

SAÚDE E REDES VIVAS DE CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ARTICULANDO AÇÕES ESTRATÉGICAS NO TERRITÓRIO*

Health and networks live of primary care: articulating strategic actions in the territory

Salud y redes vivas de cuidado en la atención primaria: articulación de acciones estratégicas en el territorio

**Thayane Pereira da Silva
Ferreira**

Terapeuta Ocupacional. Universidade
Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa,
Brasil.

thayane.silva01@hotmail.com

Carmen Teresa Costa

Docente aposentada do Departamento de
Terapia Ocupacional da Universidade
Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa,
Brasil.

carmntcs@hotmail.com

Resumo

O estudo propõe um debate sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, partindo do entendimento de que a produção do cuidado se dá em redes, não apenas institucionais, mas redes vivas e de potência criativa. O percurso metodológico se deu por meio da cartografia, de modo que foi possível rastrear o território para além dos serviços de saúde. Como meio de produção de dados utilizaram-se os diários de campo produzidos na vigência de doze meses do projeto de extensão: *Saúde Mental na atenção básica- desafio e necessidade*, desenvolvido em uma unidade integrada de saúde da família de um município do estado da Paraíba. A vivência e atuação no território se deram inicialmente pelo mapeamento das redes de cuidado territoriais, como também a problematização das ações de cuidado na atenção básica, com o intuito de ampliar o debate sobre o papel das redes vivas no cuidado em saúde. Tal discussão possibilitou o desenvolvimento de ações em saúde pautadas na integralidade do cuidado, coesão social, produção de vida. Estes resultados apontam para a necessidade em se pensar ações compartilhadas e inseridas no território, tendo em vista que a saúde envolve também os territórios existenciais pelos quais os sujeitos circulam e produzem relações. A terapia ocupacional tem contribuído significativamente na consolidação deste cuidado.

Palavras-chaves: Assistência integral à saúde; Atenção primária à saúde; Rede social; Saúde mental; Terapia ocupacional.

Abstract

The study proposes a debate on mental health care in primary care, based on the understanding that the production of care takes place in networks, not only institutional, but also living networks and creative power. The methodological approach was through the mapping, so it was possible to trace the territory beyond the health services. As a means of production, data field diaries were produced in the presence of twelve months of the extension project: *Mental Health in the primary care - challenge and need*, developed in an integrated health unit family in a municipality of state of Paraíba. The experience and operation in the territory was given initially by mapping of care networks available in the territory, as well as the questioning of care actions in primary care, in order to broaden the debate on the role of living networks in health care. This discussion enabled the development of health actions based on integrality of care, social cohesion, production of life in primary care. These results point to the need to think about shared and embedded actions in the territory, with a view that health also involves the existential territories for which individuals circulate and produce relations. Occupational therapy has significantly contributed to the consolidation of territorial care.

Keywords: Comprehensive health care; Primary health care; Social network; Mental health, Occupational therapy.

Resumen

El estudio propone un debate sobre el cuidado en salud mental en la atención básica, basado en el entendimiento de que la producción de la atención se lleva a cabo en las redes, no sólo institucional, sino redes vivas y con poder creativo. El enfoque metodológico fue a través de la medio de la cartografía, por lo que fue posible rastrear el territorio más allá de los servicios de salud. Como medio de producción de datos se utilizaron diarios de campo producidos en la vigencia de doce meses del proyecto de extensión: *Salud Mental en la atención básica - desafío y necesidad*, desarrollado en una unidad de salud de la familia integrada un condado en el estado de Paraíba. La experiencia y las operaciones en el territorio fue dado inicialmente por el mapeo de las redes de atención disponibles en el territorio, así como el cuestionamiento de las acciones de atención en la atención primaria, con el fin de ampliar el debate sobre el papel de las redes vivas en el cuidado de la salud. Esta discusión permitió el desarrollo de las acciones de salud basados en la atención integral, la cohesión social, la producción de vida. Estos resultados apuntan a la necesidad de pensar acciones compartidas en el territorio, teniendo en cuenta que la salud involucra también los territorios existenciales por los cuales los sujetos circulan y producen relaciones. La terapia ocupacional ha contribuido significativamente en la consolidación de este cuidado.

