacionárias concretizam o golpe parlamentar e tomam posse, no governo Temer, lideranças conservadoras que



defendem a ofensiva de normas repressivas e subjugantes para os usuários de saúde mental e, principalmente, de álcool e outras drogas (ASSIS; SILVA; TORRES, 2017).

Uma dessas normas reacionárias, pós golpe parlamentar, é a Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde que insere os Hospitais Dia, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (ambulatórios) e Hospitais Psiquiátricos (manicômios) na RAPS e cria a modalidade de CAPSad IV para atuar, especificamente, nos territórios das cracolândias (BRASIL, 2017).

Este é o cenário atual em que a enfermagem em saúde mental deve realizar seu processo de trabalho. Um panorama onde; apesar dos avanços na busca da consolidação do cuidado no território, seja pelos movimentos sociais, leis e portarias para direcionar as políticas públicas; se observa a busca pelo aumento de leitos direcionados para o tratamento hospitalar.

As ações de cuidado dos profissionais devem estar de acordo com a legislação e com os preceitos da abordagem biopsicossocial para o fortalecimento deste novo paradigma e, desta forma, suprimir as carências da RAPS.

Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na RAPS sofre modificações, refletindo nas suas atividades de construção e implementação dessa rede.

O trabalho é, segundo Marx (2013), um processo entre a humanidade homem e a natureza. Neste processo, a pessoa, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. O trabalho, nesta forma de organização, diz respeito unicamente ao sujeito, pois no final do **processo de trabalho**, chega-se a um produto que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, logo, um produto já existente em sua mente. Com auxílio dos meios de trabalho, a ação humana opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início. O resultado extingue o processo. O resultado do processo é um produto natural adaptado às necessidades do próprio indivíduo através da modificação de sua forma.

O trabalho humano diferencia-se do animal no que se refere a concepção prévia do mesmo. Chega-se a um resultado, no final do processo de trabalho, que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele imprime a esta matéria, ao mesmo tempo, seu

objetivo, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual ele tem de subordinar sua vontade (MARX, 2013).

Deste modo, a intencionalidade é um dos atributos principais do trabalho no pensamento marxista, pois o trabalho depende da elaboração de um projeto mental em que o sujeito idealiza antes de iniciar o processo de trabalho. Logo, define-se que a mediação entre natureza e humanidade se dá por necessidades humanas.

O processo de trabalho é composto, segundo Marx (2013), por três momentos: a atividade orientada a um fim (o trabalho propriamente dito), o objeto de trabalho (elemento que será modificado através do trabalho e transformado em produto) e os meios de trabalho (instrumento que o trabalhador utiliza no objeto do trabalho como um guia para a atividade).

Sobre o objeto de trabalho, Marx (2013) afirma que este só é matéria-prima quando já sofreu uma modificação mediada pelo trabalho, logo, toda matéria prima é um objeto, mas nem todo objeto é matéria prima, pois as coisas apenas separadas de sua conexão imediata com a totalidade da terra, através do trabalho, são objetos de trabalho preexistentes por natureza.

Assim sendo, mesmo em processos de trabalho complexos onde o objeto foi transformado por múltiplas vezes que não possui relação direta do meio natural, o processo de trabalho segue sendo uma conexão entre sujeito e natureza.

O meio de trabalho, para Marx (2013), é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto do trabalho e que lhe serve de guia de sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-las atuar sobre outras coisas, de acordo com o seu propósito.

O processo de trabalho é o modo como o trabalhador produz e reproduz sua existência em sociedade. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade. A concepção histórica materialista e dialética procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de forças produtivas, de capitais e de circunstâncias que imprimem as suas condições de existência, um desenvolvimento determinado, um caráter específico. Consequentemente, as circunstâncias fazem os homens da mesma forma em que os homens fazem as circunstâncias (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

As relações sociais de produção derivam do trabalho destinado a garantir a sobrevivência do trabalhador; as forças produtivas referem-se aos instrumentos e

fatores necessários a produção de bens e serviço em determinada época (SILVA,1986).

Para Mendes-Gonçalves (1992) o trabalho humano pode ser delimitado ao conceito de duas ideias mais gerais e abstratas: “energia” e “transformação”, combinadas em um só processo. Deste modo, “algo” que havia “antes” é transformado em “outro algo” que há “depois”, por meio de um processo no qual certa quantidade de energia foi aplicada. Estão abstraídos nessa formulação os conteúdos concretos dos mais diversificados tipos de trabalho, tendo subsistido apenas uma anterioridade e uma posterioridade vinculadas uma a outra por um processo de transformação não espontânea: isso possibilita configurar o trabalho sob a forma necessária de “processo”.

O processo se extingue no produto. Seu produto é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma. O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia sob a forma do movimento, agora se manifesta, do lado do produto, como qualidade imóvel, na forma do ser (MARX, 2013).

Contudo, o produto não é uma posse do trabalhador, pois este somente é produtor parcial na divisão do trabalho e, muitas vezes, não tem conhecimento sobre o todo do processo. A força individual de trabalho funciona em serviço do capitalista. Este estabelece contratos individuais com os trabalhadores e, assim, tanto o produto como a força de trabalho vendida pelo trabalhador são de sua propriedade.

O produto também é um valor de uso. Na produção de mercadorias, o valor de uso não é, de modo algum, a coisa que se ama por ela mesma. Os valores de uso só são produzidos porquê e na medida em que são o substrato material, os suportes do valor de troca (MARX, 2013).

O capitalista tem duas intenções com esse produto, a primeira é produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, isto é, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. A segunda é produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que a soma do valor das mercadorias requeridas para sua produção, os meios de produção e a força de trabalho, para cuja compra ele adiantou seu dinheiro no mercado. Ele quer produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria; não só valor de uso, mas valor, e não só valor, mas também mais-valor (MARX, 2013).

O processo de trabalho pode durar além do tempo necessário para reproduzir e incorporar no objeto de trabalho um mero equivalente do valor da força de trabalho.

Assim, por meio da ação da força de trabalho, não apenas seu próprio valor se reproduz, mas também se produz um valor excedente. Esse mais-valor constitui o excedente do valor do produto sobre o valor dos elementos formadores do produto, isto é, dos meios de produção e da força de trabalho. O excedente do valor total do produto sobre a soma dos valores de seus elementos formadores é o excedente do capital valorizado sobre o valor do capital originalmente desembolsado (MARX, 2013).

Essas condições causam a distribuição desigual da riqueza produzida, visto que o trabalhador recebe um valor (pela venda da sua força individual de trabalho) que não possui relação com as suas necessidades, mas sim um valor predeterminado e em benefício do capitalista.

No que se refere ao processo de **trabalho em saúde**, com o começo da sociedade capitalista, o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se ao redor de dois eixos: a primeira como forma para controlar a doença em escala social e a segunda se refere à recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença. Estes dois eixos se baseiam em duas vertentes no processo de trabalho em saúde: na primeira, o conceito de doença é tratado como um fenômeno coletivo dentro da perspectiva epidemiológica, pois a partir do conhecimento adquirido por meio das epidemias era possível prever quantos casos ocorreriam em uma próxima unidade de tempo e em um espaço delimitado, além do mais, era possível verificar associação entre a ocorrência de doença e um ou vários fatores presentes no ser humano ou no ambiente; e, na segunda, trata a doença como um fenômeno positivo recortada exclusivamente no espaço do seu corpo individual, um corpo relativamente abstrato reduzido às suas dimensões biológicas (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Utilizando-se dos conceitos de Marx (2013) sobre trabalho morto (os meios de produção acumulado pelo capitalista) e trabalho vivo (trabalho em ação que o trabalhador vende ao capitalista) e os conceitos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre o processo de trabalho em saúde, Merhy (2007), analisa o trabalho em saúde na contemporaneidade e caracteriza os aspectos das relações no do processo de trabalho através de uma tipologia das tecnologias em saúde, destacando as relações humanas no processo de trabalho em saúde como promotoras de inovação e criação. Esta tipologia classifica as tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde em: leves (relacionamento entre os sujeitos para gerar vínculo, autonomia, acolhimento), leve-duras (o saber técnico estruturado que opera o processo de

trabalho em saúde) e duras (aparelhos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Ainda segundo Merhy (2007), o trabalho em saúde é centrado principalmente no trabalho vivo em ato e a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato, na saúde, expressa-se como processo de produção de relações intercessoras entre os profissionais de saúde e usuários.

O trabalho em saúde se diferencia dos demais nas características nucleares de seus objetos e meios, que garantirão a suas partes, mesmo como trabalho social, maior autonomia de seus agentes e reflexividade frente ao saber na ação. Os objetos dos diversos processos de trabalho que compõem o trabalho em saúde estão sempre vinculados ao trabalhador e, assim, sempre terão que ser entendidos na objetividade e subjetividade que lhe são essenciais. As intervenções técnicas sempre permeadas por relações interpessoais remetem ao efeito de vários instrumentos que se efetivam pelo encontro pessoa a pessoa, entre usuário e agente (PEDUZZI, 1998).

O trabalho – e sua alienação através do processo social de produção capitalista – se constituiu como categoria central para se entender o processo saúde/doença e as práticas de saúde em nossa sociedade (VAISTMAN, 1992).

Tendo como enfoque essa compreensão, na VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentou-se uma definição ampliada do tema para envolver condições sociais da vida e condições de saúde de modo que a saúde não foi caracterizada como um conceito abstrato, pois se define no contexto histórico e em um dado momento de desenvolvimento de determinada sociedade, sendo conquistada pela população através de suas lutas cotidianas. A saúde foi caracterizada como resultante de diversas condições sociais, como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Para Vaistman (1992), ainda que se inclua outros meios que não são somente econômicos – tais como liberdade, meio ambiente, alimentação ou lazer – o são de maneira limitada, o que diminui também a determinação da doença à determinação das configurações de organização social da produção. Com isto, não se quer dizer que elas não estejam presentes e continuem produzindo desigualdades, mas apenas atentar para o fato de que este não deve ser considerado o único determinante, nem das desigualdades sociais e nem dos fenômenos saúde doença. Entende-se que um conceito ampliado não deveria classificar a saúde só como produto da divisão social

da produção, e que uma definição de saúde não-reducionista deveria recobrar o significado do sujeito em sua individualidade e subjetividade, na relação com os demais e o mundo.

O vínculo complexo e em crescimento dos níveis de saúde com a exploração dos sujeitos, seja pela dependência do lucro, pelas condições de trabalho degradantes ou pelo processo de aculturação e perda de identidade, é possível de ser observada no Brasil, segundo Fleury (2009), desde a formação do estado brasileiro. O incremento da alta tecnologia, o desenvolvimento das ciências e das instituições médico-industriais estão na ordem oposta dos níveis de saúde da comunidade, que permaneceu sofrendo com as doenças endêmicas, com a desnutrição, fome e a falta de saneamento básico. As políticas sociais foram utilizadas, desde os anos 1930, apenas como instrumentos de apaziguamento da luta de classes e, em conjunto com a medicina altamente especializada, ao final da década de 1980, um modelo de saúde centralizador, excludente e basicamente curativista estava em vigência. Este contexto, de acordo com Fleury (2009), foi o apropriado para a formulação de uma Reforma Sanitária que ganhasse apoio dos movimentos sociais.

O contexto de industrialização dos meios de produção na sociedade capitalista, através do desenvolvimento tecnológico e fragmentação do trabalho, tem significativa influência na organização dos meios de trabalho em saúde e transformou em ciência o **processo de trabalho da enfermagem**.

O trabalho da enfermagem, até a metade do século XIX, era organizado como uma tarefa que não demandava formação específica para sua prática. Este trabalho inicia seu processo de profissionalização em 1854 com Florence Nightingale, cujo alistamento para guerra da Criméia foi voluntário e seus serviços foram de grande importância para organizar o cuidado aos enfermos dos hospitais militares em pleno campo de batalha. Alguns anos após a guerra, os ingleses decidiram financiar a fundação da primeira escola para formação de trabalhadores de enfermagem, em reconhecimento ao trabalho de Nightingale, iniciando, então, a divisão do trabalho da enfermagem em manual e intelectual (SILVA, 1986).

Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem são as três categorias que, atualmente, compõem a enfermagem e integram a equipe de saúde com profissionais de outras formações. O resultado do trabalho normalmente é o fruto da mediação do conflito entre os diversos trabalhadores envolvidos, pois cada um possui valores e

poderes distintos em relação à vida, morte, saúde e doença por terem formações pessoais e profissionais distintas.

Agudelo (1995) afirma que o médico possui um trabalho amplamente independente na equipe de saúde que contém um elevado poder institucional, em contrapartida os profissionais de enfermagem executam as coordenações das áreas de apoio e estabelecem o cumprimento de normas e rotinas nos serviços, o que pode ocasionar situações de conflito entre os grupos.

O trabalho da enfermagem, segundo afirmam Borsoi e Codo (1995), é um conjunto de saberes concentrados nas mãos de cada trabalhador e se direciona para uma visão holística do paciente e seus problemas, sendo fragmentado em determinadas hierarquias de cuidados, classificando os trabalhadores de acordo com as atividades específicas – uma divisão de trabalho inspirada nas linhas de produção industrial.

Os agentes que executam o trabalho da enfermagem, devido a divisão técnica taylorista do trabalho, não são homogêneos quanto a formação escolar e passam a dominar parcelas distintas do processo de trabalho da enfermagem. A escola desempenha um papel preponderante na legitimação do monopólio do saber por aqueles que realizam o trabalho mais intelectual e a desqualificação do trabalho manual, assim, a divisão social do processo de trabalho organiza as diferentes categorias de pessoal que trabalham em enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A divisão do trabalho na enfermagem, segundo Borsoi e Codo (1995), expõe a existência de uma contradição, pois devido a relação constante da enfermagem com o usuário que compartilha a sua dor, intimidade e dependência se propaga que a enfermagem deva oferecer um cuidado que não se limite à técnica e que transmita sensibilidade e afeto. Entretanto, os salários baixos, a possibilidade de morte do usuário e a imposição de ter uma conduta sempre como profissional frente ao usuário, não lhe sendo tolerado expor preferências ou repúdios, são elementos inter-relacionados que impedem a expressão da afetividade, tanto na forma de cordialidade ou de ultraje.

O trabalho em equipe na enfermagem fica no nível discursivo e não é realizado na prática. Quando algum serviço diz que seu trabalho de enfermagem é realizado em equipe, o que se observa no concreto é a modalidade por tarefas, pois os princípios de equipe, quando não levam em conta a totalidade do trabalho e sua democratização

funcional, acabam resultando no trabalho por funções, fragmentado. (ALMEIDA; ROCHA,1989).

O trabalho de enfermagem, para Silva (1986) e Almeida e Rocha (1989), é definido como prática social historicamente estruturada e inclusa na sociedade brasileira, constituída de conexões sociais com todos os demais agentes de trabalho em saúde, conservando uma autonomia relativa de acordo com a sua especificidade. Assim, a enfermagem expande a compreensão de assuntos pertinentes a sua prática e se beneficia de saberes das demais profissões.

Prática social pode ser definida como ação oriunda da atividade humana, como um trabalho humano imbricado em uma dada estrutura social; atividade nascida do relacionamento entre os homens e voltada para o atendimento de certas necessidades deles (SILVA, 1986).

A transformação do objeto de trabalho em saúde e enfermagem, na atualidade, a pode se dar, tanto na perspectiva da promoção como da prevenção e/ou recuperação da saúde. Nesse sentido, saúde não é apenas ausência de doença, mas qualidade de vida e emancipação dos sujeitos – usuários e trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005).

**O trabalho da enfermagem em saúde mental**, foco deste estudo, passou a ser realizado junto à sociedade, no território, no início do século XXI, devido à falência do modelo manicomial por suas violações de direitos humanos; para tanto houve a criação de serviços substitutivos na atenção secundária e a adequação dos serviços já existentes na atenção primária e terciária de saúde para o atendimento dos usuários (BRASIL, 2011).

O trabalho de enfermagem é coletivo, porque suas ações são executadas em conjunto com outros trabalhos realizados por distintos agentes da equipe multiprofissional de saúde e deve ser feito de forma articulada para favorecer a assistência integral de enfermagem e de atenção integral à saúde. Nessa articulação, cada trabalho especializado é meio para realização do trabalho em saúde. Nesse trabalho, o conjunto das atividades realizadas pelos vários profissionais são organizadas e executadas expressando relações desiguais para além de diferentes tecnicamente, visto que o processo de divisão técnica e social do trabalho configura relações de desigualdade entre os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005).

O trabalhador de enfermagem, particularmente, transforma o objeto, utilizando um saber específico, em uma dada estrutura física, bem como outros instrumentos



próprios, ou seja, métodos, materiais, equipamentos, visto que o saber técnico constitui o meio de trabalho. Nesse aspecto, a divisão técnica e social do trabalho em saúde está presente na equipe de enfermagem, que é composta por diferentes categorias de trabalhadores, com distintos níveis de formação – enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Assim, a organização do trabalho de enfermagem ocorre de forma fragmentada (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Nos serviços extra hospitalares, no contexto da RPB, a enfermagem em saúde mental organiza as atividades do processo de trabalho de maneira individualizada aos usuários em sofrimento psíquico, envolvendo atitudes respeitadas e dignas para com o usuário. As ações do enfermeiro são direcionadas às subjetividades e participação do usuário em seu processo de cuidado, qualificando e incentivando o autocuidado, e o envolvimento em grupos comunitários e sociais (VILLELA; SCATENA, 2004).

Considera-se, então, que a enfermagem pode potencializar o seu trabalho se realmente realizar as atividades em equipe, rompendo com a lógica taylorista de divisão da produção que ocorre nos serviços que seguem o modelo biomédico. Assim, o usuário não precisará adaptar a sua necessidade de saúde para a disciplina em que cada profissional tem competência, e poderá abordar com os profissionais as questões que envolvem a realidade de sua vida.

O objeto de estudo desta pesquisa são os meios do processo de trabalho da enfermagem nos variados serviços de saúde mental que interferem na rede. O trabalho da enfermagem em saúde mental possui a particularidade de estar em um contexto de transformação paradigmática, em decorrência da reforma psiquiátrica em andamento.

A enfermagem, atualmente, não se utiliza dos instrumentos manicomial com a finalidade de curar, pretende-se construir uma nova finalidade no processo de trabalho do enfermeiro que proporcione a escuta e a valorização do sujeito em sofrimento mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Segundo Kantorski et al (2008), um trabalho coletivo que prevê práticas multidisciplinares, incluindo a participação da família e do indivíduo, deve ser desempenhado nas intervenções de cuidado que visam reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico.

