

✓ Avaliação da articulação na rede de atenção psicossocial: experiências de usuários no nordeste do Brasil^{1 2}

Daiana de Jesus Moreira³

Maria Lúcia Magalhães Bosi⁴

¹ Este artigo traz uma parte dos resultados da dissertação da primeira autora defendida no Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, intitulada Itinerários terapêuticos dos sujeitos em sofrimento psíquico e qualidade do cuidado na rede de atenção psicossocial: experiências de usuários de Fortaleza-Ceará.

² Este artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla apoiada pelos editais Chamada Universal MCTI/CNPQ 14/2012 e PPSUS – FUNCAP – Chamada 07/2013 e por bolsa concedida pela CAPES a uma das autoras.

Resumo: Este artigo tem por objetivo avaliar, com base nas experiências de usuários, elementos que desvelem aspectos da (des)articulação nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza. Trata-se de pesquisa qualitativa crítico-interpretativa, por meio de análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, Ceará. Os resultados encontrados desdobram-se em quatro dimensões do modelo analítico de articulação em rede a partir dos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários: conectividade; integração; normatividades; e subjetividades. Reconhecemos a existência de vários tipos de relações entre os serviços pesquisados, com o encaminhamento como a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre estes como na interação de cada um deles com os demais. Houve tanto rupturas na continuidade do cuidado de um serviço a outro como a garantia de acesso a outros serviços após a alta ou encaminhamento.

Palavras-chave: Saúde Mental. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. Serviços de saúde mental.

³ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

⁴ Professora Titular pela Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Saúde Comunitária.

EN Evaluation of articulation in the psychosocial care network: experiences of users in northeastern Brazil

Abstract: This article aims to evaluate, based on the experiences of users, elements that reveal aspects of (un)articulation in a network in the practices implemented by the Psychosocial Care Network in Fortaleza. This is a critical-interpretive qualitative research, through analysis of medical records, systematic observation and narrative interviews with users (and their families) in three Psychosocial Care Network services in Fortaleza-CE. The results found unfold in four dimensions of the analytical model of network articulation: connectivity, integration, normativities and subjectivities from the therapeutic itineraries covered by the users. We recognize the existence of several types of relationships between the researched services, with referral as the most present form of relationship, both in the connections between them and in the interaction of each one of them with the others. There were both ruptures in the continuity of care from one service to another and the guarantee of access to other services after discharge or referral.

Key-words: Mental Health. Process Assessment, Health Care. Mental Health Services.

ES Evaluación de la articulación en la red de atención psicossocial: experiencias de usuarios en el noreste de Brasil

FR Évaluation de l'articulation dans le réseau de soins psychosociaux: expériences d'usagers du nord-est du Brésil

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo avaliar, com base nas experiências de usuários nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza, Ceará, elementos que desvelem aspectos da (des) articulação em rede, em uma compreensão ampliada de desinstitucionalização, dentro da perspectiva da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde.

Do ponto de vista institucional, várias são as justificativas. Em 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a operar sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dentre estas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes prioritárias (Brasil, 2012, p.4). Em um estudo realizado por Gregório et al. (2012, p.437) com pesquisadores em saúde, gestores e sociedade civil do Brasil, sobre o que consideravam mais relevante em pesquisa para a saúde mental para os próximos dez anos, a avaliação do sistema de serviços de cuidados de saúde mental apareceu como uma das prioridades de investimento.

A construção de uma rede de atenção para os usuários com sofrimento psíquico implica uma complexa trama tecida entre diferentes dispositivos e estratégias de cuidado à saúde. Por isso, a análise e a compreensão do modo como estes serviços estão interagindo e a qualidade do cuidado para a constituição de uma rede de atenção aos usuários são fundamentais para a ampliação e a qualificação do acesso e do atendimento a essa população (Tedesco; Souza, 2009, p.145).

Considerando os diversos dispositivos da RAPS estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil – configurando-se simbólica e numericamente como grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional – e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental, uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, julgamos que investigações sobre o tema são potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Aliada a estas questões, Cabral et al. (2011, p. 4434) afirmam que a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem estado

cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, com o intuito de auxiliar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários, em momento oportuno e de forma contínua.

No plano da produção do conhecimento, constatamos as lacunas existentes na literatura sobre esses dispositivos, em especial, em uma abordagem em rede, sobre a temática desta pesquisa. Examinando as bases bibliográficas LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPSIC, com os descritores cruzados entre si “saúde mental”, “pesquisa qualitativa”, “avaliação da qualidade dos cuidados de saúde” e “rede”, verificamos que há poucos artigos de saúde mental que utilizam uma abordagem qualitativa para avaliar aspectos do cuidado em rede, o que realça a importância deste estudo no que concerne ao avanço do conhecimento sobre modelos de avaliação no campo científico.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Consoante a Guba e Lincoln (2011, p.26), autores seminais no âmbito da avaliação qualitativa, podemos destacar o surgimento de quatro estágios da avaliação (denominados de gerações de avaliação) que envolvem diferentes perspectivas com aportes epistemológicos distintos, entendendo que, a despeito das rupturas, tais vertentes coexistem na atualidade. Os autores identificam alguns problemas nas três primeiras gerações, entre eles a tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, a incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa, a hegemonia do paradigma positivista, desconsiderando o contexto da avaliação, assim como a priorização e a legitimação dos métodos quantitativos e a crença numa verdade única.