Palabras clave: Asistencia integral de salud; Atención primaria de salud; Red social; Salud mental, Terapia ocupacional.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem como um de seus princípios possibilitar “o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam cuidado em saúde mental”¹. Assim, as ações devem ser desenvolvidas no território geográfico de abrangência, cobertos pelos serviços de saúde possibilitando a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade das pessoas que ali vivem, suas relações, condições de moradia e suas ocupações cotidianas com vista à produção do cuidado que esteja atenta às reais necessidades destas pessoas, grupos e populações².

A aproximação com o território auxilia e fortalece as ações de saúde que devem estar direcionadas à pessoa, sua família e o contexto no qual vivem. Tal condição auxilia na construção de vínculos dos profissionais com os usuários da atenção básica³. No entanto, um desafio permanente ainda tem sido o empoderamento dos trabalhadores da atenção básica para lidarem com as demandas em saúde mental. De tal modo que estes trabalhadores, por vezes, entendem que cuidar de pessoas em sofrimento mental demanda conhecimentos e técnicas que vão além daquilo que já operam em seu trabalho cotidiano, alegando certa insegurança no cuidado^{1,4}. Entretanto, desenvolver ações em saúde mental na atenção básica:

270

(...) não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (p.13)¹

Considerar esses aspectos para cuidar do outro é fundamental, uma vez que ao reconhecermos a singularidade de cada pessoa, trazemos à cena a sua multiplicidade, que possibilita a busca de diferentes estratégias para cuidar das diversas vidas que se manifestam em um só sujeito⁵.

E, como um ser múltiplo que pertence e ocupa vários “mundos de existência” é preciso incorporar nas práticas em saúde, estes outros mundos reconhecendo o outro como um ser social, cultural e cidadão e não apenas um corpo biológico⁶.

Nesta direção, ao considerarmos as diversas dimensões que envolvem o sujeito, propomos um debate sobre a organização do sistema de saúde em redes⁷. De acordo com Mendes³ as redes se organizam em níveis hierárquicos de assistência, para atender as demandas de baixa, média e alta complexidade. No entanto, segundo alguns autores, como

Franco¹², Merhy⁵ defendem a ideia de que esta concepção de redes não consegue por si só abarcar a complexidade que envolve o cuidado em saúde mental⁸. Tendo em vista que este, muitas vezes, perpassa a estruturação dos serviços, e se efetiva “fora dos circuitos da saúde”^{4,5}.

Partindo desse pressuposto, novos espaços de cuidado merecem visibilidade, como as redes vivas^{9, 10}, compreendendo as redes sociais e de apoio que podem potencializar as ações e garantir que as pessoas ocupem outros espaços na comunidade, ampliando a concepção da produção do cuidado em saúde¹¹. No entanto, vale destacar que tal aposta ainda é um impasse da saúde mental, que,:

Ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, deve impulsioná-los a habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (p. 21)¹.

O debate sobre a abertura à diversidade que é inerente a cada pessoa e a própria sociedade nos convoca a discutir sobre a importância das redes vivas no cuidado em saúde, tendo em vista que estas se encontram próximas do cotidiano das pessoas, e podem ou/ não disparar vínculos e pertencimentos entre os sujeitos. Mângia¹¹ aponta que, no campo da saúde mental, o uso da metodologia de redes tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidados, tendo em vista que estas funcionam como suporte e apoio no fortalecimento destes sujeitos em suas vidas.

Falar sobre o cuidado em redes convoca também o debate a atuação do terapeuta ocupacional nos espaços da atenção básica, tendo em vista que este profissional contribui na efetivação de abordagens mais abrangentes sobre o conceito de saúde, tendo em vista que o seu objeto de estudo e intervenção perpassa pela compreensão da relação que o indivíduo estabelece com as suas atividades no cotidiano. Neste sentido, o terapeuta ocupacional e sua visão ampliada sobre os indivíduos e as ocupações, entende os processos de adoecimentos e incapacidades a partir da dimensão biopsicossocial que envolve estes sujeitos¹⁸.