A atuação do enfermeiro poderá identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional, buscando proporcionar treinamento coerente, determinação, criatividade e responsabilidade para a realização de um cuidado humanizado aos

usuários dos serviços de saúde mental. Entretanto, não é incomum observarmos na prática do enfermeiro de saúde mental, o cuidado direto sendo produzido por auxiliares e técnicos de enfermagem. O resultado é um afastamento dos enfermeiros, causando um enorme hiato na atividade gerencial e também no cuidado direto ao usuário (MACHADO et al, 2006).

Assim, o cenário do cuidado de enfermagem dentro dos serviços de saúde mental, que, segundo o paradigma psicossocial, deve estar ligado aos demais profissionais da equipe e aos demais componentes da rede no território, formando uma abertura de vínculo com o usuário, está em constante conflito com o paradigma biomédico devido a separação do trabalho em corpo e mente ou administração e assistência.

Isso pode ser observado nas pesquisas que abordam o trabalho da enfermeira no CAPS, que deveriam ser o serviço com papel de regulador dos fluxos de cuidado na RAPS.

Rotoli et al (2012) referem a importância da enfermagem conhecer a estratégia de grupo operativo para oferecer, como atividade terapêutica, aos usuários de um CAPSad., enquanto estratégia para motivar e resgatar a autonomia e cidadania dos usuários

Vargas et al (2014) identificou a inserção e as atividades dos profissionais de nível médio da equipe de enfermagem nos CAPSad. Verificou-se que estes profissionais realizam ações que são condizentes com a sua função (administração e orientação quanto a tratamento medicamentoso, realização de curativos e aferição de sinais vitais) e atividades extrafuncionais (auxiliando na cozinha, na dispensação de medicamentos na farmácia, no trabalho administrativo na secretaria e nas atividades da educação física). Os espaços de inserção destes profissionais no CAPSad são o acolhimento, oficinas e grupos educativos. Essa inserção é facilitada pelo aprendizado oferecido pelo enfermeiro e o bom relacionamento com os demais membros da equipe. O que dificulta a inserção é o pequeno espaço físico para a grande demanda de usuários e a falta de capacitação para o manejo terapêutico com os usuários de um CAPSad.

Machineski et al (2009) realizaram uma análise literária da percepção do usuário de diferentes serviços sobre as práticas em saúde em diferentes serviços, procurando por pontos de convergências. Em uma UBS e um CAPS, identificou-se elencar como temas convergentes: a integralidade do cuidado (com as atividades de

acolhimento, estabelecer vínculo e promover a autonomia); a resolutividade dos problemas de saúde no atendimento (procedimentos específicos para o enfrentamento da doença e atendimento continuado na UBS e atendimento ao usuário fora da crise no CAPS) e; a participação dos usuários em movimentos organizativos (no CAPS há a possibilidade de uma participação ativa do usuário nos espaços de atenção à saúde mental de acordo com a articulação com a comunidade promovida pelos trabalhadores; na UBS, os usuários desconhecem espaços onde podem exercer a sua participação).

Rocha (2005) produziu um estudo sobre a inserção do enfermeiro nas equipes interdisciplinares dos CAPS e apontou: os enfermeiros especializados em saúde mental tem mais facilidades para integrar a equipe, pois, ao não se surpreender com a linguagem utilizada pela psiquiatria e psicologia, realizam uma discussão de caso observando os aspectos de vida do usuário para além do diagnóstico; o enfermeiro deve se afastar do papel administrativo que possui no hospital e cuidado deve ser realizado próximo do usuário, negociando com o mesmo as suas predileções para a preparação do plano terapêutico; os enfermeiros participam das trocas interdisciplinares através de reuniões de equipe, discussões de caso, oficinas/grupos.

Bourguignon et al (2010) descreveu o cuidado realizado pelos enfermeiros nos grupos terapêuticos dos CAPSad, observando que estes utilizavam a abordagem cognitivo-comportamental e aos protocolos do Ministério da Saúde para a realização dos grupos. Entre as dificuldades que os enfermeiros enfrentam para a realização dos grupos estão a falta de material de apoio, o espaço físico pequeno/desconfortável e não gostar de realizar grupos.

Almeida Filho, Perez e Moraes (2009) produziram um estudo reflexivo sobre a atuação do enfermeiro na assistência aos usuários do CAPS e, além de uma contextualização histórica da RPB e sua influência no trabalho da enfermagem, apresentaram a importância da construção coletiva (profissionais, usuário e família) de um plano terapêutico, da utilização de tecnologias leves pelos enfermeiros. Aponta também que o papel do enfermeiro nos CAPS ainda está em um processo de construção e agir com criatividade na prática auxiliará nesse processo.

Pereira et al (2013) apontaram os motivos de evasão de usuários de um CAPS realizando uma busca ativa de usuários que abandonaram o tratamento há mais de 30 dias. Além de abordar a busca ativa como uma das atividades do trabalho da

enfermagem, identificou que a principal causa de evasão ao tratamento foi a dependência de substâncias psicoativas.

Kantorski et al (2008) relata que os enfermeiros entrevistados indicaram que suas atividades no CAPS são: acolhimento; atendimento a familiares; grupo de medicação; interação e vínculo com os pacientes; acompanhamento de refeições; participação e coordenação compartilhada de oficinas; coordenação e participação da assembleia; intervenções multidisciplinares; reuniões de equipe; acompanhamento do usuário atividades de lazer; promoção do elo entre a atenção básica e o serviço; coordenação; avaliação de enfermagem; atendimento individual; preparo e supervisão da administração de medicamentos; registro em prontuário; atividades administrativas; supervisão e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Castro (2007) assinala que existem duas categorias de atividades executadas pelos enfermeiros nos CAPS: as assistenciais e as burocrático-administrativa. A categoria de atividades assistenciais consistem em atendimentos individuais (triagem, acolhimento, observação e contato com os pacientes, administração e entrega de medicações, verificação de sinais vitais e dados antropométricos, orientação e supervisão quanto ao uso correto de medicamentos e alimentos, orientações de higiene e sistematização da assistência de enfermagem), atendimentos grupais (atividades em grupos de psicoeducação, de orientação à saúde, de orientação quanto à medicação, de relaxamento e em oficinas de bijuteria, culinária, literatura e gesso), atendimento familiar (consultas à família, grupos para familiares e visitas domiciliares) e atividades comunitárias (passeios em praças, zoológico, piscinas comunitárias, encontro com usuários de outros serviços). Na categoria de atividades burocrático-administrativas estão o controle de medicações, os encaminhamentos, participação em reuniões de equipe e de discussão de caso clínico, orientação e supervisão dos auxiliares de enfermagem, elaboração de laudos, processo de alto custo e escala de enfermagem, solicitação de material, verificação da folha de ponto, ajuda à recepção com o serviço burocrático e busca ativa de pacientes faltosos.

Os estudos citados, mostram que majoritariamente, o trabalho dos enfermeiros tem procurado sua organização em atividades direta de cuidado ao usuário e atividades indiretas, aquelas de planejamento para realização do trabalho e, tendo como meios de trabalho: acolhimento, grupos operativos, atendimento à família, cuidados da vida diária, entre outros. E esse trabalho tem, principalmente, sido realizado para dentro das portas das unidades de saúde mental. Evidenciando, assim,

que para a construção da RAPS, além de fortalecer os serviços já existentes, os profissionais devem planejar e executar o trabalho com meios que forneçam contribuições para os serviços se articularem entre si e para fortalecer a articulação em rede, almejando conseqüentemente o benefício do usuário e fortalecimento do cuidado em liberdade e no território.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta seção será apresentado o tipo de estudo, cenário do estudo, participantes do estudo, coleta das informações, análise das informações e, por último, considerações bioéticas.

### 4.1 Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

A abordagem qualitativa é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultados das interpretações que a humanidade produz com relação a como vive, constrói seus elementos e a si própria, sente e pensa. Permitindo, assim, desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

Um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2002).

Por sua vez, uma pesquisa de caráter descritivo envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. Além disso, cabe destacar que não se procura enumerar ou medir os eventos estudados e nem empregar instrumental estatístico na análise de dados (GODOY, 1995).

O presente estudo buscou analisar a utilização dos meios do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando a informação do fenômeno a partir da ótica dos sujeitos que vivenciam o trabalho da enfermagem em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

## 4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nos serviços de saúde que compõem os pontos de atenção da RAPS de Distritos de Saúde (DS) administrados por uma Gerência Distrital (GD) do município de Porto Alegre.

Nestes DS, a RAPS está constituída com os pontos de atenção descritos no quadro 1 abaixo:

**Quadro 1** – Componentes da RAPS nos DS estudados com respectivo ponto de atenção e número de enfermeiros na equipe, Porto Alegre, 2017.

<b>Componentes</b>	<b>Pontos de Atenção</b>	<b>Enfermeiros</b>
<b>Atenção Básica</b>	Unidades de Saúde (UBS e ESF)	44
	NASF/matriciamento	0
<b>Atenção Psicossocial Especializada</b>	CAPS II	2
	CAPSad II	1
	Equipe de Saúde Mental Adulto	1
	Equipe Especializada em Saúde Criança	0
<b>Atenção Psicossocial de Urgência e Emergência</b>	Unidade de Pronto Atendimento	5

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

O contexto administrativo do município de Porto Alegre favorece o estudo devido às atividades acadêmicas já realizadas pela UFRGS, desde 2009, através dos programas Pro-SAÚDE e PET-SAÚDE, sendo essa cidade o cenário de todos os campos de prática do curso de graduação em enfermagem e a maioria dos campos de pesquisa para trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses da Escola de Enfermagem. Foi nesse município que realizei toda a minha formação como enfermeiro e, até o momento, a formação em saúde mental. Assim, conhecia os caminhos físicos e burocráticos que trilhei para poder construir este estudo, tendo a auxílio de antigos colegas de formação que, atualmente, compõem setores administrativos e assistenciais da secretaria de saúde.

Foram cerca de 2 meses de negociações com a administração do município para conseguir acessar os serviços. A primeira mesa de negociação se deu na GD, logo após a qualificação do projeto, com a presença da responsável técnica em

enfermagem e a assistente técnica em saúde mental. Após, iniciei as negociações com a chefe de enfermagem da UPA. Por meio de negociações e esclarecimento da proposta de pesquisa, recebi a permissão para solicitar as autorizações do Coordenador Geral da Atenção Primária e Especializada Ambulatorial e do Coordenador da Rede de Urgências e Emergências. Então, se deu a avaliação da documentação pelas respectivas coordenações para, finalmente, poder inscrever o projeto para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA).

### **4.3 Participantes do Estudo**

Participaram do estudo enfermeiros alocados nos serviços de saúde da RAPS de DS administrados por uma GD do Município de Porto Alegre.

Os convites foram realizados a: 9 enfermeiros de Unidades de Saúde da Atenção Básica, sendo um de cada bairro. O bairro condizente a cada unidade de saúde foi definido através da consulta do código de endereçamento postal do endereço do serviço de saúde na página eletrônica da empresa dos Correios.

Para definição dos enfermeiros da atenção básica, que seriam convidados em bairros possuidores de mais de uma unidade de saúde, foi realizado através de sorteio, pelo pesquisador, utilizando fórmula em planilha do aplicativo *Excel* 2016 do *Microsoft Office Professional Plus*.

Dos 9 enfermeiros da atenção básica selecionados no sorteio, 8 foram convidados e aceitaram participar do estudo. Um dos enfermeiros não obtive acesso pessoal para lhe realizar o convite, pois visitei a unidade por 4 vezes, em diferentes dias da semana, durante o período de um mês e nunca consegui passar da recepção. Na primeira tentativa recebi a informação que estava de férias e, nas demais, que tinha retornado de férias e estava de folga nos respectivos dias. Deste modo, entrou no critério de exclusão. Como não havia outro enfermeiro da atenção primária no respectivo bairro, não havia outra opção para não diminuir o número de participantes.

Também foram convidados e aceitaram participar 1 enfermeiro do CAPS II; 1 enfermeiro do CAPSad; 1 enfermeiro da Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA) e 1 enfermeiro da UPA. No CAPS II, optou-se pelo enfermeiro coordenador da equipe. Na UPA, aos enfermeiros que realizavam atendimento aos usuários de saúde mental e,



por uma decisão da equipe, indicou-se o enfermeiro que ainda não havia realizado intervalo naquele turno.

Deste modo, o número total de participantes foi 12 enfermeiros, sendo 8 da atenção básica, 3 da atenção psicossocial especializada e 1 da atenção de urgência e emergência. Na atenção de urgência e emergência, por uma especificidade desses serviços, cada categoria profissional possui um coordenador específico; na atenção primária, 7 serviços de saúde dos 8 entrevistados eram coordenados por enfermeiros; e, na atenção psicossocial especializada, 1 dos 3 pontos de atenção era coordenado por enfermeiro. Como demonstra o quadro 2, somente um dos enfermeiros entrevistados não possuía uma formação especializada para a realização do trabalho.

**Quadro 2** – Caracterização dos enfermeiros entrevistados conforme especialização, tempo de formação e tempo de trabalho no serviço, Porto Alegre, 2017.

<b>Entrevistado</b>	<b>Especialização</b>	<b>Tempo de Formação</b>	<b>Tempo no serviço</b>
<b>E1</b>	Emergência	10 anos	06 anos
<b>E2</b>	Saúde Mental	10 anos	05 anos
<b>E3</b>	Não	28 anos	05 anos
<b>E4</b>	Saúde Pública e Emergência	09 Anos	02 anos
<b>E5</b>	Auditoria e Mestrado em Educação	13 anos	02 anos
<b>E6</b>	Saúde Pública	12 anos	04 anos
<b>E7</b>	Saúde da Família	07 anos	01 ano
<b>E8</b>	Saúde Pública	07 anos	02 anos
<b>E9</b>	Saúde Pública e Saúde Mental	34 anos	05 anos
<b>E10</b>	Saúde Pública, Terapia de Casal, Álcool e Drogas	28 anos	07 anos
<b>E11</b>	Saúde Pública	05 anos	02 anos
<b>E12</b>	Saúde Coletiva	07 anos	03 anos

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

O critério de inclusão foi trabalhar há, no mínimo, 3 meses no serviço e o de exclusão, estar afastado das atividades laborais por férias ou licença.

#### **4.4 Coleta das Informações**

As informações foram coletadas na forma de entrevista semiestruturada (Apêndice A), que, segundo Minayo (2014), combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada, obedecendo a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, facilita a abordagem e assegura, sobretudo, aos investigadores menos experientes, que seus pressupostos serão abordados na conversa. Para Polit e Hungler (1995), a entrevista semiestruturada oferece flexibilidade e tende a ter uma natureza de conversação, sendo usada quando o pesquisador tem um conjunto de perguntas bem abrangentes que precisam ser feitas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todas as indagações.

As entrevistas foram realizadas individualmente e pessoalmente pelo pesquisador aos enfermeiros dos referidos serviços. Foram agendados horários de acordo com a preferência e as necessidades do enfermeiro, sendo que todos preferiram o horário e local de trabalho. As entrevistas foram gravadas e conduzidas pelo próprio pesquisador nas salas de preferência do entrevistado, em seu próprio local de trabalho, com duração média de 25 minutos.

#### **4.5 Análise das Informações**

Neste estudo exploratório-descritivo, utilizou-se a análise de conteúdo (MINAYO, 2014) das entrevistas à luz do referencial do processo de trabalho.

Para interpretação dos dados das entrevistas, a análise de conteúdo permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre as informações de um determinado contexto por meio de procedimentos especializados e científicos que ressaltam o processo de inferência. A forma escolhida de fazer análise de conteúdo de entrevistas foi realizando uma análise temática, cujo intuito, segundo Minayo (2014) consiste em descobrir os núcleos de compreensão, ou seja, os temas que compõem as falas dos entrevistados – tema pode ser representado através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo.

A análise temática, segundo Minayo (2014) se divide em três etapas: a pré-análise, momento de intenso de contato direto com o material de campo ao realizar a

leitura integral do conjunto das comunicações para a determinação das unidades de registro (palavras-chave ou frase), unidades de contexto (cenário de compreensão da unidade de registro) e a forma de categorização; a exploração do material, que consiste em alcançar o núcleo de compreensão do texto através de uma operação classificatória, identificando categorias, fazendo uma análise temática, reduzindo a totalidade do texto para o agrupamento das seleções de unidades de registro e unidades de contexto; o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, que é a fase onde incide a interpretação e discussão das informações encontradas nas entrevistas e se busca embasamento na literatura para que se possam compreender os resultados

Utilizei o *software* Nvivo 11 para organizar as informações das entrevistas transcritas e, assim, as 2 primeiras etapas da análise temática foram realizadas através desse aplicativo no Microsoft Windows 10.

A pré-análise ocorreu com a leitura e conferência da transcrição dos áudios das entrevistas em textos e cada transcrição foi catalogada no *software* como uma “fonte”, logo, nessas 12 “fontes” selecionei as unidades de registro que são nomeadas no *software* como “códigos” e as unidades de contexto que são denominadas “referência”.

Na segunda etapa, exploração do material, a categorização se deu buscando agregar cada “referência” em núcleos de compreensão e, assim, formando as categorias temáticas que são denominadas no *software* como “nós”.

Na terceira etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, exportei a categorização das informações, produzidas através do Nvivo 11, para uma planilha do *Microsoft Excel*, possibilitando a formatação de uma tabela com as unidades de contexto transcritas e, após interpretação dessas informações à luz do referencial teórico do processo de trabalho em saúde, busquei e acessei estudos de outros pesquisadores que abordaram os mesmos núcleos de compreensão apresentados no quadro abaixo (Quadro 3) para embasar cientificamente as explicações deste presente estudo.