Considerando a periodização assinalada por Guba e Lincoln (2011, p. 82), esta pesquisa conflui para os preceitos e procura contribuir para a avaliação de 4ª geração, visto buscar não apenas melhorar a gestão dos programas e as práticas assistenciais, mas também possibilitar a democratização dos dispositivos de saúde mental, contribuir para a transparência dos processos e gerar aprendizado que fortaleça indivíduos e grupos. Desse modo, nossa intenção não é apenas focalizar os

objetivos da avaliação ou suas técnicas, mas especialmente as pessoas que as realizam e os mecanismos e as relações que estabelecem ao praticá-las, compreendendo a avaliação como uma prática social complexa (Bosi; Uchimura, 2010, p.94).

No Brasil, a avaliação dos programas e serviços de saúde teve maior visibilidade a partir de 1990 (Tanaka, Tamaki, 2012, p.822), principalmente em dois momentos: (1) com o advento da Constituição de 1988, a qual ampliou os direitos civis dos cidadãos; e (2) no contexto das leis orgânicas de saúde, que colocaram o SUS nas três esferas do Governo (Furtado, 2006, p.722). O projeto social do SUS de ampliação dos serviços de saúde suscitou questionamentos sobre sua qualidade e convocou a avaliação como instrumento na busca de respostas (Novaes, 2000, p.555).

Diante dessa nova conjuntura, a avaliação tornou-se uma estratégia para verificar alguns aspectos de qualidade desejáveis nos serviços de saúde, tais como: a efetividade; a eficácia; a eficiência; a equidade; a qualidade técnico-científica; a acessibilidade; a adequação; e a aceitação dos programas (Vuori, 1991, p.19). Contudo, tanto o termo avaliação quanto o termo qualidade são polissêmicos e, dada a sua complexidade, alguns autores o empregam com diferentes significados, cabendo, portanto, demarcá-lo.

Dentre algumas definições, destaca-se a de Worthen et al. (2004, p.40), ao destacarem que avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Os autores complementam que avaliação é a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância do objeto. Percebe-se, portanto, que a avaliação se caracteriza pelo seu julgamento de valor a partir da utilização de técnicas e métodos científicos.

A avaliação qualitativa deseja compreender também os significados que os atores atribuem às dimensões do programa ou como se realizam no cotidiano as ações em interface com os discursos ou concepções sobre tais ações (Deslandes; Gomes, 2004, p.102). Esta estará sempre presente quando o avaliador desejar compreender como se dá, na prática e no cotidiano, a interface entre a realização das ações do programa, em nossa pesquisa, a RAPS, e os discursos/concepções dos usuários sobre estas ações (Campos et al., 2008, p.17).

Nesse processo de empoderamento e participação há um ganho de reflexão crítica para todos os envolvidos. Para Mercado (2006, p.33),

os principais propósitos de uma avaliação devem ser: 1) criticar certas posturas ideológicas tradicionais; 2) gerar novos conhecimentos e; 3) medir o impacto das intervenções na saúde.

No campo da saúde mental, a avaliação esteve historicamente atrelada a uma prática individualizante que atribuía ao louco valores estigmatizantes como os de incapacidade, irresponsabilidade, periculosidade, inferioridade e irracionalidade (Amarante, 2007, p. 69). Segundo os autores, a transição paradigmática vivida pela crise dos modelos de intervenção no campo da saúde mental demanda que os processos de avaliação possam romper com a hegemonia do paradigma dominante, tornando-se capazes de operacionalizar novos modos de avaliar a produção de subjetividades.

A avaliação da desinstitucionalização tem sido realizada principalmente a partir de indicadores baseados na relação entre a abertura de unidades de caráter substitutivo, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos. Apesar de os números nos mostrarem o andamento estrutural do processo, eles não evidenciam a maneira como é realizado o cuidado a esses usuários no contexto de vida em família/sociedade e no cotidiano das práticas de saúde. Essa perspectiva é importante para a consolidação do SUS, cujos princípios partem da superação de um paradigma de atenção centrado na doença e caminham para a atenção baseada na promoção da saúde, na qual assumem importância os conceitos de integralidade e de cuidado (Martins, Pinheiro, 2011, p. 95).