O olhar do terapeuta ocupacional traz por si, um diferencial na produção do cuidado, pois ao considerar o fazer humano e o cotidiano, como fundamentais para a saúde do indivíduo, este profissional reconhece o papel das redes sociais e de apoio na vida das pessoas, grupos e/ou populações.

Além destes debates, outro merece destaque. A dimensão do cuidado em saúde deve incorporar a concepção de *territórios existenciais*, de modo a considerar não apenas as

dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde⁵. Entendendo, como nos propõe Guattari (1990) que estes territórios são coletivos e se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

Portanto, trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a *relação*^{1,5}. E nesse processo, onde a relação se estabelece a todo o momento através dos encontros, a capacidade inventiva do trabalhador no seu processo de cuidar cria linhas de fugas a todo instante para produzir forças instituintes, ou seja, aquelas que não são ditadas nas organizações dos sistemas de saúde, em interface às normas instituídas do sistema de saúde¹².

Partindo desta discussão e aposta epistemológica nas formas de cuidado em saúde mental, este artigo traz apontamentos sobre vivências na atenção básica através do projeto de extensão *Saúde Mental na atenção básica: desafio e necessidade* da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tem como objetivo problematizar as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica, a partir do entendimento de que a produção do cuidado se dá em redes, não apenas institucionais, mas redes vivas e de potência criativa^{3, 5}.

272

2 MÉTODO

Partindo do entendimento de que a saúde é construída no território, e que este deve ser compreendido não apenas como espaço físico e geograficamente definido, mas como território existencial e de produção de sentidos¹³ realizamos uma cartografia do território, mapeando as redes de saúde, educação, cultura e de lazer. A cartografia possibilita o conhecimento do território e a identificação das redes, por onde as pessoas circulam na produção de suas existências¹⁴.

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido por estudantes do curso de Terapia Ocupacional, Farmácia e Enfermagem e professores do curso de Terapia Ocupacional e Medicina, no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-PB.

A vivência destes pesquisadores foi registrada em diários de campo que possibilitaram o resgate da memória durante a produção dos dados. As atividades foram desenvolvidas durante os meses de janeiro a dezembro de 2014, duas vezes por semana a com duração em média de cinco horas na unidade de saúde da família e no território.

O processo de análise dos dados se deu a partir destes registros em interface com os referenciais das políticas públicas em saúde^{15, 16} micropolítica^{3, 5, 6, 8}, das redes sociais e de apoio no cuidado em saúde mental^{2, 11, 17} e da atuação da Terapia Ocupacional na atenção básica¹⁸.

O projeto de extensão ao qual se vincula este estudo foi aprovado pela Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Federal da Paraíba, do edital Probex 2013 sob o registro 143903.654.112998.09032013.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Saúde mental num contexto de conflitos e luta por sobrevivência: desafios na produção do cuidado em redes

273

Partindo do pressuposto de que a saúde é construída e mantida no território¹³, onde as pessoas estabelecem/ou não vínculos e pertencimentos, problematizamos a ideia de se pensar a saúde nesse contexto o qual o estudo pretende descrever.

O bairro do Gervásio Maia, do município de João Pessoa-PB, é marcado por uma série de conflitos, violência e condições precárias de sobrevivência que fazem parte do cotidiano das pessoas que lá habitam.

É uma comunidade que tem um longo histórico de luta por posse de terras, de moradia e de direitos básicos de sobrevivência que muitas vezes apresentam-se como demandas de saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS). Além disso, apresenta redes de apoio que podem funcionar como redes vivas de cuidado em saúde na sua potência criativa³ contribuindo e fortalecendo as ações de saúde desenvolvidas.