**Quadro 3** – Categorias Temáticas com seus respectivos núcleos de compreensão e o número de entrevistas de onde emergiram as unidades de contexto

<b>Categorias Temáticas</b>	<b>Núcleos de Compreensão</b>	<b>Entrevistas</b>	<b>Unidade de Contexto</b>
<b>Ambiente de trabalho</b>	<b>Violência urbana</b>	6	8
	<b>Pobreza</b>	5	5
	<b>Sucateamento da estrutura</b>	3	3
	<b>Trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde</b>	4	5
<b>Meios de trabalho do cuidado</b>	<b>Acolhimento</b>	11	16
	<b>Consulta de enfermagem</b>	10	17
	<b>Grupos Terapêuticos</b>	9	13
<b>Meios de trabalho em rede</b>	<b>Coordenação de equipe</b>	5	7
	<b>Reuniões com os componentes do território</b>	5	9
	<b>Ligações telefônicas</b>	8	11
	<b>Encaminhamento do usuário</b>	11	15
	<b>Interconsulta</b>	10	23
<b>Obstáculos para utilização dos meios de trabalho</b>	<b>Barreiras na mobilidade urbana</b>	4	8
	<b>Desmotivação</b>	3	5
	<b>Fila de espera</b>	5	7
	<b>Sobrecarga de trabalho</b>	6	8

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

É importante ressaltar que as etapas não foram seguidas em um caminho unidirecional, pois, por vezes, foi necessário retornar as etapas anteriores para acrescentar ou reclassificar informações das entrevistas nas categorias temáticas. Também vale observar que a forma como utilizei o aplicativo Nvivo 11 não é a única forma de utilização do mesmo, pois se pode utilizá-lo para diversos tipos de informações e de análise na pesquisa qualitativa. Assim, a forma como o utilizei foi uma adaptação adequada para este pesquisador e este tipo de estudo.

## 4.6 Considerações Bioéticas

A pesquisa envolveu a realização de entrevistas. Sendo assim, o estudo é classificado como risco mínimo segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993). Sobre a privacidade, não há risco de identificação dos participantes uma vez que são apresentadas várias perspectivas, pontos de vista que buscam a explicação e análise orientada para o caso, resultando numa nova e abrangente compreensão sobre o fenômeno (MINAYO, 2014). Os nomes dos serviços de saúde e das pessoas que aparecem nas entrevistas foram alterados para a letra “X”, “Y” ou “Z”. Os enfermeiros entrevistados foram identificados com os códigos E1, E2, assim por diante até o E12, pois foram 12 entrevistados.

Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (APÊNDICE B), em que são citados os objetivos do estudo, ficando o convidado livre em recusar-se a participar. Ficou garantido que o convidado não sofreria críticas, nem poderia ser prejudicado ou diretamente beneficiado em seu vínculo empregatício pela sua recusa ou participação no estudo. Foi exposto ao convidado que a participação não implica no pagamento e nem no recebimento de qualquer quantia financeira, porém colaboraria com os resultados do estudo que serviriam de subsídio para o aprimoramento dos meios de trabalho do enfermeiro em consonância com a RPB.

Esse termo foi impresso em duas vias, sendo lido e assinado pelo participante e pelo pesquisador antes da coleta de informações. Uma das cópias ficou de posse do participante e a outra está com o pesquisador, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após a transcrição dos dados, as gravações foram excluídas e os registros transcritos serão guardadas por um período de cinco anos, em local sigiloso sob responsabilidade do pesquisador e, após esse tempo, serão destruídas.

Esta dissertação de Mestrado em Enfermagem; qualificado em 29 de maio de 2017, aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS em 27 de junho de 2017, submetido a negociação com a GD e com os coordenadores da atenção primária, serviços ambulatoriais (ANEXO A) e rede de urgência e emergência (ANEXO B) da Secretaria Municipal de Saúde; foi submetido ao CEP da UFRGS (ANEXO C) e ao CEP da SMSPA via Plataforma Brasil, sendo aprovado dia 3 de outubro de 2017 sob CAAE 72361717.0.3001.5338 no CEP/SMSPA (Anexo D). A primeira entrevista ocorreu dia 17 de outubro e a décima segunda no dia 3 de

dezembro de 2017, sendo que esse prazo para a coleta de dados se estendeu mais do que o esperado devido as negociações nas agendas dos enfermeiros e pela paralisação laboral dos servidores municipais determinada por uma greve com duração de 45 dias.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise temática das entrevistas resultou em 4 (quatro) categorias temáticas, os quais serão apresentados a seguir.

### 5.1 O ambiente de trabalho

Esta categoria temática aborda a relação dos enfermeiros – trabalhadores – com o território – ambiente de trabalho – onde se utilizam dos meios de trabalho para a efetivação do processo de trabalho em rede nos DS estudados.

O conceito de território não é apenas a denominação de uma área geográfica, mas abrange as pessoas, as instituições, as redes e os cenários nos quais se dão a vida comunitária (GAZIGNATO, SILVA, 2014).

Devido aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o processo de trabalho em rede dos enfermeiros está intrinsecamente relacionado com todos esses componentes do território para a realização de um cuidado em liberdade ao usuário de saúde mental. Logo, entende-se que o território é o ambiente de trabalho do enfermeiro da RAPS, pois proporciona o conjunto das condições e características onde o trabalho será realizado.

É nesse ambiente de trabalho que o enfermeiro fará adequações em seu processo de trabalho, utilizando-se meios de trabalho que estejam compatíveis com o contexto social apresentado naquele espaço e momento.

Uma das características presentes no território, citada pelos enfermeiros entrevistados, que interfere na escolha dos meios de trabalho a serem utilizados, é: **a violência urbana.**

A gente está numa área bem perigosa. É ruim pegar o carro e ir para dentro da vila ou de algum lugar que não me conhecem. [E2]

Às vezes os usuários não vêm em função da violência. Porque, às vezes, a região onde mora está fechada, teve tiroteio. É uma coisa que existe há bastante tempo. Tem que ter cuidado para não ficar uma naturalização dessa violência, ou uma banalização. [E3]

Não tem como tu estar inserido dentro disso sem sofrer violência, imagina, se acordar no meio da noite ouvindo tiro, é uma violência. Ter medo de atravessar a rua para ir na casa da sua avó, é uma violência. Então, eles são vítimas diárias da violência, com certeza. [E7]

Nos relatos acima, a interferência da violência urbana se dá nos deslocamentos dos profissionais no território, para realizar ações nos demais componentes da rede, e nos deslocamentos dos usuários, para o acesso desse sujeito aos serviços de saúde da comunidade, gerando sentimentos de medo de sofrer alguma agressão e a insegurança para ir e vir no espaço do território.

O princípio fundamental das equipes de saúde no território é ter a comunidade como um componente ativo no processo saúde-doença, por meio de ações individuais ou coletivas, em seu meio físico e social. Contudo, esse objetivo não é alcançado quando o desafio se torna o de enfrentar a violência no território, uma condição social problemática que os profissionais de saúde percebem como uma interferência para desenvolverem suas ações (POLARO et al, 2013).

O enfermeiro deveria ter uma sensação de segurança para se deslocar tranquilamente pelo território para, por exemplo, realizar visitas domiciliares, receber apoio matricial em consulta conjunta, desenvolver grupos em espaços comunitários do território e promover outras atividades na comunidade.

E essa violência não interfere somente na utilização de meios de trabalhos extramuros da unidade, como nos relatos anteriores, mas também interfere negativamente nos meios produzidos dentro da unidade.

Tem uma, duas ou três vezes por semana é viatura da Brigada (Militar), SAMU passando. Aí o relato dos usuários é: filhos envolvidos no tráfico e mortes pelo tráfico. Tinha uma usuária que o filho dela foi morto no tráfico, não só morto, ele foi esquartejado. A família ficou uma semana buscando corpo e foi achando pedaços do corpo. [E3]

Apareceram só duas pessoas para fazer curativo na unidade durante aquela manhã: uma que tinha tomado uma bala perdida e uma moça gestante que tinha se machucado fugindo do tiroteio, ela acabou entrando em um pátio e foi mordida por um cachorro. [E12]

A violência urbana presente no cotidiano de trabalho desses profissionais acaba, por vezes, dificultando a realização de atividades de promoção de saúde, pois as ações são reorganizadas de forma súbita para se adequar as demandas dos usuários que sofreram com a violência presente no território.

E, em outras situações relatadas pelos entrevistados, a violência no ambiente de trabalho, por vezes, é originada de uma interação conflituosa entre enfermeiro e usuário devido a um impedimento no acesso ao serviço de saúde durante o



acolhimento e/ou o não oferecimento pelo profissional de saúde do cuidado esperado pelo usuário.

Muitas vezes, o usuário vai nos procurar já no estado descompensado, agressivo, sem medicação. A equipe já passou por alguns traumas, mas com a organização dos atendimentos nunca mais aconteceu. Uma coisa que eu tenho conversado com a equipe: não criar empecilhos, não dificultar o acesso do paciente de saúde mental. A gente já teve caso de violência por causa de pacientes descompensados. [E5]

Se falta medicação é a gente que escuta. Se falta alguma coisa na unidade, brigam. Os usuários acham que a culpa é nossa de tudo, se falta insumo, se falta tudo. Então, esse tipo de violência verbal sempre ocorre, é bastante frequente. [E11]

Os conflitos entre enfermeiros e usuários relatados, tem origem em uma deficiência no trabalho de acolhimento dos usuários e na falta de artefatos para a realização do cuidado, causando uma frustração no usuário que planejava ter as suas demandas sendo melhor atendidas. O usuário, frustrado, acaba por culpar os enfermeiros que estão na linha de frente do cuidado. A dificuldade para os enfermeiros aumenta com os usuários que transformam frustração em agressão, reproduzindo as situações de violência que o mesmo convive no território.

As localidades desvalorizadas se caracterizam pelo rompimento do contrato social por causa da ausência de instituições públicas estatais e, assim, a ilegalidade, a carência de segurança pública, a falta de instituições de controle público e a informalidade apresentam uma localização extraordinária para o estabelecimento do território do crime. Se tornando os territórios da violência, incontínuos, mas articulados pelo crime organizado, pois essas organizações se acomodam nesses locais e os transformam em seus territórios, articulando as atividades criminosas no espaço urbano. Por isso, a violência costuma estar relacionada à pobreza (FERREIRA, 2005).

A relação entre a violência e a pobreza são condições sociais também observadas pelos enfermeiros dos DS estudados.

É a nossa área mais vulnerável, são casos de crianças com traumas após verem homicídios, acordarem no meio da madrugada com tiroteio, sabe? Várias coisas assim desse tipo. [E7]

Tem muitos casos de crianças abusadas no território, e essas crianças, elas acabam desenvolvendo problemas de pânico ou de medo e de comportamentos inadequados (...). Aí as mães vêm com demanda para

psicólogo, para psiquiatra, só que a demanda para crianças deixa muito a desejar. [E8]

A gente atende uma população bem carente. Então, tem várias questões de violência. Às vezes, abuso sexual. Enfim, a gente tem que dar conta disso. [E11]

A violência urbana é decorrente do cenário político, cultural e socioeconômico com o qual a nossa sociedade se depara; principalmente para a juventude, enquanto crianças e adolescentes que carecem de políticas públicas para garantir o acesso a direitos básicos; pois para as famílias inseridas em territórios pobres com oferta mínima e inadequada de políticas sociais, e assim sem apoio para superar as barreiras existentes produtoras da sua exclusão social, entrar em conflito com a lei é uma maneira de existir socialmente, transformando-se em um elemento com identidade social. (SOUZA; COSTA, 2013)

A **condição social de pobreza** nos DS estudados, também tem influência para a escolha dos meios de trabalho que serão utilizados pelos enfermeiros, pois apesar do princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) estar garantido na Constituição Federal (BRASIL, 1988), a universalidade que tem sido imposta, segundo Costa Sousa (2014), se assemelha com seu oposto: a focalização. Ou seja, os recursos financeiros e estruturais são seletivos, se tornando uma política de compensação e de acesso limitado, direcionado às classes sociais mais pobres da população.

Assim, há uma segmentação da população em pobres que recorrem somente ao serviço público do SUS e os que possuem planos de saúde ou pagam os serviços privados diretamente, existindo um subsídio governamental aos clientes de planos de saúde através da renúncia fiscal do imposto de renda. Segundo Ocke-Reis (2015), esses subsídios não aliviam os serviços de atendimento do SUS completamente, pois os clientes de planos de saúde usufruem dos serviços públicos de vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica. Desse modo, os recursos públicos do SUS acabam sendo destinados ao pagamento dos custos das empresas privadas que administram os planos e seguros de saúde.

Os trabalhadores dos serviços públicos de saúde do SUS, dessa maneira, seguem a política de saúde compensatória implementada pelo Estado, limitando os

profissionais de saúde a desenvolverem ações com foco nos usuários inseridos em territórios pobres.

Como podemos ver pelos relatos a seguir, as demandas dos usuários estão diretamente relacionadas com a condição social vulnerável na qual estão inseridos.

A maioria dos pacientes são bem vulneráveis mesmo. A maioria é dependente químico e que já está em um estado bem deplorável. Então, é complicado. Até roupa a gente tem que correr atrás para conseguir [E1]

É uma zona completamente vulnerável. A gente tem pacientes, usuários, que o problema é puramente social, e a gente tem que ter muito cuidado para não medicar isso. Então, às vezes, nos postos de saúde, as pessoas não sabem muito bem o que fazer. [E2]

A pobreza, que leva a efervescência do aparecimento da violência, é identificada também como um fator de vulnerabilidade no território. Segundo Oviedo e Czeresnia (2015), a vulnerabilidade é um conceito que desfruta de reconhecimento no campo da saúde pública e foi proposto com intuito a uma compreensão maior dos complexos processos de saúde-doença, auxiliando em intervenções sociais com maior efetividade e integração em contrapartida ao indiscutido predomínio hegemônico obtido pelo conceito de risco, procedente do paradigma epidemiológico

Ao ter se implementado como uma política compensatória em resposta a vulnerabilidade presente nos territórios, ou seja, um SUS pobre para pobres, existe uma percepção, de parte dos enfermeiros entrevistados, de um processo de **sucateamento da infraestrutura** dos serviços públicos de saúde disponibilizados pela gestão.

A ideia de oferta de SUS pobre para os pobres produz um sentimento de descontentamento, pois como apontado nos relatos não se considera a necessidade de privacidade e acessibilidade na estrutura física para realização do cuidado em saúde.

É um local que tem três mesas. Três pacientes estão sendo atendidos ao mesmo tempo. A pessoa geralmente não consegue expor muita coisa. Porque pela privacidade não tem como tu entrar muito a fundo no assunto tendo um outro paciente do lado, não tem privacidade nenhuma. [E1]

Não tenho um corrimão em todas as escadas, não tenho um antiderrapante na escada, é muito descaso, muito triste a situação. [E2]

Tem um consultório de enfermagem para quatro enfermeiros. Nossos consultórios aqui a parede é até a altura da cabeça, então, tu escutas a consulta do teu colega o tempo todo. Privacidade para o paciente é zero, não existe privacidade. [E7]

Os relatos desses profissionais evidenciam que esses ambientes de trabalho, no qual estão inseridos, os fazem ter de readaptar o cuidado que haviam planejado realizar com o usuário, acabando por limitar a potencialidade do trabalho, resultando em um produto que não tem o valor que almejava conquistar.

Na atenção primária, o **trabalho realizado pelo Agente Comunitário de Saúde** (ACS) aparece como fundamental para apoiar o processo de trabalho dos enfermeiros, pois é visto como um elo de ligação do enfermeiro com os sujeitos do território e para as articulações necessárias na RAPS.

O ACS é um profissional que tem atribuição de trabalhar com adscrição de famílias, cadastro de pessoas e manutenção da atualização dos cadastros da micro área; orientar as famílias sobre os serviços de saúde da micro área; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; estando em contato permanente com as famílias (BRASIL, 2011b)

As ações desenvolvidas por esses profissionais são realizadas através do planejamento, coordenação e avaliação dos enfermeiros das unidades de saúde da família e, desse modo, o trabalho realizado por esses profissionais acabam por se tornar um elemento fundamental para o processo de trabalho dos enfermeiros na RAPS.

Eu acho que a gente (da atenção psicossocial especializada) tem que ir lá (na atenção básica), tem que chamar o agente comunitário de saúde, tem alguns (serviços de saúde) que tem agentes bárbaros, que sabe um monte dos usuários. [E3]

As informações que os ACS possuem do território são muito significativas para a efetivação do trabalho em rede realizado pelos enfermeiros nos serviços de saúde. O conhecimento desses profissionais difere dos enfermeiros devido ao fato de que, segundo Pinheiro e Guanaes-Lorenzi (2014), vai além da ciência médica tradicional e confere uma importância relevante à percepção dos sentidos durante os momentos de interação com os sujeitos.

Assim, esses conhecimentos se fazem importantes ao se diferenciarem e complementarem às discussões de caso durante o matriciamento, pois dão ênfase as relações dos sujeitos com os familiares, com a comunidade, com os demais serviços do território.

Eu acho que pro matriciamento é fundamental o agente comunitário sair de lá e poder discutir um caso, se sente muito valorizado e às vezes o agente comunitário tem toda a informação que o clínico e o enfermeiro não tem do caso.(...) tem várias unidades que trazem sempre um agente, tipo ontem, veio aqui um agente (...) eles vêm e trazem os casos, às vezes, com mais dados porque eles vivenciam aquilo e então é bem importante papel o deles. [E2]

Em outros momentos, o enfermeiro, em seu planejamento, determina que o ACS use a sua proximidade com o cotidiano do território para coletar informações diretamente com os sujeitos e, assim, obtenha informações que, por uma fraqueza de comunicação/articulação na rede, não são repassadas entre os serviços de saúde.

Essa (usuária) foi internada recentemente. Então, o que aconteceu, a agente comunitária estava ligando para a família e verificando se ela já estava bem, se tinha alguém acompanhando ela. Essa rede funciona bem com os nossos agentes. Eles ajudam muito nisso. Não sei se não fosse eles. Eles fazem a visita também para avaliar como é que está e sempre estão procurando informações, isso eles dão conta até demais. [E8]

O cuidado oferecido pelos serviços de saúde ao usuário é aperfeiçoado pela confiança que o usuário possui no ACS e pelo comprometimento desse trabalhador em constituir uma forte relação com o território e, do mesmo modo, por um proveitoso vínculo do ACS com os demais profissionais da equipe de saúde. Assim sendo, o ACS, por meio da sua rede de relações e interações, possibilita um enriquecimento do atendimento oferecido, produzindo um benefício nas ações de saúde. (LANZONI et al, 2014)

Dependendo do planejamento e da organização do trabalho proposto pelo enfermeiro como coordenador do serviço de saúde, o ACS acaba assumindo inclusive a responsabilidade por atendimentos em grupo.