Bosi e Uchimura (2007, p.151) afirmam que a avaliação qualitativa busca desvendar o universo simbólico dos atores em sua complexidade e profundidade, materializado nas relações intersubjetivas estabelecidas em determinadas práticas em saúde. Neste sentido, a utilização da avaliação qualitativa nos serviços de saúde mental está em consonância com o plano discursivo e prático de suas ações, visto que um cuidado em saúde mental implica inevitavelmente a utilização de tecnologias leves¹.

Revisitando o modelo analítico de articulação em rede

O termo rede não se constitui de uso exclusivo do campo da saúde, acabando por expressar uma variedade de acepções circundantes

¹ São três os níveis tecnológicos na atenção em saúde, segundo Franco e Merhy (2015, p.187): leve (tecnologias ou modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou seja, em intervenções pautadas nos relacionamentos interpessoais dos atores envolvidos), leve-duro (saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e duro (equipamentos, medicamentos e máquinas).

² FERREIRA, A.B.H.
Minidicionário
Aurélio. 8ª edição. São
Paulo: Positivo, 2021.

tanto no imaginário social como nos diversos campos disciplinares da ciência moderna, como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico de vários fenômenos, o que nos permite considerá-lo um transconceito (Amaral, Bosi, 2016, p.4). Nessa direção, o dicionário Aurélio de língua portuguesa² (Ferreira, 2021, p.630), por exemplo, faz alusão a 18 definições de rede, muitas delas relacionadas à noção de entrelaçamento, articulação e conexão entre partes, aspectos valorizados em muitos dos sentidos que a palavra assume no âmbito da saúde.

Este subtópico sustenta-se no modelo analítico de articulação em rede desenvolvido por Amaral e Bosi (2016, p.4; 2017a, p. 427; 2017b, p. 55) para analisar a RAPS de Fortaleza-Ceará a partir da perspectiva dos trabalhadores. O nosso trabalho revisita tal modelo com o intuito de identificar, nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários, elementos que desvelem aspectos da (des)articulação dessa mesma rede.

Partindo das formulações disponíveis na literatura, os autores Amaral e Bosi (2016, p.4; 2017a, p. 427; 2017b, p. 55) propõem como definição do conceito de rede

O estado de relação entre elementos, produzido e organizado a partir de uma racionalidade central, ou independente desta, possuindo sempre diferentes vetores normativos. A rede pode se constituir, portanto, a partir de um desígnio franco, deliberado, e apriorístico, que provoca uma aproximação entre elementos, mas agrega sempre, simultaneamente, várias intencionalidades parciais, convergentes ou antagônicas, podendo prescindir de um objetivo central. Isso decorre da natureza de cada elemento da rede, que assim como suas inter-relações, podem ser extremamente variados, exigindo serem compreendidos em suas singularidades (Amaral; Bosi, 2016, p. 32).

Dessa definição conceitual Amaral e Bosi (2016, p.4) produziram uma aproximação ao plano empírico materializado na análise da RAPS, em um modelo configurado em cinco dimensões constitutivas explicadas a seguir: unidades mínimas da rede; conectividade; integração; normatividades; e subjetividade.

A primeira tarefa para a realização da análise é determinar qual a unidade mínima da rede, a qual pode ser serviços, atores, dispositivos, ações, equipes, usuários, dentre outros. Para fins deste trabalho, optamos por conferir um *zoom* nos serviços de saúde. A seguir, mapear os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem as conexões da rede. Após isto, explicitar qual a proposta de cuidado, suas zonas de ação e responsabilidades de cada um deles. Por último, avaliar o acesso a cada uma das unidades mínimas estudadas.

A segunda dimensão permite avaliar quais tipos de relações acontecem entre cada serviço, com quais objetivos e sob que condições e expectativas elas são realizadas, as rupturas e a produção de novas conexões e os efeitos da conectividade. Cientes de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, temos uma gama de serviços com responsabilidades e objetos de trabalho demarcados e a integração entre estes faz-se mister para uma qualidade integral do cuidado ao sujeito que sofre.

A análise da dimensão de integração ocorre por meio da avaliação da coerência entre o objetivo e a natureza do objeto da rede por parte de suas unidades e da avaliação da continuidade e complementaridade nas intervenções dos distintos serviços. As redes de saúde possuem um conjunto de valores, metas ou imagens ideais que orientam a conformação das redes, para que possam exercer algum tipo de controle em relação às práticas executadas.

A quarta dimensão, normatividades, propõe-se a identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia, a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento e os códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

A última dimensão, subjetividade, atravessa todas as anteriores, haja vista a criação e a modificação dos processos envolvidos na rede a serem produzidas por seres humanos. Daí a importância de identificar protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos e indivíduos que perpassam aspectos das demais dimensões.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo de pesquisa avaliativa em saúde, voltada à compreensão de experiências subjetivas de usuários, objeto que escapa à quantificação e às representações numéricas (Bosi, 2012, p.576).

A RAPS é organizada pelos componentes: Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada; Atenção às Urgências e Emergências; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação (MENDES, 2011). Selecionamos como cenário do estudo, três dispositivos da RAPS no município de Fortaleza - Ceará: o CAPS Geral; os leitos psiquiátricos em hospital geral, no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC); e o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), o único hospital psiquiátrico público estadual.

Os participantes da pesquisa são usuários acima de 18 anos, abordados pela pesquisadora nos dispositivos pesquisados, que no momento da entrevista estavam orientados e capazes de compreender a pesquisa e o procedimento de entrevista (e/ou seus familiares).

Para obtenção das informações valemo-nos dos prontuários dos usuários entrevistados, entrevistas dialógicas, não diretivas, e observação sistemática, buscando realizar uma pesquisa por triangulação metodológica, para captar tanto as dimensões estruturais como as dimensões relacionadas à produção subjetiva dos atores envolvidos (Bosi; Mercado, 2007, p. 49).

Quanto ao fechamento amostral, adotamos o critério de *information power* (Malterud et al, 2016, p.2) e assim realizamos dez entrevistas no CAPS, 12 entrevistas no HSMM e cinco entrevistas no HUWC, as quais serão identificadas pela sigla de cada local.

O material empírico (discursivo) registrado em áudio foi produzido e transcrito pelos próprios pesquisadores e analisado na perspectiva crítico-interpretativa da hermenêutica filosófica de Gadamer (2008, p.400), permitindo a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da rede de significados.

A realização desta pesquisa obedeceu à resolução nº 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016, p.2) atendendo todas as exigências éticas e científicas, bem como a livre e esclarecida

anuência dos participantes e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 71395, CAAE 05187312.5.0000.5054.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conectividade

A presença de distintos dispositivos na rede de atenção à saúde mental pode produzir relações entre esses serviços, descritas como fluxos, conexões ou vínculos. Há uma grande variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, apresentando variações no modo como acontecem, suas condições e seus efeitos práticos (Amaral, 2013, p.35). Dessa forma, apresentaremos quais tipos de relação acontecem em cada um e entre eles e com qual objetivo e sob que condições e expectativas elas são realizadas.

O acesso aos serviços da RAPS pode ocorrer por demanda espontânea ou encaminhamento de outro serviço de saúde, matriciamento, interconsulta, estudo de casos, contato telefônico e visita institucional, tal como encontrados por Amaral (2013, p.81) e Rodovalho e Pegoraro (2020, p.5). Pontuamos o modo como nossos entrevistados acessaram os dispositivos pesquisados:

- Acesso ao CAPS:
 1. Por demanda espontânea: “porque surgiu a necessidade também de procurar um atendimento médico, por ser o caso uma questão de saúde, então pra ver essa questão também, já que tinha na cidade o CAPS foi levado também” (CAPS1);
 2. Encaminhamento das consultas médicas particulares: “Ai passou, eu passei uns anos sem ir para as consultas, porque a Dr.^a S. foi aposentada, na época foi difícil de encontrar, ai depois eu fui, liguei para o médico de novo, aí ele encaminhou pra cá” (CAPS2);
 3. Encaminhado pela unidade básica de saúde: “No começou não sabia o que que era, aí eu levei ao posto de saúde e eles me encaminharam primeiro pro CAPS” (HSMM/HD3);
 4. Encaminhamento do hospital geral em que há leito psiquiátrico (HUWC): “Ela já passou uns tempos no CAPS daqui de baixo (em frente ao HUWC), quando ela melhorou e todos

os meses ela vinha era pra lá e foi mais aqui mesmo e lá (HUWC2);

5. Após alta do hospital psiquiátrico.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSSMM) realizada por Amaral (2013, p.122), estes afirmaram que praticamente todos os pacientes que recebem alta são encaminhados ao CAPS de referência. Encontramos relatos, como o primeiro abaixo, que corroboram esta afirmação, e outros em que não houve o encaminhamento.

Vai fazer um mês, mas amanhã eu tô de alta, eu falei com a doutora hoje e ela vai me mandar pro CAPS lá no do Carlito [bairro Carlito Pamplona], vou lá receber o remédio (HSMM3).

Assim, a gente nunca foi lá, ela nunca foi passada para o CAPS (HSMM2).

Mesmo nos casos em que houve um encaminhamento para o cuidado no CAPS, algumas dessas pessoas mantiveram a dependência da instituição hospitalar no que concerne ao acompanhamento médico psiquiátrico e ao recebimento periódico da medicação, especialmente as de alto custo.

Ele foi (ao HSMM) porque não estava tendo os remédios (no CAPS) (CAPS3).