Quem toca mais o grupo mesmo são dois agentes comunitários (...). Então, eles fazem esse grupo, um grupo de convivência... eles fazem muitas trocas de experiência. [E7]

O enfermeiro, ao incumbir a responsabilidade da organização do encontro do atendimento em grupo aos ACS, segundo Saffer (2017), possibilita a formulação de um cuidado realizado de uma outra forma, pois se pode valorizar e redirecionar – respaldado pelo serviço de saúde – os conhecimentos empíricos presentes no território, relacionando com os costumes presentes nas relações entre as famílias, amigos e vizinhos.

Há de se ressaltar a importância das percepções dos enfermeiros sobre o ambiente de trabalho, apesar deste estudo não se tratar de uma avaliação dos serviços, pois é um elemento que surge espontaneamente durante o relato sobre os meios de trabalho utilizados para a articulação em rede, logo, isso tem uma interferência direta na produção do trabalho desses profissionais.

## 5.2 Meios de trabalho do cuidado

Esta categoria empírica aborda os meios de trabalho utilizados pelos enfermeiros para a realização do cuidado aos usuários: acolhimento, consulta de enfermagem e grupos terapêuticos. Esses usuários, com as suas demandas, acessam a unidade por conta própria ou são encaminhados de alguma outra unidade da rede.

O acesso dos usuários, a todos os componentes da RAPS entrevistados, ocorre através da utilização do **acolhimento**, meio de trabalho que, segundo Tesser (2010), baseia-se no direito constitucional dos sujeitos terem acesso aos serviços de saúde, voltado para o melhoramento das conexões entre os serviços de saúde e os usuários, através da organização dos profissionais para ocorrer uma escuta, um processamento da demanda e a busca de resolução, se possível, para quem que buscou o serviço

A gente funciona com acolhimento. Acredito que já todas as unidades sejam assim, não tem mais aquele esquema de fichas que tinha anteriormente. [E4]

No entanto, cada ponto de atenção possui uma forma diferente de utilizar esse meio de trabalho. Na Atenção Psicossocial Especializada foram entrevistados enfermeiros do CAPSad, CAPS II e ESMA, apenas um dos pontos de atenção utilizava

o acolhimento como meio de trabalho para atenção da demanda espontânea, através de uma organização da equipe de saúde.

O acolhimento aqui é aberto, ele não é matriciado. Então, o paciente vem da emergência, ou ele vem de uma internação, ou ele vem espontaneamente ou ele vem de uma unidade básica. [E10]

O serviço de saúde mental que mantém as portas abertas está de acordo com a proposta inicial pela qual o acolhimento foi desenvolvido: facilitação do acesso, diminuição das filas, compreender as demandas dos usuários através da perspectiva da integralidade; melhorando os vínculos com os usuários e a comunidade do território com o serviço de saúde. Segundo Romanini et al (2017), se o acolhimento for bem utilizado pelos profissionais, esse meio de trabalho se torna também um instrumento de garantia e ampliação do acesso, assim como organiza ou reorganiza os processos de trabalho. Desse modo, esse instrumento também garante e amplia o acesso do usuário a RAPS, ratificando os princípios da universalidade e da equidade do SUS.

Entretanto, existem limitações no contexto do território, distrital e municipal, que exigem dos profissionais da Atenção Psicossocial Especializada uma adaptação desse meio de trabalho. Conforme esclarecem os relatos, o acolhimento dos usuários é realizado através de agendamento ou com a delimitação de um dia específico da semana, após os casos serem discutidos no matriciamento ou em até 30 dias após terem alta da UPA ou internação psiquiátrica.

Infelizmente Porto Alegre só tem quatro CAPS II, então a gente não consegue funcionar de porta aberta. É marcado na sexta-feira de manhã, depende de quantas pessoas tem para fazer esse acolhimento é o número de vagas que vai ter. [E2]

Não é porta aberta. As pessoas que ingressam aqui ou foram casos que foram discutidos no matriciamento conosco ou equipes especializadas que podem encaminhar direto [...]. Eu faço os acolhimentos, dos usuários que vão ingressar. [E3]

Considerando que esses serviços têm responsabilidade legal pelo cuidado de sujeitos com transtornos mentais graves e essas ocorrências são recorrentes e, inclusive, esperadas, Zeferino et al (2016) aborda o fato de que os profissionais dos pontos de atenção especializados da RAPS possuem dificuldade em identificar a sua atribuição no papel de acolhimento e manejo das situações de crise.

Por esses motivos, o atendimento à crise em saúde mental dos usuários cabe exclusivamente ao serviço da Atenção de Urgência e Emergência de referência dos DS estudados. O acolhimento do usuário nesse ponto de atenção ocorre por demanda espontânea e, pela sua especificidade, esse meio de trabalho é utilizado conforme as diretrizes do Sistema de Triagem de Manchester.

A gente (enfermeiro) recebe o paciente e faz a classificação conforme o protocolo de Manchester, que é a classificação de risco do paciente. A gente depende das cores para preferência de atendimento. A gente faz a classificação de todos os pacientes. [E1]

Esse sistema de classificação divide e prioriza os usuários nos seguintes grupos: emergentes (vermelho), muito urgentes (laranja), urgentes (amarelo), pouco urgentes (verde) e não urgentes (azul). Os usuários identificados como emergentes têm a necessidade de atendimento imediato, enquanto muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente, significa ter a necessidade de atendimento em 10, 60, 120 e em 240 minutos, respectivamente. Os usuários que não são incluídos em nenhum desses cinco níveis e, por isso, não devem ser atendidos em serviços de urgência e emergência, são codificados como brancos e são encaminhados às unidades de saúde da família (SANTOS et al, 2016).

Desse modo, os usuários da saúde mental, com demanda espontânea, nos DS estudado, somente acessam a RAPS através das portas de entrada dos componentes da Atenção de Urgência e Emergência e da Atenção Básica.

Na atenção básica, o acolhimento não acontece por agendamento, mas sim através de uma combinação de divisão da equipe por turnos ou pela divisão do atendimento em acolhimento pela manhã e atendimentos agendados à tarde.

Uma coisa que eu tenho conversado com a equipe é de não criar empecilhos, não dificultar o acesso do paciente de saúde mental. Ele não está nas faculdades mentais razoáveis, então, a gente precisa ter um olhar diferenciado para esse usuário. Então, faz o acolhimento, recebe, tenta conversar. [E5]

Como tem dois enfermeiros, um fica de apoio ao acolhimento, o que vem acontecendo, e o outro para fazer agenda. [E6]

Não tem uma agenda fixa de saúde mental, é livre demanda. Dependendo, nos acolhimentos é que a gente identifica muito. [E8]

A gente faz o acolhimento inicialmente dos pacientes, alguns casos tu avalia mais individual. [E9]



No acolhimento, o usuário se aproxima do trabalhador da saúde e da equipe com a qual esse sujeito constituiu o vínculo. Coletivamente, quando os profissionais de saúde têm uma atitude acolhedora, é construída uma forte conexão com o território, vinculando-se ao serviço de saúde. Assim, esse é um meio de trabalho com capacidade de exercer um fortalecimento do vínculo do serviço com os usuários pela identificação direta dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária (GUERREIRO, 2013).

No entanto, o acolhimento não é uma garantia sólida de que o enfermeiro e usuário não ficarão frustrados com o produto do trabalho, principalmente quando o acolhimento acontece somente em um horário determinado.

O paciente, ainda mais com paciente psiquiátrico, tem um limite muito pequeno de ouvir “não” e, infelizmente, eles chegam aqui 10-11 da manhã, onde todas as vagas de acolhimento já foram preenchidas por crianças com febre e outros casos mais graves de saúde. [E7]

Eu sempre vejo os acolhimentos de manhã, todo mundo que vem eu olho. Então, normalmente de manhã eu atendo livre demanda. [E11]

Fertig et al (2013) sugere que as equipes não restrinjam a possibilidade de acesso dos usuários do território pela limitação imposta no horário do acolhimento. As equipes devem entender que o serviço deve contemplar o atendimento de todos os usuários, com agravos na saúde, que buscam a unidade, seja no turno da manhã ou da tarde. O acolhimento deve ser estabelecido sem originar sobrecarga na equipe devido ao crescimento da demanda e que seja a porta principal de entrada do usuário na rede de saúde. Esse meio de escuta qualificada permite a avaliação das demandas diferentes e o direcionamento dos usuários aos demais meios de trabalho utilizados pelos profissionais da rede.

Ao usuário de saúde mental que conseguem transpor as barreiras existentes no acolhimento, e recebem o enfermeiro como responsável técnico para o seu plano terapêutico, lhe é oferecida duas modalidades de atendimento (meios de trabalho) na unidade de saúde: a **consulta de enfermagem** e o grupo terapêutico.

Eu tenho um número x de pacientes que eu atendo, que eu faço atendimento individual, de escuta. [E2]

Hoje o nosso atendimento basicamente é ambulatorial. Não temos um grupo de convivência em saúde mental. Não temos atividades em grupos, enfim. [E5]

Se aparecer uma questão de saúde mental no acolhimento, ele é agendado para uma consulta de enfermagem em saúde mental. O médico ou o técnico agendam para nós, na nossa agenda de saúde mental, conforme a área do enfermeiro. [E7]

Faço consulta de enfermagem, e eu fiquei mais voltada para a agenda de saúde mental até por causa da minha especialização. [E9]

Eu tenho agenda individual de acompanhamento de paciente, acompanhamento terapêutico. [E10]

Temos as consultas e as pessoas fazem todo o acompanhamento aqui (...). No momento, não estamos fazendo grupo de convivência. Porque a gente ficou meio desestruturado, sem médico por três meses. [E12]

A consulta de enfermagem é um meio de trabalho legalmente estabelecido, de competência exclusiva do enfermeiro, atribuindo ao profissional a assimilação de uma prática que concede subjetividade e notoriedade ao seu processo de trabalho, possibilitando ao enfermeiro uma forma de cuidar direcionada as consolidações das práticas da enfermagem com qualidade e excelência (BRUSAMARELLO, 2013).

As opções prioritárias de intervenção, escolhidas pelos enfermeiros, nem sempre se equiparam com as priorizadas pelos usuários, logo, esses profissionais devem utilizar a consulta de enfermagem com um facilitador da prática na perspectiva da integralidade, valendo-se da escuta como uma tecnologia para um cuidado baseado nas necessidades de saúde dos usuários (MACHADO et al, 2013).

O enfermeiro, então, se conseguir não submergir em uma consulta de enfermagem com uma abordagem meramente biomédica, poderá ter, nesse meio de trabalho, um alto potencial para a resolução das demandas dos usuários, não se restringindo somente a queixa principal e soluções programadas por protocolos assistenciais.

Eu faço uma escuta qualificada em saúde mental e eu gosto muito dessa questão do relaxamento. Eu já fazia com algum individual, a gente tem uns colchonetes então fazia uns atendimentos mais estendido um pouco e fazia esses relaxamentos. [E3]

Por exemplo, teve uma gestante que veio para o pré-natal, na consulta do pré-natal a gente identificou que ela estava com algum problema de nível de saúde mental. [E6]

Nas próprias consultas de pré-natal ou de pra-neném, a gente sempre tem alguns casos que demandam saúde mental. E daí a gente orienta e tenta fazer esse acompanhamento. [E8]

Quanto aos atendimentos realizados através de **grupos terapêuticos**, observa-se, já pelos relatos anteriores, que este meio de trabalho não é utilizado por todos os enfermeiros entrevistados. Os grupos dependem de diversos fatores para se efetivarem, como: a divulgação no território para a presença do público alvo, espaço adequado, experiência do profissional em coordenação de grupos e, se a unidade for portas abertas, organização de horários da equipe para que não ocorra repressão da demanda ou gere longas filas na sala de espera.

Nos grupos, os usuários compartilham o exercício da sua identidade social e da coparticipação na construção do bem comum, pois é aberta a oportunidade de resolver as suas demandas, sem desajustes com a sua cultura, descobrindo perspectivas para uma existência social mais sadia, aproximando-se de sujeitos com experiências semelhantes, assim, o grupo assume um grande valor na vida do usuário (XAVIER et al, 2015).

Os grupos terapêuticos com enfermeiros que conseguem abordar uma diversidade maior de temas, conseguem um melhor vínculo com o usuário e também romper com o modelo biomédico de somente ter a doença como o foco principal.

Os enfermeiros entrevistados que conseguem manter grupos terapêuticos em uma abordagem biopsicossocial, o fazem utilizando a própria criatividade ou se espelhando em experiências bem-sucedidas.

Antes de eu sair (de férias), eu fazia o grupo GAM, que era uma coisa que eu acho que é bem da enfermagem. O Grupo de Gestão Autônoma de Medicação. (...) E a gente tinha um grupo que, sempre no final, eles elegiam um assunto e na próxima reunião a gente debatia alguma coisa do momento. [E2]

A gente montou esse grupo, eu fiz uma formação pessoal em Mindfulness, que é essas técnicas que direciona para controle de ansiedade, entra meditação, relaxamento essas coisas com música. Então a gente fez um grupo. [E3]

A gente tem um grupo de idosos que a gente estava trabalhando algumas questões e inclusive a gente abordou a saúde mental, mas não foi um grupo de saúde mental, foi um assunto no grupo. E agora a gente começou um grupo de tabagismo, a gente está tentando trabalhar a questão da ansiedade com eles por auriculoterapia. [E8]

E tem uma oficina que eu faço com a terapia ocupacional. Oficina semanal. É uma oficina que a gente agora está fazendo esses filtros de sonhos. Mas é para trabalhar com fios mesmo, tudo quanto é tipo de fios, então daqui a pouco a gente faz tricô. [E10]

No entanto, romper com o paradigma biomédico é uma tarefa difícil que precisa de muitas condições favoráveis para isso acontecer. Os enfermeiros inseridos na RAPS, muitas vezes, não possuem essas condições e esses empecilhos acabam formando grupos que não se inserem no contexto de produção de vida do usuário.

Uma das razões para isso ocorrer é devido a uma escuta onde há uma busca por informações que objetificam o sujeito, suas demandas de saúde e o seu sofrimento. Nesse contexto, a enfermagem demonstra uma atenção em buscar informações sobre o meio em que vive o sujeito, mas sem considerar a subjetividade de sua fala (LIMA *et al*, 2015).

A gente tem um grupo que é de saúde mental, hoje em dia está bem difícil manter o grupo com trabalho educativo ou outras atividades, normalmente está sendo mais para uma conversa rápida com o paciente e renovar as receitas. [E4]

É feito um grupo de saúde mental, toda quarta-feira à tarde, a enfermeira Y que é responsável pelo grupo, mas quem toca mais o grupo mesmo são dois agentes comunitários. [E7]

A gente está se organizando para ter um grupo de convivência, é nossa ideia. Próxima reunião de conselho local, a gente vai colocar isso, a gente quer começar com a terceira idade. [E5]

Outra das razões é a sobrecarga de trabalho originada por uma diminuição da equipe ou aumento da população do território. Segundo Caçador (2015), uma das características do cotidiano do enfermeiro é a sobrecarga de trabalho e é decorrente da oferta de respostas imprescindíveis para as demandas de organização do serviço de saúde, impactando no modelo de cuidado oferecido.

Tinha grupo de saúde mental que funcionava aqui, tinha umas residentes que auxiliavam. Residente de saúde mental que tinha uma relação com essa equipe de saúde mental. Elas vinham aqui e auxiliavam e fazia o grupo, ajudava a conduzir o grupo. Só que quando acabou a residência delas, meio que também nós não tivemos pernas para continuar. [E6]

Só temos o grupo de tabagismo (...) porque são 21 mil habitantes, aqui teria que ter equipes de ESF. É bem diferente o trabalho, é outro contexto. A UBS não tem essa divisão, esse controle, essa organização, é mais difícil. [E9]

Deste modo, é possível identificar que os atendimentos realizados através de grupos terapêuticos somente contribuem para a construção da RAPS se estiverem de acordo com as demandas identificadas a partir de dados epidemiológicos, ou do

diagnóstico situacional da realidade do território, e de acordo com o dimensionamento adequado de profissionais para atenderem a população adscrita sob sua responsabilidade, para, assim, ser utilizado como um instrumento inserido nos atuais princípios da RPB.

### 5.3 Meios de trabalho em rede

Nesta seção serão apresentados os seis meios de trabalho em rede identificados no processo de trabalho dos enfermeiros nos pontos de atenção da RAPS dos DS estudado: coordenação de equipe, reuniões com os demais componentes do território, ligações telefônicas, encaminhamento do usuário e a interconsulta.

O primeiro meio de trabalho identificado no processo de trabalho do enfermeiro para articular RAPS foi a **coordenação da equipe**, pois o enfermeiro através desse meio se torna um representante do serviço de saúde nos demais espaços do território e na rede de atenção em saúde.

Há cinco anos eu estou aqui na Prefeitura de coordenadora do CAPS II (...). Atualmente, eu faço a gestão do CAPS, toda a parte de RH, de ponto, de ir em reuniões, representações. [E2]

Aqui eu sou o coordenador da unidade, atuo mais na área da gestão, posso te mostrar aqui (no computador) nosso trabalho. [E5]

A gerência das equipes de saúde é entendida, por Campione e Kurcgant (2004), como um meio de trabalho para a concretização das políticas de saúde, sendo que o trabalho em saúde deve estar articulado com as transformações do contexto territorial e com os demais serviços que o enfermeiro possui conexões de rede e de reciprocidade.

Nos serviços de saúde, os profissionais que estão no papel de coordenação devem utilizar essa liderança como um instrumento para produzir uma harmonia nas ações realizadas pela equipe, utilizando sustentavelmente os recursos físicos, materiais e humano para que a unidade gere um cuidado que esteja adequado às demandas dos usuários (DAMASCENO et al 2016).

Os enfermeiros entrevistados relatam conhecer as especificidades existentes no instrumento de coordenação da unidade e percebem as diferenças existentes entre a dimensão de gerenciamento da equipe e a de assistência ao usuário.

A dimensão de assistência se constitui pela realização de ações de cuidados de enfermagem e as ações direcionadas aos agentes do trabalho, ao meio ambiente e à instituição, representam a dimensão gerencial. Essas duas dimensões são inseparáveis e caracterizam o processo de trabalho de enfermagem. Assim sendo, os enfermeiros estão envolvidos nas ações gerenciais focadas nos usuários dos serviços, ou seja, ações gerenciais ligadas às atividades de cuidados (GEHLEN, SILVA LIMA, 2013).