Pro CAPS fui só receber remédio, agora vou mais não, porque estou sendo consultada aqui. Isso foi antes de ser internada aqui. Parei de ir, porque passou um tempo sem lá (no CAPS do Bom Jardim) dar remédio, e aqui nunca faltou. Esse que estou tomando agora, só uma caixa custa 400 reais (HSMM/HD3).

- Encaminhamento dos CAPS para o serviço de atenção primária, após a alta: “Aí me deram alta, me mandaram que eu ficasse pegando a receita no posto” (CAPS5).
- Encaminhamento dos CAPS para o hospital psiquiátrico quando há a necessidade de internação:

Antes de ela passar por aqui (no HSMM), a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do bairro Bom Jardim, que foi onde a gente conseguiu. (...) Levamos ela ao CAPS, chamamos ela (a médica) até o carro, olha, vá lá ver a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, olhe, vá direto pro (Hospital) de Messejana que ela precisa de internação (HSMM6).

- Acesso aos leitos em hospital geral: Os dois leitos psiquiátricos existentes no HUWC são ocupados apenas por aqueles que vêm encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica

Foi logo transferida pra cá porque ela tava sentindo muita febre, mais da febre, umas febres muito altas, podia ser problema da urina né, infecção urinária (HUWC2).

- Como exceção, temos aqueles que são encaminhados exclusivamente para o ambulatório e o Hospital-Dia:

Todo mês eu venho me consultar e pegar a medicação (HSMM/HD3).

passei quatro meses internada, depois que saí eu tava crente que ia pra casa e me mandaram pra cá, passei mais quatro meses aqui (HSMM/HD5).

Apesar de ser composta por fluxos, Santos (2008, p.183) ressalta que as redes possuem uma forma material, tendo por isso exigências materiais para que o fluxo aconteça e alcance os efeitos desejados. Os aspectos materiais dessa relação incluem as condições de acessibilidade do serviço de destino, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais (Adami, 1993, p.55). O conhecimento desses condicionantes dos serviços de destinos por parte dos profissionais do serviço de origem é necessário para que eles possam antecipar adequadamente a eficácia ou falha em um possível encaminhamento, como ocorreram nos casos abaixo.

Quando ela sai do hospital, aí eles botam ela pro CAPS, não tem nenhum CAPS perto da casa dela, só tem em outro bairro mais longe, aí vem pra cá logo (HSMM7).

Aí eu fui no CAPS, só que quando eu cheguei no CAPS marcaram pra três meses, aí eu voltei pro posto e falei doutora, não tem condição, ele não dorme, só com pensamento de suicídio, aí ela me deu o encaminhamento pra cá e aqui graças a Deus ele foi atendido, já tá com dois anos sendo atendido no ambulatório. Aí passou, depois ele teve um momento de euforia, se internou. Aí no CAPS, quando eu marquei era fevereiro, aí quando foi em abril, me ligaram pra dizer que ia ter médico só em julho, cheguei nem ir a primeira vez e já me ligaram adiando (HSMM/HD1).

*Antes de ela passar por aqui, a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do Bom Jardim que foi onde a gente conseguiu.
Entrevistador: E lá nos outros (NOS CAPS) eles diziam o que?
Usuário: Que tava cheio que tava lotado, que não tinha hospital, que tava fechado, isso e aquilo outro (HSMM6).*

Passos e Barros (2004, p. 164) destacam que a RAS pode ter um funcionamento quente e outro, frio. Em sua dinâmica quente, a rede opera de modo descentralizado, movimentando-se com uma alta potência de conectividade que é geradora de efeitos de diferenciação contínua. Na dinâmica de esfriamento da rede de saúde mental, existem várias e desordenadas portas de entrada e nenhuma porta de saída. Os usuários chegam, são acolhidos, ficando por longos anos, apesar de não necessitarem de atenção diária e integral e poderiam estar sendo acolhidos em outros equipamentos, não só da rede de saúde, mas da rede intersectorial. Os autores ressaltam que os usuários são acolhidos porque, muitas vezes, não existem perspectivas para onde encaminhá-los.

A fala a seguir reflete bem a dinâmica de esfriamento, em que a família pede que usuária permaneça no hospital psiquiátrico, com receio da mesma descontinuar o tratamento:

Na semana passada que a gente veio, todos os dias eles diziam da alta, porque toda quinta-feira eles dão alta pra passar o final de semana em casa, mas só que do jeito que ela tá aí não adianta, eu peço a doutora pra não mandar, porque a gente tem medo de o efeito do remédio sair e a reação dela voltar, entendeu? A gente não quer ela lá em casa, sofrendo lá em casa, aqui tem medicamento, tem injeção, tem tudo e lá a gente tem o quê? (HSMM)

Identifica-se aqui, uma ausência de movimento da rede, produzindo um baixo grau de conectividade quando a rede não se tece. Essa ausência de conexão e movimento da rede cria uma dinâmica de esfriamento caracterizada pela função de segmentação, exploração, segregação e centralização, que fagocita seu próprio movimento reticular.

A atenção psicossocial pensada como uma Rede deverá ter seu trabalho desenvolvido vislumbrando a responsabilização pelo usuário. Tal responsabilização envolve não apenas a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada, mas de pontos de movimento desse mesmo usuário na RAPS. A Rede deve estar preparada para redesenhar seu projeto terapêutico, ou seja, para ir além do encaminhamento consoante a linha desenvolvida por Mendes (2011, p.86), acerca de RAS.

É nessa perspectiva de movimento da pessoa atendida na RAPS que a ideia de linha de cuidado pode ser articulada para garantir fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco, 2007, 429).

Integração

Partimos do pressuposto de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, demandas que inicialmente fazem parte de seu escopo de responsabilidade podem exigir intervenções complementares, ou podem evoluir para quadros mais simples ou mais graves, tornando-se responsabilidade de outros serviços, como ocorrido do CAPS para a atenção primária, para o hospital psiquiátrico, para a Unidade de Pronto Atendimento, desta para o hospital geral, do

hospital psiquiátrico para o hospital geral, e deste para o CAPS, respectivamente, conforme narrado pelos usuários.

Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui (CAPS5).

Aí, dia dois, a gente não aguentou mais, ela tava muito agressiva, quebrando tudo dentro de casa, aí eu resolvi trazer ela ao CAPS. Chamamos a médica) até o carro, olha a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, vá direto pra (Hospital de) Messejana que ela precisa de internação (HSMM6).

(...) ele estava no CAPS lá na Barra do Ceará (bairro), aí lá ele apresentou uma febre e essa febre ele ficou sem falar, sem nada, sem urinar, sem nada, aí trouxeram pra UPA (...) aí ele pegou e veio pra cá (...), graças a Deus ele conseguiu dormir, o médico botou, passou uma medicação mais forte e ele dormiu a noite todinha (HUWC5).

Ainda que o SUS oriente-se pelo princípio da integralidade, as organizações entre os serviços obedecem a agrupamentos temáticos, que lidam com demandas semelhantes, saúde mental, por exemplo. Em um contexto de rede, Lima et al. (2012, p.430) defendem que quando um primeiro serviço considera inadequada para si uma determinada demanda, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente a outro serviço apropriado.

Ao assumir a condição de interdependência com outro serviço, ou, pelo menos, da possibilidade de potencializar a melhoria do estado de saúde por meio da colaboração com outro dispositivo, estamos adentrando a esfera da complementaridade. A continuidade do cuidado geralmente se beneficia da manutenção do vínculo com um profissional ou equipe (Lima et al., 2012, p.425). Esses benefícios incluem a facilidade de acesso às informações dos pacientes e pelo

tipo de relação estabelecida entre o profissional e o usuário do serviço. Exemplo disto ocorre após o internamento no HSMM, as pessoas podem continuar o tratamento no Hospital-Dia, justificado pelos médicos pela possibilidade de o paciente continuar a ser acompanhado pelo profissional ou residente responsável por ele na internação (Amaral, 2013, p.122).

Além disto, a relação de confiança facilita a adesão ao tratamento.

Eu frequentava o CAPS aqui da Messejana, esse que tem aqui na Seis Bocas (bairro), onde a drª S. trabalha agora. (...) Faz seis anos que eu conheço a doutora, ela é a minha psiquiatra há muitos anos. A doutora S. é uma ótima doutora, a minha doutora preferida, é ela e agora esse doutor que ta cuidando de mim desde a outra vez, o mesmo médico que me aposentou (HSMM7).

Outro tipo de continuidade acontece quando ocorrem diferentes intervenções, de modo a complementar o efeito da anterior. Isso aconteceu dentro do CAPS, do HSMM e do HUWC, onde o usuário necessitou de intervenções do psiquiatra, administradas pelo enfermeiro, e participa de oficinas da terapia ocupacional, psicoterapia e atendimentos do serviço social, conforme observamos nos prontuários dos usuários em cada um destes serviços.

Lá a gente tomava banho, trocava de roupa, tinha merenda, tinha chá na hora da janta, tinha bolacha, tinha as psicólogas, do jeito daqui, tinha as fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, tinha medicamento pra gente tomar lá, lá era bom (HSMM/HD4).

Tem as meninas do grupo, psicólogas e ele gosta muito, toda quinta ele vem. Gosta, porque elas fazem muitas coisas assim, quando tem as festas eles mesmo que organiza, eles fazem os enfeites, bota isso pra eles fazer, sabe!?! (CAPS2).