Os coordenadores de equipe dos serviços de saúde da atenção primária da RAPS, segundo Mielke (2013), são responsáveis pela realização do seu processo de trabalho (que consiste no modo de organização do trabalho de coordenação na ESF, suas características e atribuições e pela disponibilização dos recursos em saúde, como recursos humanos, materiais e físicos) e pela gestão da atenção psicossocial (através do trabalho cotidiano da ESF e a vinculação com os dispositivos facilitadores, na perspectiva da atenção psicossocial; da intersetorialidade, que possibilita o desenvolvimento de ações coletivas a partir de objetivos comuns; da rede de atenção psicossocial, com as conexões e desarticulações entre serviços existentes nessa rede).

A divisão do tempo para a utilização dos meios de trabalho de ambos conjuntos (assistência e gestão) também é um fenômeno que exige um prévio planejamento desses profissionais.

Tem algumas coordenadoras que preferem ficar só na gestão, mas eu gosto do contato com o paciente. [E3]

Além de assistência, eu realizo coordenação. (...) eu tenho um turno mais administrativo, para poder responder e-mails e várias outras demandas que vem para essa questão de coordenação. [E7]

Devido a importância das ações realizadas através do instrumento de liderança, grande parte do tempo de trabalho é empregado nessas ações. Isso acaba causando, em uma parcela dos enfermeiros, a percepção que estão se afastando do cuidado ao usuário.

Como equipe simples, é bem difícil exercer a assistência e coordenação, bem complicado. Quando se é única enfermeira, né? Então, essa é a parte que eu acho mais difícil. A parte burocrática nos toma muito tempo. Eu tenho que sair muito para a reunião, reunião de colegiado, reunião disso, daquilo, daquilo outro. E aí a minha assistência fica um pouco deficitária assim. [E12]

A dimensão gerencial, quando burocratizada, reduz o processo de trabalho do enfermeiro e o torna mecanicista. A burocracia não deve prejudicar a gestão do cuidado de enfermagem ao usuário. O enfermeiro deve ter consciência que a coordenação de equipe é um meio de trabalho para a produzir um cuidado para o usuário com uma condição caracterizada como o almejavél pelo serviço (JONAS et al 2011).

Desta forma, as reuniões, nas quais o enfermeiro coordenador representa a equipe do serviço, devem ter como objetivo a efetivação de um cuidado de boa qualidade ao usuário que busca os serviços da rede. Sendo assim, o segundo meio de trabalho em rede identificado no processo de trabalho dos enfermeiros dos DS estudado são: as **reuniões com os demais componentes do território**.

Os enfermeiros entrevistados relataram a participação em quatro tipos de reuniões em que se utilizam desse meio para o planejamento do trabalho no serviço: reunião de conselho local; reunião de equipe do serviço; reunião de coordenadores de serviços de saúde dos DS, conhecida como reunião de colegiado; e a reunião dos profissionais da atenção psicossocial especializada dos DS, conhecida como reunião da RAPS.

Próxima reunião de conselho local, a gente vai colocar isso. A gente quer começar (um grupo) com a terceira idade. Tem uma casinha aqui do lado a gente vai arrumar ela e ali a gente quer conviver com os idosos, criar um momento de lazer, de convivência, de troca de experiência. [E5]

Na quinta-feira, a gente fecha para a reunião de equipe às três da tarde. Tem duas horas de reunião, mas antes disso também eu sempre acabo encaixando alguma consulta. [E8]

Reunião de colegiado é uma coisa que a gente participa na gerência. É uma reunião grande ampliada que tem que é junto com os serviços (da atenção básica), mas aí é mais um fórum que é a gerência coordena, coisas nossas. Participam todos os coordenadores de unidade da região. A região toda. (...) com todo mundo, vai saúde bucal, vai todo mundo, vai o coordenador da fisioterapia. [E2]

Participam os serviços especializados na saúde mental (na reunião da RAPS). Agora depois se avançou em algumas coisas, tem o Hospital E., tem uma assistente social que participa. Que é bem legal para também organizar a saúde de um usuário, quando ele tem alta, muitas vezes, já direciona para os CAPS. A FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) teve uns momentos que se afastou, agora está retomando. [E3]

As reuniões, segundo Peduzzi (2011), são ambientes de comunicação para a busca da melhor ação para responder às demandas de saúde dos usuários e trabalhadores e devem, também, ser um espaço em que se promova a participação e a relação entre os profissionais através de argumentações com discernimento e sensatez.

Os enfermeiros relatam que, por vezes, nas reuniões de equipe da unidade também se promovem espaços para discussão de caso dos usuários, buscando abertamente o objetivo do trabalho em saúde do serviço.

A gente tem reuniões de equipe também sempre na sexta-feira que daí é um espaço para a gente discutir casos também que é bem legal. Às vezes rende e às vezes não rende, mas o dia que rende é muito bom. [E3]

O Serviço de Atendimento Familiar (assistência social) ajuda muito. E geralmente as meninas, elas são muito receptivas, elas vêm na reunião de equipe, a gente discute alguns casos também. [E8]

O direcionamento da pauta para a discussão de casos de usuários específicos, nesses relatos, tenta afastar a possibilidade de a reunião se tornar burocrática, pois são deliberadas as possibilidades de intervenção que serão realizadas com os usuários. Segundo Lanzoni et al (2013), nas reuniões de equipe, a participação ativa do enfermeiro, frequentemente, serve para a organização dos assuntos que serão abordados, moderação das divergências, preparação dos planos de cuidado, estímulo e direcionamento da equipe para a execução de sua prática de cuidado.

Nas reuniões dos profissionais especializados em saúde mental, segundo os relatos dos enfermeiros, são abordados temas de interesse mais exclusivo da especialidade, tendo, inclusive, a participação e apoio da área técnica em saúde mental da gestão municipal de saúde.

São reuniões mensais e onde são discutidas todas questões. Tem a participação do pessoal da política de saúde mental também. Sempre tem a participação da política junto nas reuniões mensais. Se discute os



problemas que nós temos na saúde mental, os fluxos, todas essas questões. [E3]

A (reunião) da RAPS, aí sim, tem mais a ver com a RAPS. Na verdade, o que é mais importante é a gente se conhecer enquanto trabalhadoras. Saber quem é, quando eu estou ligando para passar um caso. [E2]

Grando e Dall'agnol (2010), baseadas nas referencial pichoniano, afirmam que a individualidade de cada trabalhador é inconscientemente suplantada quando inseridos em uma dinâmica grupal e, assim, esses profissionais assumem diferentes papéis para a formação de um grupo operativo.

Ao se reunirem periodicamente para debater atividades de trabalho, como dito nos relatos, os trabalhadores da rede passam a se conhecer e se relacionar através de comunicação, buscando a realização de uma tarefa: o cuidado. Desta forma, as reuniões servem como um espaço de concepção e aprendizagem desse grupo operativo, proporcionando um espaço de debate entre seus membros.

O fortalecimento da discussão nas reuniões é um dispositivo de potência para articulação em rede, uma vez que esse meio de trabalho possibilita aos profissionais trocarem reflexões que possibilitam a melhor gestão dos processos de cuidado.

A comunicação é uma tecnologia que está presente na utilização de diversos meios do processo de trabalho em enfermagem. Como já pode ser observado no último relato da enfermeira E2, essa estratégia, além de utilizada durante as reuniões, também é aplicada no terceiro meio de trabalho identificado por esse estudo: as **ligações telefônicas**.

Pelas especificidades de cada componente de rede, a comunicação entre os serviços realizadas por ligações telefônicas têm diferentes intenções. Os enfermeiros da UPA, por exemplo, utiliza os telefonemas, majoritariamente, como meio de trabalho para realizar a transferência dos usuários para os leitos da atenção hospitalar.

É o enfermeiro que tem que ficar ligando: liga para ambulância para agendar remoção; liga para o familiar, pede isso, pede aquilo, pede os documentos. Então, o enfermeiro já tem assistência e ainda tem, todos turnos, a (ligação da) central das vagas. Então, tem que correr atrás disso. [E1]

Segundo o relato do enfermeiro, a utilização da ligação telefônica é um meio de trabalho que ocupa grande parte do tempo do seu processo de trabalho, pois, para a transferência do usuário, é preciso entrar em combinação com a central de leitos, com a família do usuário e com a ambulância que fará o transporte.

Todos os turnos, a central liga dizendo “tenho tantas vagas em tal hospital”. Aí pega essa informação e vai se discutir com a equipe. No momento que isso se define, a enfermeira liga para central e diz “ah, para tal leito, vai tal paciente”, e dá o nome dos pacientes que vão para cada leito. Depois disso, se entra em contato com os familiares para vir até aqui. No momento que chega o familiar com o documento do paciente, se liga para remoção e se pede que se marque a ambulância, e aí os familiares ficam aguardando. [E1]

O trabalho do enfermeiro nesse ponto de atenção se divide entre realizar as combinações para a transferência dos usuários para os leitos hospitalares e o gerenciamento do cuidado ao usuário realizado pela equipe de enfermagem e, desta forma, o enfermeiro realiza contato telefônico somente com os profissionais da central de leitos e do SAMU. Com os demais serviços de saúde da atenção básica ou psicossocial especializada que formam a rede, as comunicações e ligações são feitas por outros profissionais do serviço.

Todos turnos tem a central das vagas, então, tenho que correr atrás disso. E, fora tudo isso, tem a assistência dos pacientes, os pacientes novos que chegam. Então, por isso que essa parte do contato, esses encaminhamentos, é o assistente social que faz. (...) essa parte de contato com os locais mesmo a enfermeira faz pouco. [E1]

A reciprocidade também acontece, os enfermeiros dos demais serviços da RAPS só entram em contato com a UPA em casos específicos ao tentar conseguir a internação de um usuário.

Daqui para lá (urgência), a gente também liga. Mas isso não é garantia de internação. Quando a gente liga, né? Quando a gente liga precisando de uma internação. [E10]

O fortalecimento das relações com os demais pontos de atenção da rede de cuidado, o estabelecimento de direcionamento e gerenciamento nos instrumentos de comunicação, como identificou Panzera (2017), são as aspirações dos serviços de urgência e emergência no SUS para que, articuladamente, possibilite ao profissional de saúde acompanhar o trajeto do usuário durante o seu fluxo na linha de cuidado são as aspirações dos serviços de urgência e emergência no SUS para que, articuladamente, possibilite ao profissional de saúde acompanhar o trajeto do usuário durante o seu fluxo na linha de cuidado.

As ligações telefônicas facilitam e agilizam a comunicação entre os serviços, sendo um meio de trabalho que influenciam positivamente no modo de organização e

fortalecimento da rede. Porém, estão estabelecidas no processo de trabalho dos enfermeiros da UPA de forma fragmentada, pois essas comunicações se dão somente quando existe a intenção de encaminhar o usuário para a internação hospitalar.

Os contatos telefônicos entre os serviços da RAPS dos DS estudados ocorrem com maior efetividade entre os serviços de saúde da atenção básica e atenção psicossocial especializada, facilitando a construção dos processos de trabalho e atenção dos usuários. Isso ocorre porque esses serviços se encontram periodicamente através das reuniões, na qual os profissionais se sentem fortalecidos para construção da rede e sentem mais facilidade de realizar as ligações por conta das relações estabelecidas presencialmente.

Sabendo com quem eu estou falando, é muito mais fácil. A gente consegue circular melhor na rede a partir de quando a gente se conhece. [E2].

Pro CAPSad a gente tem liberdade de ligar direto e marcar um acolhimento para esse paciente lá. [E7]

De acordo com os enfermeiros entrevistados, os contatos telefônicos também são uma forma de comunicação mais ágil, entre os enfermeiros dos diferentes pontos de atenção, para dar e receber orientações sobre o cuidado a um usuário de saúde mental específico.

A gente troca muitas coisas, ligam para falar daquele paciente que está esperando e não está bem. Então, eles sabem que a gente dá o suporte. De alguma forma, acho que a gente conseguiu organizar uma rede. [E3]

De certa forma, eles são abertos se a gente precisar ligar “olha, estou com uma dúvida, estou com alguma coisa... uma tal situação aqui”, a gente consegue assim a relação com eles. Tranquilo assim. [E12]

Os contatos telefônicos também servem como um meio de trabalho para realizar combinação do encaminhamento de usuários de saúde mental para os serviços de atenção psicossocial especializada da rede.

Se a gestante está com algum problema individual, pessoal, passa para mim, eu faço um atendimento. Já ligo diretamente para a saúde mental, já tento organizar, ela sai com encaminhamento da consulta. A gente já faz direto assim, por exemplo, a gestante é uma prioridade. [E9]

O **encaminhamento do usuário** pela rede dos DS estudados, quarto meio de trabalho identificado, é usada na articulação em rede entre os serviços de saúde que atendem de portas abertas (UPA, CAPSad, UBS e ESF).

O encaminhamento ocorre através de livre demanda e com pouca responsabilização por parte dos enfermeiros com o produto que esse meio de trabalho produzirá. Entretanto, é um meio considerado como fator de fortalecimento da rede, pois é o encaminhamento que inicia o usuário na sua linha de cuidado.

Os casos de álcool ou uso de drogas, a gente consegue o encaminhamento direto no CAPSad. [E6]

A gente encaminha o paciente para lá, mas não chega a fazer um fluxo de referência ou contra referência. (...) A gente orienta o local e eles vão, portas abertas, assim, livre demanda. Eles chegam lá, mas a gente não chega a ter nenhuma resposta, assim, do CAPSad. [E8]

Para a unidade básica, a gente encaminha, às vezes, com próprio encaminhamento de documento de referência. Mas quando o paciente não usa medicação nenhuma, geralmente, a gente só orienta que tem unidade básica perto da casa dele, que ele utilize. (...) Equipe (da atenção básica) tem que dar conta das questões de saúde mental. [E10]

Tinha agora uma gestante que ela fazia aqui acompanhamento conosco e com o CAPSad. Mas, como lá é aberto, então, a gente pode estar encaminhando diretamente. As agentes (comunitárias de saúde) também têm isso de poder orientar os usuários, de fazer o encaminhamento. [E12]

O apoio oferecido pelas equipes especializadas em saúde mental potencializa o cuidado no território se as equipes da atenção primária organizarem seu processo de trabalho para discutir conjuntamente os casos e, de modo coletivo, buscarem propostas para efetivar uma ação terapêutica compartilhada, com o envolvimento dos profissionais de ambas as equipes negociando apoios mútuos e da rede de atenção em saúde mental do território (MIELKE, 2013).

O encaminhamento tem se mostrado como um instrumento potente na busca de atenção às demandas do usuário junto aos serviços da rede, surgindo ora como um meio de trabalho emergencial na busca de resolução do problema do usuário, ora como um meio de iniciar o processo de articulação entre os serviços da rede.

Por uma desorganização da sua vida, me chega com esse problema (de renovação de receita) e, aí, a gente acaba dizendo, "ó, a alternativa que tu tens agora é procurar a emergência psiquiátrica ou esperar até à noite

no Modelo pra ser atendido lá.” Tem o horário estendido no (Centro de Saúde) Modelo. [E7]

O que a gente consegue resolver a gente resolve, senão, a gente encaminha para algum outro lugar. Não tem nenhuma unidade dando esse suporte de médico. (...) E com as unidades que estão tendo turno estendido agora, como o (centro de saúde) modelo, por exemplo, a gente consegue encaminhar para lá alguns pacientes também. A gente orienta que eles procurem atendimento lá, quando não é uma urgência, mas que precisa ser visto pelo médico. [E11]

A abertura de horário estendido noturno do Centro de Saúde Modelo, no centro do município, ampliou o acesso da atenção primária e tem levado os enfermeiros a encaminhar os usuários para essa unidade quando a demanda de saúde mental não é emergencial, mas precisa ser acolhida em um prazo no qual os serviços do território não poderão atender. Assim, ao realizar o encaminhamento do usuário, o enfermeiro contribui para a redução da demanda reprimida e o usuário tem a sua necessidade atendida. Segundo Pessoa et al (2017), a ampliação do acesso promovido pela abertura das unidades em horário estendido pode perder a sua potencialidade se outros dispositivos não forem simultaneamente implantados, como mudanças no modelo de agendamento para priorizar a demanda espontânea, modelos que estimulem a continuação do cuidado e evitar a propagação da fragmentação que ocorre nos serviços da atenção de urgência e emergência da rede de saúde.

Fittipaldi et al (2015) identificou que a abertura de atendimento saúde, baseado nos moldes curativos, impede a modificação do encaminhamento sem corresponsabilidade para o compartilhamento do cuidado, pois os trabalhadores da saúde estão acostumados a enviar o usuário para consulta com o especialista da doença apresentada.

O encaminhamento para os serviços de saúde mental que não possuem atendimento de acolhimento com portas abertas, ocorre através de três combinações prévias estabelecidas entre as equipes, a primeira que abordaremos é: os usuários podem acessar os serviços de saúde mental até 30 dias após receber alta da UPA ou da atenção hospitalar.

Se ela tiver o boletim de alta, conforme a patologia, pode encaminhar direto para o CAPS, até 30 dias da alta tem acolhimento no CAPS. [E6]

No CAPSII, o paciente que teve alta hospitalar, durante aqueles 30 dias, a gente pode ligar, agendar e já encaminhar. Geralmente na emergência fica só um período e daí já vê se vai ocorrer o

encaminhamento para o hospital. E esse, quando tem problema, geralmente é isso, é uma baixa hospitalar. [E9]

Os casos dos usuários que acessam os serviços de saúde mental após 30 dias de alta da atenção de urgência também são discutidos com a atenção básica e, por vezes, esses sujeitos começam a realizar o seu cuidado na unidade de saúde da família de referência, tendo o serviço especializado como um suporte de apoio matricial.

Às vezes, a emergência nos encaminha alguns casos que não tem uma gravidade ou uma urgência assim tão grande. Esse usuário ele está circulando por fora da rede de atenção primária. Então, agora, eu faço assim: todo caso que vem da emergência, eu passo também para a unidade. [E3]

A segunda combinação de fluxo para realizar o encaminhamento aos serviços de saúde mental que não possuem acolhimento de portas abertas é: o envio do caso documentado para o Sistema de Gerenciamento de Consultas e Exames Especializados (Gercon) da secretaria de saúde municipal. O Gercon é utilizado quando o usuário não está em pós-alta e também não teve seu caso inserido, anteriormente, em algum ponto da atenção psicossocial especializada.