Apesar dos aspectos observados de integração entre os serviços, quando investigamos a continuidade entre o CAPS e o HSMM, escutamos dificuldades semelhantes às apontadas por Sampaio e

Bispo Junior (2021) em avaliação realizada na Bahia, não apenas no direcionamento da demanda para o serviço adequado, como mencionado na dimensão anterior, mas de garantir a manutenção da atenção de forma apropriada. Os relatos identificam um aspecto vinculado à quebra dessa continuidade: a dificuldade do CAPS em absorver a demanda de egressos dos hospitais e evitar crise, principalmente em decorrência da indisponibilidade de atendimento psiquiátrico ou de medicação.

Normatividades

Esta dimensão analítica permite identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia; a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento; códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

Nas observações sistemáticas no CAPS, acompanhamos pessoas que vieram pela primeira vez ao serviço e usuários sem agendamentos, mas com demandas para atendimento naquele momento, os quais foram direcionados ao “acolhimento”, para uma escuta qualificada do sofrimento e avaliação de acordo com a classificação de riscos para determinar se a pessoa será atendida por outros profissionais do serviço, engajada nas atividades, ou ser encaminhada para outro local, de acordo com a “gravidade ou severidade” do sofrimento.

Entretanto, Silva Junior e Mascarenhas (2004, p.245) e Cardoso (2021, 48) alertam que o acolhimento não é reduzido à sua dimensão física nem à recepção da demanda, mas incorpora suas dimensões subjetivas, tais como postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades, como princípios reorientadores dos serviços.

Nos momentos em que estivemos no Serviço de Pronto Atendimento do HSMM, chegavam diversas pessoas, a maioria trazida involuntariamente pela família (por meio do SAMU ou carro particular) e alguns com encaminhamento de outros serviços, inclusive de outros municípios.

No instante da conversa com o enfermeiro plantonista deste espaço para explicarmos a execução da pesquisa, entrou na sala uma família

pedindo internação para uma senhora e pude acompanhar tal ação. A partir do relato (convencimento ao profissional) do sofrimento psíquico, observamos o preenchimento pelo profissional do protocolo referente à avaliação de risco, a qual determina o fluxo a ser seguido.

As narrativas dos sujeitos pesquisados também possibilitaram percebermos as diretrizes formalizadas e não formalizadas de entrada, encaminhamento e saída dos serviços, permeadas pelas relações de proximidade entre o demandante e o profissional, ou entre os profissionais dos dois serviços e critérios subjetivos, especialmente entre o HSMS e o HUWC, já que este não é regulado pela central de leitos.

Os mecanismos e encaminhamentos legais, a exemplo do sistema de regulação das internações, sofrem alterações que expressam diferentes interesses e conflitos (de ideias, econômicos, afetivos, sociais, etc) com as situações vividas pelos envolvidos no processo de internação psiquiátrica, apontando a complexidade dessa tomada de decisão.

Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá grave, que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui, tem que dar a vaga pras pessoas que tá mais precisando, que tá em crise (CAPS5).

Eu fui ao Hospital de Messejana porque é lá que a gente consegue a internação, passei uma noite lá. O médico que me atendeu, psiquiatra, o doutor A. L. é ótimo e foi ele que conseguiu uma vaga aqui pra mim, porque eu tô gestante e ele achou que era melhor aqui, porque ele me encaminhou pra cá (HUWC3).

Cecílio e Mehry (2003, p.199) conceituam sistema como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços”. Ou seja, o sistema se torna rede porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora é capaz de antever e engessar as movimentações sociais.

Mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, são um pouco autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto, pois não se pode esquecer que normas e instrumentos somente existem como prática social em situações reais, históricas.

Subjetividade(s)

A última dimensão atravessa todas as anteriores e encontramos tais aspectos também nas outras categorias, haja vista a criação e a modificação dos processos envolvidos na rede serem produzidas por humanos. Daí resgatarmos aqui os protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos, indivíduos.

O denominado 'sistema de saúde' é, na verdade, um campo atravessado por pacientes, mais ou menos formalizados, percursos nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora (Cecílio; Mehry, 2003, p.199).

Conforme situamos na categoria anterior, critérios subjetivos concorrem com as diretrizes formais e modificam o acesso ao serviço, o senso de responsabilidade para com os usuários se sobrepõem aos critérios de entrada, ou seja, os critérios informais de entrada e de encaminhamento são marcados por disposições singulares de profissionais ou serviços.

Eu estava três dias sem dormir e sem me alimentar direito e assim, eu tô gestante realmente e a enfermeira de lá se comoveu e mandou eu me deitar no leito lá (HUWC3).

A forma como a família apresenta a situação do paciente, a maneira como se comportam em relação a ele, podem também influenciar a decisão de qual fluxo será seguido no serviço ou em outro.