Eu faço o encaminhamento, junto com a doutora, para a psiquiatria via Gercon. Gercon é um sistema de gerenciamento das consultas especializadas. Se eu faço encaminhamento para a psiquiatria, eu tenho que entrar nesse sistema eletrônico e colocar o paciente. [E5]

A gente acabou encaminhando via Gercon para a psiquiatria porque é um caso bem sério. Mas ele voltou várias vezes. Várias vezes mesmo. Acaba retornando para a unidade para a gente refazer o acompanhamento. Esse ponto é difícil assim. [E12]

A gente pode encaminhar através do sistema de marcação de consultas. Então, a gente tem isso assim de parceria. E na outra unidade que eu trabalhava, antes, aí a gente tinha NASF. Daí era um pouquinho diferente, porque daí a psiquiatra vinha na unidade fazer os atendimentos junto. [E11]

O Gercon inclui todas as ofertas de consultas iniciais e exames especializados e todas as necessidades de cuidados especializados (documentos de referência e contra referência anteriormente qualificados pela unidade que solicitou), classificado em ordem de prioridade, usando pontuações de risco fornecidas pela classificação internacional de doenças e outros indicadores (COUTINHO, LEYH, 2017). Desta forma, os profissionais, tanto os profissionais da atenção básica quanto os da atenção

especializada, podem acompanhar a linha de cuidado do usuário e se corresponsabilizar pelas ações terapêuticas.

Todo usuário que tem alta da equipe (ESMA), a gente encaminha por escrito para o serviço (de atenção básica da área) dele. Então o serviço recebe um papel, né, como é que foi a evolução dele, a medicação ele está tomando e o que que ele deve seguir, né? Então a gente está tentando amarrar todas essas pontas. [E3]

A terceira combinação de encaminhamento aos serviços de saúde mental sem portas abertas identificada é restrita aos profissionais que trabalham nesses pontos de atenção: encaminhamento do usuário após a discussão do caso entre os enfermeiros especializados.

Não (tem trabalho em conjunto), mas a gente encaminha paciente para elas, elas encaminham para a gente, mas só de encaminhamentos, a gente se vê na (reunião da) RAPS, troca ideia na RAPS, de território, essas coisas. [E2]

Às vezes, a gente passa um caso para a equipe de saúde mental direto. Da mesma forma para o CAPS II, né? Transtorno mental grave, a gente liga, vai, discute o caso e já é agendado. Quer dizer, pula essa parte de matriciamento, serviço especializado já faz serviço especializado, né? O matriciamento trabalha muito com as (unidades) básicas, né? [E10]

Existem três serviços que promovem o matriciamento em saúde mental para casos de usuários adultos nos DS pesquisados: NASF, ESMA e CAPS II. A Equipe Especializada da Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) fornece apoio matricial para crianças com demandas de diversas especialidades, incluindo saúde mental.

Em 2012, a gente já começou com uma ideia de apoio matricial. Começamos fazendo a proposta que nós, como equipe de saúde mental, faríamos o apoio matricial das UBS e o NASF, na época tinham dois NASFs, estariam com as estratégias (...). Como houve uma questão que um NASF foi fechado, então teve que se redistribuir o matricialmente. Aí o CAPS também matricia alguns serviços, nós matriciamos e também o NASF. [E3]

As questões de saúde mental da criança, a gente discute com o EESCA. A Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente. Daí esse sou eu que faço dos casos vêm para a gente. É uma equipe que tem pediatra, tem psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fonoaudiólogo. Então a gente identifica os casos e a gente pode levar. [E11]

A **interconsulta** é o meio de trabalho utilizado para realização do apoio matricial entre os serviços, sendo este o quinto meio de trabalho em rede identificado no processo de trabalho do enfermeiro dos DS estudados.

A gente faz o matriciamento. A gente tem algumas unidades que são nossas referências, então eles vêm na terça-feira aqui para fazer o matriciamento e, muitas vezes, daqui a gente sai com alguma coisa para fazer dentro das unidades. A gente propõe grupos, e coisas para eles fazerem nos postos, a gente vai, ensina eles como fazer para eles manterem lá no posto. [E2]

A interconsulta é caracterizada pelo encontro de profissionais de diferentes pontos de atenção para realizar a discussão de caso, possibilitando uma análise das demandas dos usuários ou da equipe. As contribuições provenientes dessa troca de ideias podem resultar em outras modalidades de interconsulta, como: consulta, grupos e visita domiciliar em conjunto. Contudo, mesmo nessas modalidades avançadas, a discussão de caso sempre estará ocorrendo (CHIAVERINI, 2011).

A gente tem um documento, tem um instrumento, esse é o documento aqui: ficha de apoio matricial. Eu escrevo todo caso e, na quarta quinta-feira do mês, eu vou até a equipe especializada em saúde mental adulto. Aí eu discuto o caso com a enfermeira. [E5]

A gente faz a consulta de saúde mental pegando a ficha de matriciamento. Pega todos os dados, tenta esmiuçar bastante desde a parte da infância: se teve algum trauma ou não, o que a pessoa acha que desenvolveu, ou trauma agora, e depois que pegar todos esses dados, daí leva pra (discutir com) essa equipe de saúde mental. [E6]

Nós preenchemos uma ficha de matriciamento e levamos o caso para o ESMA, que é o grupo de saúde mental que é a nossa referência para a saúde mental de adultos, crianças é lá no EESCA. [E7]

As discussões de caso da saúde mental, por meio das interconsulta, são mais efetivas quando realizadas com apreciações interdisciplinares, pois é possível ampliar a pluralidade de experiências e conceitos de saúde profissionais, identificar os recursos da rede e as necessidades e possibilidades na construção da articulação. O encontro dos profissionais oferece visibilidade para a necessidade de ações conjuntas que fortaleçam o compartilhamento e a construção em rede da atenção ao usuário no território.

Segundo Quinderé (2013) o apoio matricial oferece um acréscimo para o “conhecimento do processo saúde-doença, bem como no entendimento dos



processos de trabalho interdisciplinar com vistas a reduzir a fragmentação de saberes nos serviços de saúde” (p.2162) resultante das especializações que as categorias profissionais assumiram como o passar dos anos.

Contudo, devido ao contexto histórico e conceitual da implementação desse meio de trabalho nos DS, existem percepções, por parte de alguns enfermeiros, que esse instrumento ficou centralizado com os enfermeiros.

Quando a gente começou a propor que a gente iria discutir os casos, ver o que era, estar discutindo com a equipe, teve muita resistência. Então, os médicos se recusavam a participar do matriciamento, ficava muitas vezes, como até agora, é focado no enfermeiro (...). Quem se envolve com matriciamento são pessoas que tem, de alguma forma, uma escuta mais diferenciada na saúde mental. Então, tem profissionais que detestam, que não gostam dessa coisa de saúde mental, mas esse não são os profissionais que a gente matricia. [E3]

A médica atende, enfim, faz tudo dentro do possível e, em vendo que não é possível que ela dê esse prosseguimento (no consultório), ela encaminha para mim. Eu faço o matriciamento (...). Eu tenho aqui o controle dos meus pacientes dos quais eu faço o matriciamento e qual a situação deles [E5]

A gente se divide assim: saúde mental do adulto fica comigo, a partir de 18 anos, e saúde mental que envolve a criança fica com outra enfermeira. [E6]

Então, a gente sempre tem esses dois matriciamentos. Eu sou enfermeiro responsável por matriciar todas as crianças no EESCA e a enfermeira X é responsável por matriciar todos os adultos no ESMA. [E7]

O enfermeiro e o médico da atenção básica são responsáveis por levar os casos dos usuários da saúde mental para a discussão com ao apoio matricial, dividindo essa atividade para organizar o processo de trabalho da equipe. Porém, se ocorre alguma dificuldade na divisão desse trabalho, o matriciamento não ocorre ou fica sobre a responsabilidade do enfermeiro.

Eu fico muito mais com a questão do matriciamento no EESCA do que o matriciamento no CAPS. Quem nos dá suporte em saúde mental é o CAPS. Então, eu não tenho feito as discussões de adultos, basicamente que faz sempre é o médico (...). Com o CAPS a gente tem matriciamento uma vez... tínhamos uma vez ao mês, no mês de novembro não ocorreu porque eles estavam em greve, aí não teve. Agora, mês de dezembro, a gente não marcou porque na próxima semana a gente tem os acertos com o NASF. [E12]

Os casos que a gente não consegue dar conta aqui na unidade, a gente leva para o matriciamento no CAPS, então, a gente pode agendar com eles e levar alguns casos. Normalmente, quem fazia essa discussão era o médico, mas no período estamos sem médico – a gente já teve outras vezes sem -, eu normalmente posso combinar com eles e levar os casos. [E11]

A falta de profissionais de saúde nos serviços especializados, para realizar o apoio matricial, é uma percepção presente nos enfermeiros da atenção básica. Essa percepção é resultado da quantidade de interconsultas que é possível realizar durante todo o ano e também a quantidade de discussões de caso que cada equipe de saúde da família consegue realizar em cada encontro com as equipes de apoio matricial.

Levo os casos 11 vezes por ano. A pessoa que matricula, ela tira férias também. Às vezes 10, porque eu também tiro férias. Então, eu vou ter 10 matriciamentos por ano (...). Eu tenho minha pastinha com 10 casos e consigo passar quatro. Então, a gente tem uma demanda reprimida muito grande [E5]

É um déficit bem grande (de pessoal), sempre acumula (casos não discutidos), de um (mês) para o outro, de um matriciamento de um para o outro e vai acumulando, vai acumulando. [E7]

A gente tem conseguido marcar com eles (EESCA) a cada dois meses. É uma unidade que atende muitas unidades da região. Assim, então eles também estão sobrecarregados, né? Perderam alguns profissionais, tem gente se aposentando e não estão recolocando profissional. [E11]

Existe, também, uma percepção que as interconsultas do matriciamento foi um processo constituído para dificultar o acesso aos serviços especializados em saúde mental, que não tem acesso através de portas abertas.

Mudou o fluxo, antes a gente levava direto para o EESCA, agora a gente faz o matriciamento com o NASF e o NASF avalia. Dependendo, alguns casos eles nos apoiam, nos ajudam e chamam a família para conversar. Em outros, encaminham direto para o EESCA, que o EESCA também não tem funcionário suficiente para atender essas crianças. [E8]

A gente tem liberdade de ligar direto para o CAPSad e marcar um acolhimento para esse paciente lá. Se for um CAPSi ou CAPS adulto normal não, é o ESMA que tem que fazer essa articulação com esses CAPS, e acaba dificultando um pouco mais também a nossa resolutividade aqui dentro. [E7]

O espaço da interconsulta no apoio matricial deve promover a integração e compartilhamento do cuidado entre as equipes de saúde da rede, não servir como um instrumento da gestão municipal para omitir a escassez de vagas para o cuidado em

saúde mental. Wetzel et al (2014) também identificaram nos trabalhadores da ESF a percepção de que o matriciamento, por vezes, se reduz a uma ferramenta para dificultar o encaminhamento dos usuários para os serviços especializados.

Os meios de trabalho identificados pelos enfermeiros: (coordenação da equipe, reuniões com os componentes da rede, ligações telefônicas, encaminhamentos dos usuários e a interconsulta), em parte, ainda reproduzem o pensamento dos modelos tradicionais de encaminhamento na rede, buscando serviços especializados que não os coloquem como corresponsáveis pelo cuidado do usuário de saúde mental do seu território, discutindo os casos e orientar as intervenções.

No entanto, considero que esse fato não seja um obstáculo, pois observo que esses enfermeiros organizam seu processo de trabalho com relevantes meios de trabalho para atender as demandas de saúde mental do território e, apesar da responsabilização não compartilhada, as articulações com os demais componentes da rede são pensados em uma perspectiva biopsicossocial para justamente se contrapor ao modelo curativo, buscando a construção e o fortalecimento da RAPS.

Os obstáculos identificados que, de fato, interferem negativamente na utilização dos meios de trabalhos em rede serão abordados na próxima seção.

#### **5.4 Obstáculos para a utilização dos meios de trabalho**

Foram identificados, nos relatos dos enfermeiros entrevistados quatro obstáculos que dificultam a implementação dos meios identificados no processo de trabalho: barreiras para mobilidade urbana, desmotivação, fila de espera e sobrecarga no trabalho.

As **barreiras para mobilidade urbana** são identificadas pelos enfermeiros da atenção psicossocial especializada como obstáculos do trabalho em rede. Atualmente, os profissionais não têm apoio da gestão para o deslocamento até as UBS/ESF mais afastadas para realizar alguma atividade compartilhada, como consulta e visita domiciliar conjunta.

A dificuldade maior é a gente não ter carro para fazer as coisas, então é a falta de recurso mesmo. [E2]

Na época a gente tinha carro, tinha o carro da gerência, então, a gente conseguia ir no serviço (...). Alguns serviços a gente vai, poucos agora porque a gente não tem acessado carro mais, a gente não consegue e

a grande maioria vem aqui(...) A gente tem que ter carro, o carro é uma das coisas que nos tranca bastante, eu acho que o apoio matricial tinha que ser lá na unidade. [E3]

Como o tempo de duração da interconsulta se estende por todo o turno, se pode afirmar que os enfermeiros da atenção básica utilizam os recursos do vale-transporte, recebido no início do mês, para se deslocar até o local onde ocorre a interconsulta do apoio matricial, pois esse será o seu local momentâneo de trabalho. No caso dos enfermeiros da atenção psicossocial especializada, se estes profissionais se deslocarem para as UBS/ESF, estarão utilizando o valor do vale-transporte oferecido pelo município somente no primeiro deslocamento, nos demais estariam utilizando os recursos do seu próprio salário. Assim, os enfermeiros da atenção especializada só se deslocam até as UBS/ESF que ficam em uma distância que pode ser percorrida caminhando.

Os municípios foram os que mais expandiram os investimentos em saúde, com redução proporcional do nível federal, desde a implementação do SUS, mas a esfera de governo municipal se encontra estrangulada em sua capacidade de aumento de recursos financeiros, ainda mais em um contexto de crise financeira do capitalismo, pois o SUS não pode ser construído solitariamente (MENDES, LOVUSION, 2015).

Os usuários dos serviços de saúde também possuem dificuldades em utilizar o transporte público, devido ao custo da passagem ser considerado alto para a classe social e seu poder aquisitivo.

Às vezes o usuário tem o passe livre, mas o familiar precisa trazer e não tem, então essas pessoas não chegam. [E2]

Tanto no CAPS quanto lá, às vezes, a gente faz um superesforço para levar o caso, pede para que seja com urgência e o usuário não vai, né? Então isso é bem complicado. E também é complicado porque é lá no postão, O CAPS é aqui perto, dá para ir a pé. O CAPS II que é o que a gente matricula o adulto. Mas no postão é um pouco mais longe, então às vezes eles não tem passagem, né? Então daí complica nesse sentido assim. [E11]

Pros pacientes acessar a CAPS ou qualquer outro setor da rede é bem complicado. Muitos não têm como se deslocar, não tem passagem ou por diversos outros motivos acabam não indo. Então, a maioria dos pacientes de saúde mental, a gente acaba tratando aqui, principalmente por esta dificuldade porque eles não vão. os próprios paciente vem aqui relatam “ah gostaria de fazer o tratamento aqui”, porque não tem condições de ficar indo acompanhando em outro local tão distante, né, para eles. Então isso é bem complicado até para nós. [E4]

A distância da unidade de saúde da família do enfermeiro E11 para o “postão” é de 4 km e do enfermeiro E4 para CAPSII, é de 8 km. Por isso, uma das propostas que está sendo veiculada entre os profissionais da rede para enfrentar esse obstáculo de locomoção para acesso do usuário ao serviço é a divisão do território de abrangência entre as equipes de apoio matricial em saúde mental.

A gente pensa em dividir o território ao meio. A gente ficar com uma metade mais próxima, porque a gente tem usuários lá daquela região do x e da y que não chega, não adianta tu agendar duas, três vezes, eles não têm as passagens para chegar. Essas coisas assim é muito longe daqui, então, acaba que o usuário não consegue chegar. E é mais fácil dividir o território (...) Precisa de dois ônibus, tem que ir até a avenida ali e igual tem que subir essa lombada. [E2]

Os usuários passam o dia inteiro. Faz a alimentação. Então, como a gerência X é uma gerência muito grande, quando a gente veio para cá nós mudamos um pouco a questão do que a gente matriciava também. A gente começou a pegar mais esse lado, para facilitar também o deslocamento do usuário, que isso é importante, a mobilidade dele nos serviços da região é importante. [E3]

As aquisições de tecnologias duras necessárias para o funcionamento dos serviços de saúde da atenção secundária e terciária são maiores do que os investimentos na atenção primária de saúde, logo, o cuidado em saúde mental no território tem um impacto menor no orçamento dos governos. Deste modo, é possível atender às necessidades sociais e de saúde da comunidade, assegurando o acesso dos usuários aos serviços de saúde da RAPS, através de gestores públicos que direcionem os investimentos necessários para a promoção de um cuidado na atenção básica, onde os custos são menos onerosos, sem perder a qualidade no atendimento (MIELKE 2013).

A **desmotivação** também é apontada como apontada como obstáculo e, está atrelada a um sentimento de tristeza devido à falta de recursos de infraestrutura nos serviços e da frustração com o produto resultante do processo de trabalho dos enfermeiros.

E o que me deixa mais triste é que, quando eu trabalhava no X que era uma parceria pública privada, que o prefeito quer fez, eu participei de toda a implementação do CAPS Y, do CAPS W, do CAPS Z, e, assim, o X não podia abrir a porta se estivesse faltando alguma coisa, e, aqui, a gente funciona faltando tudo, nem extintor de incêndio. [E2]

as crianças têm problema de violência em casa e daí tem medo também de ir para o colégio e acabar 'bombando' aqui no posto, porque chega com todas as demandas e a gente não consegue dar o suporte necessário. Isso aí é uma frustração. A gente fica sem saber o que fazer porque não tem o suporte adequado para as crianças. [E8]

Eu logo que entrei eu estava supermotivada, né, eu gostava muito do trabalho. Acho que essa motivação aí durou uns quatro anos. (...) a gente trabalha muito com essa coisa do cansativo. Então, eu estou cansada de trabalhar aqui, eu já pedi inclusive para sair (...). Pela frustração. Frustração de tu não ver melhora. A maioria dos pacientes que vem para cá não quer melhorar. Eu sinto isso assim. Vem muita gente com desejo de se encostar no INSS. [E10]

O sofrimento no trabalho é um obstáculo quando o profissional não vislumbra possibilidades de uma transformação na rotina que lhe perturba, entretanto, segundo Dejours (1993a) esse sentimento pode ser um fator de impulso para a criatividade no trabalho, modificando elementos estagnados, melhorando o produto do processo de trabalho e, por fim, causando prazer no trabalho. Assim, segundo Merlo e Mendes (2009) o foco da análise Dejouriana não aborda somente o prazer-sofrimento no trabalho, mas na forma como o trabalhador particulariza essas experiências, as significações que esses sentimentos promovem e a utilização de recursos resultantes das novas configurações organizacionais para o trabalho, como a cooperação e também as estratégias defensivas individuais e coletivas.

A **fila de espera** é relatada pelos enfermeiros ao detalharem o fenômeno da demanda reprimida ocasionada pelos casos não discutidos no matriciamento e não acolhidos pelos serviços de saúde mental que operam com portas fechadas.

A gente fica sem saber o que fazer porque não tem o suporte adequado para as crianças. Eu acho que as crianças são um ponto, bem assim, que a gente está precisando melhorar essa questão (...). Mas não é nós, a rede tem que se expandir para poder conseguir comportar toda a demanda que está necessitando. [E8]

Então, a gente leva os casos e ali, entre as discussões, se vê se é para a psicologia, se elas acreditam já ser psiquiatria. A gente tem uma fila de psicologia muito grande, muito grande mesmo. [E12]

Eu tenho minha pastinha com 10 casos e consigo passar quatro (no apoio matricial). Então, a gente tem uma demanda reprimida muito grande e eu acabo passando os casos piores. [E5]

Do mesmo modo, forma-se a fila de espera dos usuários que já foram discutidos na interconsulta do apoio matricial e que permanecem aguardando vaga na agenda do acolhimento dos serviços de saúde mental.

Depende de quantas pessoas tem para fazer esse acolhimento é o número de vagas que vai ter, se tiver três ou quatro é o número que entra. A gente tem uma fila de espera, às vezes, um pouquinho grande, demora um mês para a pessoa entrar logo que vem aqui. [E2]

Os principais nós são a falta de atendimento, por exemplo, EESCA que está com a agenda lá para a frente, a nossa agenda também está lá para a frente, então são essas questões. O CAPS também com a agenda lá para a frente. [E3]

Essa fila de espera também resulta, em parte, pela dificuldade de deslocamento no território, pois os usuários que não conseguem manter a continuidade do atendimento no serviço especializado, por falta de recursos para pagar a tarifa do transporte público, acaba tendo alta por abandono e retornando para a fila dos casos a serem rediscutidos na interconsulta do apoio matricial.

Eu matriciei 25 crianças no ano de 2016. E nove não compareceram. É bastante. Há uma evasão bem alta. Eles retornam para a unidade, né? E aí se faz a mesma coisa, se faz todo aguardo em fila de espera e, por muitas vezes, até no próprio EESCA se tem uma questão de “bom, já teve uma oportunidade” a gente vai deixar ficar mais atrás, porque aí vai surgindo outras demandas, às vezes, digamos, entre aspas, mais sérias, né? E aquele caso que não deu evasão, acaba aguardando. [E12]

O absenteísmo no serviço especializado é, ao mesmo tempo, causa e consequência do aumento da fila de espera: é causa porque os usuários do final da fila poderiam ocupar a vaga dos faltosos, agilizando/facilitando o acesso ao serviço de saúde, e é consequência porque um longo tempo de espera faz o usuário esquecer ou não necessitar do serviço especializado agendado. Uma técnica que foi testada em um ambulatório, através do estudo de OLESKOVICZ et al (2014), foi marcar uma quantidade maior de usuários do que a quantidade de vagas existentes para atendimento naquele dia (método conhecido como *overbooking* e já utilizado por companhias aéreas e restaurantes no Brasil) e avisar os usuários através de contato telefônico uma semana antes e dois dias antes a data da consulta.

A técnica foi exitosa na diminuição do número de vagas de atendimento não utilizadas, mas não é resolutivo para os usuários faltosos que retornarão para o fim da fila de espera. Talvez essa possa ser uma experiência a ser testada nos serviços de saúde e verificar se seus resultados repercutem na diminuição das filas de espera

O último obstáculo identificado através das falas dos enfermeiros é a **sobrecarga de trabalho** ao qual esses profissionais se sentem submetidos. Esses

relatos de sobrecarga de trabalho são atribuídos, pelos enfermeiros, a 3 fatores. O primeiro deles é o número insuficiente de recursos humanos.

O problema é a superlotação e a falta de pessoal na equipe de enfermagem, técnicos. [E1]

Acho que está faltando médico, está faltando enfermeiro, técnico também está faltando, está faltando pessoal como um todo, agente comunitário de saúde nós não temos (...). Botar uma equipe com o mesmo número da população para poder dar mais qualidade. [E6]

O enfermeiro fica supercarregado nessa questão da saúde mental, por exemplo, o da UBS X que veio aí com um caso, muitas vezes a pessoa acaba empurrando para ele muita questão da saúde mental. [E3]

O segundo fator de sobrecarga de trabalho é a falta de tempo para se reunir com a equipe e planejar os atendimentos que serão realizados. E, desta forma, o enfermeiro fica bloqueado em um ciclo de sofrimento, pois o ciclo se inicia com o planejamento insuficiente para as ações de cuidado, a sobrecarga de trabalho percebida aumenta pela desorganização para satisfazer a demanda e, assim, o ciclo se reinicia com a diminuição do tempo para realizar o planejamento.

Está todo mundo muito sobrecarregado nos serviços, se talvez a gente tivesse um tempo maior para poder organizar ações, discutir sobre esses assuntos, coisas que não temos, né? Nas unidades a gente fica afogado nessa demanda espontânea de atender paciente. [E4]

A problemática da atenção primária em saúde é que ela acabou recebendo uma sobrecarga muito grande de demandas, eu aqui atendo tabagismo, tuberculose, HIV, pré-natal, puericultura, saúde mental, hipertensão, diabetes, saúde da mulher, testes rápidos. Então a demanda é muito grande. [E5]

Quando a capacidade de raciocínio, psicoafetiva, de conhecimento e de adequação do trabalhador foram utilizadas ao máximo, quando estão exauridas as formas de defesa contra a exigência física. Quando o trabalhador utilizou todas as formas que possuía de saber e de poder na organização do trabalho, quando não consegue modificar de tarefa, quando existe a certeza de que o grau de insatisfação não pode ser reduzido, chancela-se o início do sofrimento. Logo, o sofrimento inicia quando existe um bloqueio na relação sujeito-organização do trabalho (DEJOURS, 1997).



O terceiro fator é a percepção que existe uma defasagem no dimensionamento da área de abrangência, das equipes de saúde da atenção básica, com a realidade do crescimento populacional dos territórios em questão.

O nosso território aqui são mais de 10 mil habitantes. Eu tenho vários condomínios sendo construídos aqui. Então, isso também é um complicador, a demanda aumenta, pessoas que tinham plano de saúde não tem mais e estão consultando com a gente. [E5]

E tem uma lenda: essa questão da população que já está subestimada, tem mais pessoas que acabam morando em outro local, mas usa o endereço da avó, de alguém que mora aqui para ser atendido (...). E, além do mais, a nossa realidade aqui, além dessas demandas que vieram, está sobrecarregada pela população. O dimensionamento da população aqui está subestimado. Então, por exemplo, nós estamos aqui com uma equipe que seria para atender no máximo, sei lá, oito mil pessoas e tem mais de 15mil. Então, a demanda é sempre maior que não está conseguindo dar conta. [E6]

Eu não consigo resolver isso nem dentro da minha unidade de saúde, a gente atende. Fazemos em torno de três mil atendimentos mês aqui e o nosso absenteísmo, na nossa agenda, também é enorme. Aqui é uma ESF. Nós somos quatro equipes. Nós não temos quatro médicos. Nós estamos com três médicos, sendo que uma delas está de licença maternidade. Dois médicos (estão trabalhando). Os enfermeiros, era para ter quatro, mas uma está afastada e não se sabe se volta e quando volta. [E7]

As equipes de saúde da família, segundo a Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011b) deve, no máximo ter 4.000 pessoas cadastradas na sua área de abrangência, sendo que 3.000 é a média recomendada de pessoas por cada equipe, diminuindo este número em áreas de carência social.

Segundo Dejours (1993b) um trabalho é considerado fatigante se ele se opõe a diminuição da carga psíquica, se ele permite esta diminuição, é equilibrante. No trabalho fragmentado, não existe espaço atividade fantasmática (avaliação instintiva da realidade) e, assim, as capacidades imaginárias não são utilizadas com o objetivo de contribuírem para a formação de sentimento de prazer e o meio de descarga psíquica é bloqueado. Ocorre a acumulação da energia psíquica, convertendo-se em fonte de tensão e de sofrimento, sendo que, no trabalho fatigante, a carga psíquica pode crescer até surgirem a fadiga, a falta de energia e a patologia.

As portarias possuem força de lei e devem ser seguidas por todas as gestões municipais. Não há pretexto legal para se descumprir essa regra. Entretanto, não há como quantificar essas percepções de dimensionamento subestimado da população,

pois não haviam ACS em todas as micro áreas com o cadastro do número total de famílias e pessoas nestas áreas de abrangência. O que pode ser identificado foi que a percepção de dimensionamento subestimado é decorrente do trabalho fatigante ao qual o enfermeiro está atrelado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho é a fonte de toda riqueza, afirmam os economistas. Assim é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio ser humano (ENGELS, 1985, p. 215).

Esta dissertação é um dos produtos da linha de pesquisa Saúde mental e Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Rio Grande Do Sul, na defesa da construção de uma forte rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo tradicional manicomial. Isso se torna um desafio, ainda maior no momento atual, quando o SUS está sendo sucateado e subfinanciado em favor de planos privados de saúde que seguem um paradigma centrado no curativismo.

Para superar esse desafio, o foco dessa pesquisa fugiu do lugar comum de uma identificação dos problemas existentes na RAPS. A trajetória de um pesquisador, por já ter experienciado o sentimento de sofrimento ao trabalhar nos serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial, pode fazer com que seja dada ênfase para os elementos que interferem negativamente no trabalho em rede, mesclando as emoções presentes nos dados empíricos com a sua própria história como trabalhador. Sob essa ótica, considero que estudos com o foco nesses fatores, inevitavelmente, servem de argumento para a contrarreforma psiquiátrica e para gestores prejudicarem a implementação de políticas públicas de saúde mental com o paradigma de atenção psicossocial.

Entretanto, como visto no transcorrer deste estudo, os fatores presentes no processo de trabalho do enfermeiro que interferem negativamente na construção da RAPS são dados que trazem relevância no contexto de criação dos meios do processo de trabalho em rede do enfermeiro na saúde mental e, conseqüentemente, da construção dessa categoria profissional.

Violência urbana, pobreza, sucateamento da estrutura (no ambiente de trabalho); barreiras para mobilidade urbana, desmotivação, fila de espera e sobrecarga no trabalho (em obstáculos para a utilização dos meios de trabalho) foram

os problemas presentes na rotina de trabalho dos enfermeiros entrevistados. De certa forma, pode-se considerar que cada problema é causa ou consequência das outras dificuldades também identificadas. Assim, não é possível que, fazendo intervenções direcionadas para somente um desses impasses, se tenha resultados benéficos para a produção de vida e cuidado em saúde mental no território. Igualmente, não é vantajoso ao cuidado em saúde mental tentar esconder os sofrimentos, causados por esses fatores, retrocedendo às políticas públicas manicomialis; institucionalizando os sentimentos dos usuários e trabalhadores; produzindo atendimento somente em unidades fechadas, como os pontos de atenção hospitalar e comunidades terapêuticas.

O sofrimento no trabalho, produzido por alguns desses fatores, foi um sentimento que também experimentei durante a minha trajetória no trabalho como enfermeiro; em serviços da atenção básica, atenção psicossocial especializada e hospitalar; e serviram de estímulo para a produção dessa pesquisa.

É importante ressaltar o protagonismo do trabalho do ACS, fundamental colaborador no processo de trabalho do enfermeiro, por seu conhecimento do território e das relações interpessoais dos sujeitos pertencentes as áreas adscritas da atenção primária.

Identificou-se o acolhimento, a consulta de enfermagem, os grupos terapêuticos, a coordenação de equipe, as reuniões com os componentes do território, as ligações telefônicas, os encaminhamentos do usuário e a interconsulta no apoio matricial como os meios do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da RAPS nos DS analisados.

Acolhimento, consulta de enfermagem e os grupos terapêuticos foram os meios de trabalho que interferem positivamente na construção da rede por serem (principalmente o acolhimento) parte dos primeiros passos para a formação do vínculo do usuário com o enfermeiro da unidade e com os serviços de saúde da rede. Por isso, são instrumentos em que o usuário possui participação ativa na maneira que essas ferramentas são utilizadas, pois do contrário, se o vínculo se rompe, o usuário pode buscar outros serviços de saúde ou outras formas de cuidado na sua rede de apoio fora da rede de saúde no território.

Os meios voltados para o trabalho em conjunto com a rede, no processo de trabalho do enfermeiro, são a coordenação de equipe, as reuniões com os componentes do território, as ligações telefônicas, os encaminhamentos do usuário e

a interconsulta no apoio matricial. Esses meios de trabalho não se constituem como uma ferramenta de cuidado no contato direto com o usuário, mas sim por estarem dentro da dimensão gerencial do cuidado, sendo fatores positivos de fortalecimento da RAPS por terem como objetivo vincular o ponto de atenção aos demais elementos do território através de adequações das ações científicas dos profissionais de saúde que compõem o serviço ao contexto sociocultural e socioeconômico que estabelece a subjetividade dos conhecimentos empíricos do território.

É importante salientar que a colaboração do ACS e a interconsulta no apoio matricial não são elementos presentes na rotina do enfermeiro na UPA. O enfermeiro da UPA relata que grande parte do seu tempo de trabalho era utilizando instrumentos para vigilância e contenção mecânica/medicamentosa da agitação dos usuários em momentos de fase aguda do sofrimento psíquico. Esse fenômeno mostra o quanto os profissionais desse componente da rede têm seu trabalho pautado na investigação da queixa, sinal e sintoma da doença, deixando-os um pouco isolados do trabalho em rede no contexto do território.

Contudo, considero que foi possível atingir o objetivo deste estudo e isso somente pode ocorrer por meio da análise qualitativa que caracteristicamente, segundo Cardano (2017, p. 24) “prefere a reconstrução do detalhe à reconstrução do todo, os estudos intensivos (com um pequeno número) aos extensivos (sobre um grande número)”.

Assim, não é a intenção desse estudo que os enfermeiros reproduzam exatamente os meios utilizados pelos entrevistados para alcançar o mesmo nível de cuidado em saúde mental produzido nesse território, pois outros DS possuem outras dimensões de área territorial, de condições sociais da população, de quantidade de profissionais de saúde e de pontos de atenção em cada componente da RAPS.

Considero que as limitações desse estudo têm relação com a impossibilidade de incluir outros pontos de atenção no estudo e ter como objeto de estudo todo o processo de trabalho do enfermeiro em saúde mental – não somente os meios de trabalho – devido os prazos da pesquisa.

Ainda assim, a identificação dos meios do processo de trabalho da enfermagem na RAPS, aqui apresentados, traduzem o esforço criativo dos enfermeiros para produzir um cuidado humanizado em saúde mental que provém da desestagnação para o enfrentamento de uma realidade hostil, caracterizando esse movimento como

uma verdadeira batalha no sentido de superar os percalços e obter uma melhoria no atendimento produzido em rede no território.

Espero que esta dissertação contribua para a realização de outras investigações sobre o processo de trabalho da enfermagem no fortalecimento da RAPS e, assim, contribuir para a luta antimanicomial.

## REFERÊNCIAS

- AGUDELO, MCC. El trabajo en enfermería. In: MACHADO, MH (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 226.
- ALMEIDA FILHO, AJ; PERES, MAA; MORAES, AEC. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. RENE**; v.10, n.2, p.158-165, abr-jun 2009.
- ALMEIDA, MCP; ROCHA, JSY. **O saber de enfermagem e sua dimensão** prática. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.15-26.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000
- ASSIS, DAD; SILVA, AA; TORRES, T. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. **Saúde em Debate**, v.41, p.255-272, 2017.
- BORSOI, ICF; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W; SAMPAIO, JJC (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BOURGUIGNON, LN; GUIMARÃES, ES; SIQUEIRA, MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Estado do Espírito Santo. **Cogitare enferm**; v.15, n.3, p.467-73, jul-set, 2010.
- BRAGA, FS; OLSCHOWSKY, A. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife, v. 9, n. 3, p. 7086-7094, mar 2015.
- BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2002a.
- \_\_\_\_\_. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redes de Produção em Saúde: Série B – Textos Básicos de Saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 2.488**, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez 2017. Seção 1, p. 239, 2017.

BRUSAMARELLO, T et al. Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013.

CAÇADOR, B et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME rev. min. Enferm**, v.19, n.3, p. 612-626, jul-set 2015.

CARDANO, M. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. Petrópolis: Vozes, 2017. 371p.

CASTRO, TM. Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial. 2007. 114 f. **Dissertação (Mestrado)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CIAMPONE, MHT; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, Aug 2004.

COSTA SOUSA, AM. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**, v. 17, n. 2, 2014.

COSTA, MGSG; FIGUEIRÓ, RDA; FREIRE, FHMDA. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

COUTINHO, ALB; LEYH, W. Lessons Learned from the Implementation of a Specialized Health Care Network in the Municipality of Porto Alegre, Brazil. In: **International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics**. Springer, Cham, 2017. p. 275-286.



CHIAVERINI, DH. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DAMASCENO, CS et al. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 4, 2016.

DEJOURS C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C et al. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1993a.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5<sup>o</sup> ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1997.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, JF. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas; 1993b. p.143-79.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIMENSTEIN, M et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012.

ENGELS, Friedrich. **A dialética da natureza**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 239p

FELLI, VEA; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

FERREIRA, IFCB; PENNA, NA. Território da violência: um olhar geográfico sobre a violência urbana. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, n. 18, p. 155-168, aug. 2005.

FERTIG, A; BRAGA, FS; WITT, RR. A percepção do usuário da atenção primária sobre o acolhimento em unidade de saúde da família. **Revista de enfermagem Frederico Westphalen: URI**, v.9, n.9, p.01-13, 2013.