Ela ia ficar no lado de fora dessa derradeira vez, na primeira vez ela entrou pra ser atendida logo, mas dessa vez eles queriam deixar do lado de fora, aí eu

disse: não, não vou deixar a mulher do lado de fora não, vocês não querem acompanhante, não tem como deixar ela aqui só não, aí o cara que tava na minha frente era meio desenrolado, ou vocês arrumam leito pra ela ficar internada, ou então, vou já chamar 190, Barra Pesada (programas televisivos policiais), vai já passar a cara de vocês aqui, aí a mulher disse: se acalme, que vamos já arrumar um leito pra ela, aí arrumaram um leito pra ela (HSMM6).

Pinheiro e Martins (2011, p. 207) apontam para a existência de redes de sustentação e de apoio para o cuidado, as quais revelam a presença de "pessoas-chave" "mediadoras de redes para o cuidado", ao abrir os fluxos ou possibilitar acessos ao subsistema de cuidado profissional podendo ser profissionais de saúde, pessoas de uma comunidade, ou membros da família.

Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores gerem e configuram a assistência prestada, ao escolherem agir numa ou noutra direção. Atualizam velhos modelos ou delineiam novas possibilidades. Assim como o fazem a comunidade e os usuários singulares, ao procurarem um pronto-socorro para resolver uma queixa que tecnicamente é considerada relativa à atenção primária (CAPS6) ou ainda, quando visitam os espaços religiosos antes ou ao mesmo tempo dos serviços de saúde.

Por fim, as formas de relações com os usuários nos diferentes serviços e até no mesmo são bem diversas. Observamos nos três espaços pesquisados tanto a presença de relações afetivas entre os profissionais e os usuários, como atos de violência psicológica, que remetem à qualidade do cuidado recebido.

Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas (CAPS5).

Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o q falar, todas as vezes q trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não tem nenhuma ignorância, nos outros cantos o povo deixa nem você explicar o que tá sentindo, esses postos de saúde tudo a gente não é bem tratada e aqui eu me sinto bem tratada tanto o paciente como o acompanhante (HUWC1).

*As enfermeiras algumas eram legais, outras não,
eram bem rudes com a gente (HSMM/HD5).*

Consoante Franco e Merhy (2015, 193), para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz um novo desafio: reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde não se dá apenas pela excelência técnica. Será necessário também investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como viabilizadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar por sua clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidados em saúde mental nos permitiram identificar elementos que desvelam aspectos da (des)articulação em rede, tendo como norte o modelo analítico-conceitual apresentado. Reconhecemos a existência de vários tipos de relações entre os serviços pesquisados, com o encaminhamento como a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre estes como na interação de cada um deles com os demais. Houve tanto rupturas na continuidade do cuidado de um serviço a outro como a garantia de acesso a outros serviços após a alta ou encaminhamento.

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva da qualidade do cuidado, enfatizando o uso de metodologias avaliativas centradas nos usuários, tem no reconhecimento dos itinerários e sua relação com as redes sociais a ideia-força de afirmação da cidadania e potência dos mesmos. Assim, a compreensão da experiência de sofrimento psíquico e de busca por cuidado em saúde nos ofereceram contribuições importantes para a avaliação pretendida da RAPS.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 1, n. 2, p. 53- 67, 1993.

AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013. 247f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2013.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 51, p. 1-6, 2016.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017a.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da construção de modelos avaliativos de redes de atenção: um relato de experiência. In: TANAKA, Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017b. p. 53-62.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 17, n. 3, 2012.

BOSI, M.L.M; MERCADO, F.X. (Org) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-

MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10** Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. v7, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, Nov. 2011.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p.197-210.

CARDOSO, P. O acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial: conceito e importância. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v.4, n.1, p47 – 53, 2021. Disponível em:<https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/493> Acesso em 20 maio de 2023.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez, 2007.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ- ABRASCO, 2015.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M., CARVALHO, U. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 715-739.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; KIELING, C.; MOREIRA, H.C.; RAZZOUK, D. Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**. v.34, n.4, p.434-439, 2012.

GUBA EG.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Ed da Unicamp, 2011.

LIMA, M. Et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.41, p. 423-434, 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERCADO, F.J. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero- América no início do século XXI. In: BOSI, M. L.; **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p.22- 62.

MALTERUD, Kirsti et al. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. **Qualitative health research**, vol. 26,n.13, p. 1753-1760, 2016.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-59, 2000

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, v.19, n.20, p. 159 -171, 2004.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

RODOVALHO, A.L.P.; PEGORARO, R.F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 16, n,1 p.1-8, 2020.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. 2021, v. 37, n. 3.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004, p. 241-257.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.4, p. 821-828, 2012.

TEDESCO, S.; SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos. In: CARVALHO, et al. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Divulgação em Saúde para Debate. n. 3, p. 17-25. 1991.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.