FITTIPALDI, ALM; ROMANO, VF; BARROS, DCB. Nas entrelinhas do olhar: apoio matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v.39, n.104, p.76-87, jan-mar 2015.

GAZIGNATO, ECS; CASTRO E SILVA, CR. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 38, n.101, p.296-304, abr-jun 2014.

GEHLEN, GC; SILVA LIMA, MAD. Nursing work in care practice at Emergency Care Units in Porto Alegre/RS. **Investigación y educación en enfermería**, v.31, n.1, p.26-35, 2013.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GRANDO, MK; DALL'AGNOL, CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. v.14, n.3, jul-set 2010), p. 504-510, 2010.

GUERRERO, P et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, 2013.

JORGE, MSB; RANDEMARK, NFR; QUEIROZ, MVO; RUIZ, EM. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.6, p.734-9, 2006.

KANTORSKI, LP et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.1, p.01-09, jan-abr 2009.

KANTORSKI, LP; MIELKE, FB; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, v.6, n.1, p.87-106, 2008.

LANZONI, GMM; CECHINEL, C; MEIRELLES, BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.123-31, jan-fev 2014.

LANZONI, GMM; MEIRELLES, BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.4, p.557-63, jul-ago 2013.

LIMA, DWC; VIEIRA, AN; SILVEIRA, LC. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2015.

LUZIO, CA; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MACHADO, MLP; OLIVEIRA, DLLC; MANICA, ST. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 53-60, dez 2013.

MACHADO, SC et al. Liderança em enfermagem psiquiátrica. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 730-734, 2006.

MACHINESKI, GG; LIMA, MADS; BONILHA, ALL; SCHNEIDER, JF. A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária. **Online braz. j. nurs. (Online)**; v.8, n.2, ago 2009.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política - Livro 1. São Paulo: Boitempo editorial, 2013.

MENDES, Á; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

MENDES-GONÇALVES, RB. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal as Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série textos, 1).

MERHY, EE. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4<sup>o</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERLO, ARC.; MENDES, AM. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.12, n.2, p.141-56, 2009.

MIELKE, FB. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família**: com a palavra os coordenadores. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L; OLIVEIRA, TFK; SANTOS, CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.34, n.3, p.592-611, Set 2014.

MOLL, MF; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.6, p.995-1000, 2009.

OCKÉ-REIS, CO. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, p.1351-1353, 2015.

OLESKOVICZ, M et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.5, p.1009-1017, Mai 2014.

OLIVEIRA, AGB; ALESSI, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-40, 2003.

PASSOS, RG; MOREIRA, TWF. Reforma Psiquiátrica brasileira e Questão Racial: contribuições marxianas para a Luta Antimanicomial. **Revista SER Social**, v.19, n.41, p.336-354, Jul-Dez 2017.

PANZERA, CST. Rede de urgência e emergência no grande oeste de Santa Catarina e a educação. **Dissertação** (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, 2017.

PAULIN, LF; TURATO, ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-258, 2004.

PEDUZZI, M et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.629-646, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, MO et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paul. Enferm**, v.26, n.5, p.409-412, 2013.

PESSOA, BHS et al. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.12, n.39, p.1-9, 2017.

PINHEIRO, RL; GUANAES-LORENZI, C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, v.19, n.1, p.48-57, jan-mar 2014.

POLARO, SHI; GONCALVES, LHT; ALVAREZ, AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto enferm.**, v.22, n.4, p.935-942, dez 2013.

POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, SL. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia, ciência e profissão**, v.24, n.3, p.92-99, set 2004.

ROCHA, RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & contexto enferm**; v.14, n.3, p.350-357, jun-set, 2005.

ROMANINI, M; GUARESCHI, PA; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde em Debate**, v.41, n.113, p.486-499, 2017.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTOLO, A et al. Grupos operativos: Estrategia para el cuidado de enfermería en un centro de atención psicossocial. **Index de Enfermería**, v.21, n.4, p.229-233, 2012.

SAFFER, DA; BARONE, LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.27, p.813-833, 2017.

SANTOS, AP; FREITAS, P; MARTINS, HMG. Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. **Emerg Med J**, v.31, n.2, p.148-152, 2014.

SILVA, GB. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986

SOUZA, LA; COSTA, LF. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. **Psico-USF**, v.18, n.2, p.277-287, Ago 2013.

TESSER, CD et al. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010

VAISTMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, Sônia. Saúde coletiva? **Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

VARGAS, D de et al. Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.18, n.1, p.101-106, 2014.

VILLELA, SC; SCATENA, MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm**, v.57, n.6, p.738-41, nov-dez 2004.

WETZEL, C et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v.35, n.2, p.27-32, jun 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Council for International Organization of Medical Sciences. **International Ethical Guidelines of Biomedical Research Involving Human Subjects**. Geneva, 1993.

XAVIER, LN et al. Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.4, 2015.

ZEFERINO, MT et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.3, 2016.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

### Entrevista Semiestruturada

1. Caracterização do entrevistado: idade, tempo de formação como enfermeira(o), tempo de trabalho na área de saúde mental,
2. Conte-me como é o seu trabalho como enfermeira(o) desta unidade.
3. Fale sobre o trabalho que realiza envolvendo os demais serviços de saúde mental da rede.
4. Quais benefícios esse trabalho pode trazer para a rede?
5. Quais os obstáculos para a realização deste trabalho e como tenta ser superá-los?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “o trabalho do enfermeiro na construção da rede de atenção psicossocial”, cujo objetivo é identificar os instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Sendo o cuidado em saúde mental em liberdade no território um dos meios de produção dos trabalhadores de enfermagem, consideramos necessário o aprofundamento das questões relativas ao trabalho do enfermeiro na RAPS e suas repercussões, bem como focar a atenção para as contribuições desse trabalho para o fortalecimento da rede. Desta forma, os resultados do presente estudo servirão de subsídio para o aprimoramento dos instrumentos do trabalho do enfermeiro em consonância com a reforma psiquiátrica brasileira. Para isso, se concordar em participar, deverá responder a uma entrevista semiestruturada sobre o assunto que durará em média 45 minutos. O participante tem o direito de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização. Os resultados serão divulgados em conjunto e seu nome não será divulgado. Segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde, este estudo é de risco ético mínimo por envolver a realização de entrevistas. As gravações das entrevistas serão destruídas e as transcrições serão guardadas por um período de cinco anos, em local sigiloso sob responsabilidade do pesquisador e, após, serão destruídas. Não há risco de identificação dos participantes uma vez que são apresentadas várias perspectivas. A sua participação não implica no pagamento e nem no recebimento de qualquer quantia financeira.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar a pesquisadora responsável Agnes Olschowsky pelo telefone (51)3308-5226, o pós-graduando Fabrício Soares Braga pelo telefone (51)98105-8128, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre pelo telefone (51)3289-5517 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51)3308- 3738.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Fabrício Soares Braga

Agnes Olschowsky

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

## ANEXO A – Termo de ciência e autorização da Coordenadoria da Atenção Primária



### Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

#### TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, **Thiago Frank**, matrícula **592629-2**, coordenador

- Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial (CGAEA)
- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria: \_\_\_\_\_

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** tendo como Pesquisador Responsável **Agnes Olschowsky**.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 11/07/2017.

Thiago Frank  
Matrícula: 592629-2  
CRMRS 30854  
Coordenador de Atenção Primária  
SMS - PMPA

Assinatura e carimbo

*Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.*

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040  
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA



## ANEXO B – Termo de ciência e autorização da Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO  
 ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu MARCO SCHÜTZ, matrícula 303324

- Coordenador do/a Serviços
- Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)
  - Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
  - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
  - Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
  - Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
  - Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
  - Outra área/secretaria:

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL,

tendo como Pesquisador Responsável Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Agnes Olchovniky (Coordenadora), Fabrício Santos Braga (Aluno Mestrado)

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 27/10/2017

  
 Dr. Marco Aurelio S. Schütz  
 Matr. 20932402  
 CRM 20193  
 Coordenador CGSMUISMS

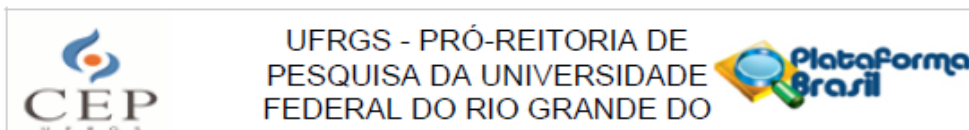
Assinatura e carimbo

*Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.*

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040  
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-smis@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

## ANEXO C – Parecer consubstanciado de aprovação do CEP da UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Trabalho do Enfermeiro na Construção da Rede de Atenção Psicossocial.

**Pesquisador:** AGNES OLSCHOWSKY

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 72361717.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.288.429

#### Apresentação do Projeto:

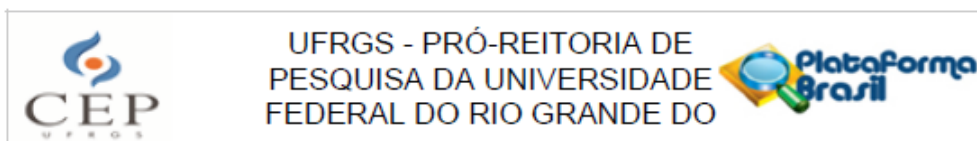
É um projeto de dissertação do mestrando Fabrício Soares Braga com orientação da professora Agnes Olschowsky, do PPGEnf.

Fundamentam o estudo ao afirmar que "o cuidado em saúde mental se direciona para o sujeito no território e em liberdade, propondo serviços que se opõem à psiquiatria tradicional realizada por séculos, principalmente, dentro dos muros dos manicômios. [...] Os serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial, têm o desafio de trabalhar em uma articulação chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira estão presentes no discurso dos enfermeiros e estes profissionais se esforçam para que o paradigma psicossocial se torne uma realidade nas instituições que optam por fazer um maior investimento na atenção terciária de saúde mental. É pertinente a reflexão e o aprofundamento das questões relativas ao trabalho do enfermeiro na RAPS e suas repercussões, bem como focar a atenção para as contribuições desse trabalho para o fortalecimento da rede, pois o cuidado em liberdade na saúde mental está em permanente tensionamento com instituições da psiquiatria tradicional."

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar os instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.288.429

entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa envolverá a realização de entrevistas. Sendo assim, o estudo será de risco ético mínimo, segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde. Sobre a privacidade, não há risco de identificação dos participantes uma vez que são apresentadas várias perspectivas, pontos de vista que buscam a explicação e análise orientada para o caso, resultando numa nova e abrangente compreensão sobre o fenômeno.

**Benefícios:** Os resultados do presente estudo servirão de subsídio para o aprimoramento dos instrumentos do trabalho do enfermeiro em consonância com o da reforma psiquiátrica brasileira. A participação não implica no pagamento e nem no recebimento de qualquer quantia financeira.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Será um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. O contexto do estudo está bem explicado: o cenário do estudo será as unidades que compõem os serviços de saúde da RAPS [REDACTED] do município de Porto Alegre. A população de estudo serão os enfermeiros alocados nos serviços [REDACTED] que compõem a RAPS do [REDACTED] estimativa de participantes é de 13 enfermeiros (considerando o número de profissionais e de unidades, sendo explicitados os critérios de inclusão e exclusão). A coleta das informações será na forma de entrevista semiestruturada (em anexo ao projeto há o roteiro da entrevista, que é bastante sucinto, fica a dúvida se permitirá alcançar o objetivo do estudo). Será realizada a análise de conteúdo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

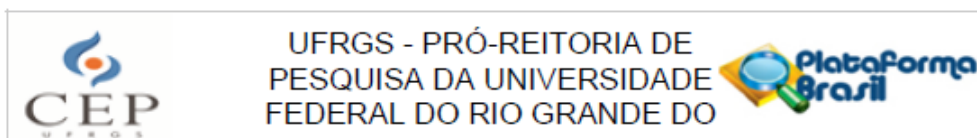
Folha de rosto – ok; Projeto na íntegra – ok; Instrumentos de coleta de dados – ok, em anexo ao projeto; TCLE – ok; Cronograma – ok; Orçamento – ok; Carta de Anuência das Instituições – ok.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

(1) Adequar as informações sobre riscos e benefícios em todos os documentos, incluindo onde necessário e padronizando-as. ATENDIDO.

(2) Incluir no TCLE as informações sobre o CEP- UFRGS. ATENDIDO

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.288.429

(3) Adequar o cronograma ao andamento atual do projeto nos CEPs. ATENDIDO

(4) Questão metodológica – ao descrever a análise dos dados, tanto no projeto, quanto no FIB da Plataforma Brasil há a frase: "O tipo de análise utilizado neste estudo de caso será a análise de conteúdo das entrevistas.". Lembrar que o estudo proposto NÃO é do tipo "estudo de caso", mas do tipo "exploratório-descritivo". ATENDIDO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_968906.pdf	18/09/2017 11:13:00		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA_S.pdf	18/09/2017 11:09:55	Fabício Soares Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Fabricao_18_09.doc	18/09/2017 11:07:23	Fabício Soares Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_18_09.docx	18/09/2017 11:06:36	Fabício Soares Braga	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto2.pdf	01/08/2017 14:21:09	Fabício Soares Braga	Aceito
Outros	Compesq.pdf	01/08/2017 11:20:04	Fabício Soares Braga	Aceito
Outros	Autorizacao_coordenador_de_urgencias.pdf	27/07/2017 19:58:39	Fabício Soares Braga	Aceito
Outros	Autorizacao_coordenador_atencao primaria.pdf	27/07/2017 19:52:16	Fabício Soares Braga	Aceito

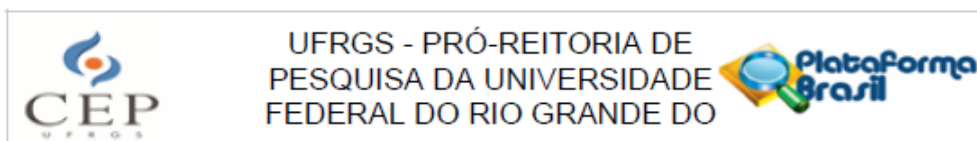
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.288.429

PORTO ALEGRE, 21 de Setembro de 2017

---

Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

## ANEXO D – Parecer consubstanciado de aprovação do CEP da SMSPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Trabalho do Enfermeiro na Construção da Rede de Atenção Psicossocial.

**Pesquisador:** AGNES OLSCHOWSKY

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72361717.0.3001.5338

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.311.407

#### Apresentação do Projeto:

O cuidado em saúde mental se direciona para o sujeito no território e em liberdade, propondo serviços que se opõem à psiquiatria tradicional realizada por séculos, principalmente, dentro dos muros dos manicômios. Nesse novo paradigma, há um direcionamento para que o sujeito possa buscar os serviços de saúde mental e assumir participação ativa no cuidado disponibilizado pela equipe de saúde. Os serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial, têm o desafio de trabalhar em uma Articulação chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este projeto tem como objetivo identificar os instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. O tipo de estudo realizado no projeto será de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. O cenário do estudo será os serviços de saúde que compõem os serviços de saúde da RAPS do [REDACTED] município de Porto Alegre. A população de estudo serão os enfermeiros alocados nos serviços das [REDACTED] [REDACTED]. A estimativa de participantes é de 13 enfermeiros. A coleta das informações das entrevistas será na forma de entrevista semiestruturada. O tipo de análise utilizado neste estudo exploratório-descritivo será a análise de conteúdo. O estudo será de risco ético mínimo, segundo os parâmetros definidos pela

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com





Continuação do Parecer: 2.311.407

Organização Mundial de Saúde, por envolver a realização de entrevistas. Este Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, qualificado em 29 de maio de 2017, foi aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS em 27 de junho de 2017.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar os instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro que interferem na articulação entre os serviços da rede de atenção Psicossocial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa envolverá a realização de entrevistas. Sendo assim, o estudo será de risco ético mínimo, segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde. Sobre a privacidade, não há risco de identificação dos participantes uma vez que são apresentadas várias perspectivas, pontos de vista que buscam a explicação e análise orientada para o caso, resultando numa nova e abrangente compreensão sobre o fenômeno.

**Benefícios:**

Os resultados do presente estudo servirão de subsídio para o aprimoramento dos instrumentos do trabalho do enfermeiro em consonância com o da reforma psiquiátrica brasileira. A participação não implica no pagamento e nem no recebimento de qualquer quantia financeira.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador responsável: Agnes Olsschowsky

Pesquisador assistente: Fabrício Soares Braga

Instituição: UFRGS

Curso: enfermagem

Tipo de estudo: mestrado

Local de realização: serviços de saúde da RAPS do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC)

Amostra: 13 enfermeiros

TCLE: sim

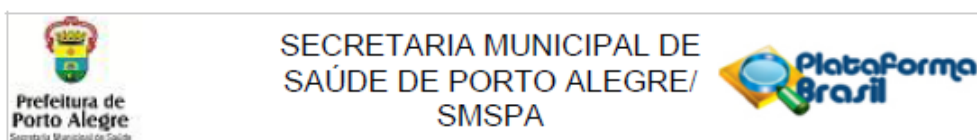
Data de início: 31/07/2017

Data de término: 05/03/2018

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.311.407

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação ética não foram verificadas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_968906.pdf	18/09/2017 11:13:00		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.pdf	18/09/2017 11:09:55	Fabício Soares Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Fabicio_18_09.doc	18/09/2017 11:07:23	Fabício Soares Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_18_09.docx	18/09/2017 11:06:36	Fabício Soares Braga	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_968906.pdf	01/08/2017 14:21:54		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto2.pdf	01/08/2017 14:21:09	Fabício Soares Braga	Aceito
Outros	Compesq.pdf	01/08/2017 11:20:04	Fabício Soares Braga	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_968906.pdf	28/07/2017 14:55:50		Aceito
Outros	Autorizacao_coordenador_de_urgencias.pdf	27/07/2017 19:58:39	Fabício Soares Braga	Aceito
Outros	Autorizacao_coordenador_atencao_primaria.pdf	27/07/2017 19:52:16	Fabício Soares Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Fabicio.doc	27/07/2017 19:47:31	Fabício Soares Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.docx	27/07/2017 19:47:13	Fabício Soares Braga	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com





Continuação do Parecer: 2.311.407

Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.docx	27/07/2017 19:47:13	Fabrcio Soares Braga	Aceito
----------	---	------------------------	-------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Thais Schossler**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com