Pensando saúde nesse contexto e a partir das discussões sobre território¹³, redes vivas⁵, e cuidado apontadas pela literatura, realizamos inicialmente o mapeamento das redes do território, buscando transpor “os muros dos serviços de saúde” e dar novas visibilidades e dizibilidades ao processo saúde-doença e o cuidado em saúde na comunidade. Este

mapeamento foi realizado através da visita dos estudantes aos serviços de saúde, educação, cultura, esporte, lazer entre outros, da comunidade, reconhecendo estes lugares como produtores de cuidado.

Adotamos a ideia de que uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico¹².

Assim, desenvolvemos diversas ações na atenção básica, dentro e fora da unidade de saúde englobando os diferentes atores da comunidade, como a escola, associações de moradores, grupos de cultura local, esporte e lazer e outros, na perspectiva de integrá-las e articulá-las no cuidado em saúde mental.

Tais ações envolviam a equipe da unidade de saúde da família, associação dos moradores, escola, cultura, esporte, instituições filantrópicas do local, sendo articuladas e organizadas entre estes setores, com o apoio dos estudantes envolvidos no projeto de extensão, entre eles, discentes do curso de Terapia Ocupacional, Farmácia, Enfermagem e Medicina.

No desenvolvimento destas ações, o olhar da Terapia Ocupacional e sua concepção ampliada da saúde, no sentido de considerar os indivíduos em suas multidimensionalidades⁵, reafirma a necessidade de inserção deste profissional na equipe de atenção básica no cuidado às pessoas, grupos e comunidades Tendo em vista que o terapeuta ocupacional considera as diversas dimensões que envolvem o sujeito no seu cotidiano. Nesta direção é fundamental que:

As intervenções em saúde promovam novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (p.23)¹¹.

As ações ganharam visibilidade nos espaços desenvolvidos e para além deles. A comunidade passou a ter esse conhecimento dos dispositivos disponíveis no território e o conceito de saúde como um bem-estar para além da doença¹⁹ ampliou-se na perspectiva de direito a ser garantido não apenas por aqueles que trabalham na saúde, mas também e

principalmente por aqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) através da co-responsabilização do cuidado por si, pelo outro e pela comunidade que habita.

Ampliar o olhar na produção do cuidado em saúde mental, seja na perspectiva da promoção e prevenção de adoecimentos e/ou de sofrimento psíquico na atenção básica, é um desafio cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental, que enquanto porta de entrada do sistema de saúde deve considerar a existência e a singularidade das pessoas que produzem vida em multiplicidades.

3.2. A visibilidade da potência do cuidado em redes vivas à luz da comunidade

O conhecimento e reconhecimento do papel das redes no cuidado por parte dos setores da comunidade (saúde, educação, cultura, esporte, e etc.), ampliou o olhar destes em relação às redes do território, auxiliando-os na integração da comunidade na busca de estratégias para a resolução de conflitos e violências do local que se reproduziam no ambiente escolar e refletiam a todo o momento nas relações entre as pessoas, seja na praça do local, nas ruas, espaços de convivência, etc.

As ações que eram desenvolvidas na unidade de saúde, e que se restringiam apenas ao setor saúde, ampliaram o seu escopo para a comunidade, de modo que esta passou a reconhecer as redes sociais e de apoio como potentes para a construção de estratégias e resolução de conflitos que o local apresenta no seu cotidiano. Nesta direção, o processo de trocas e compartilhamentos que aconteceram a partir das ações estratégicas da saúde, mais precisamente, da atenção básica em englobar e articular os outros setores, como a cultura, educação e representantes da comunidade para planejarem e desenvolverem ações de cuidado à comunidade.

Tais ações tinham contribuições da Terapia Ocupacional, no sentido de dar visibilidade ao cotidiano das pessoas do local, seus papéis assumidos na comunidade, seus repertórios ocupacionais e a relação com o processo saúde-doença, e assim por diante. A Terapia Ocupacional mostrou-se fundamental no planejamento e desenvolvimento das ações, tendo em vista que esta se pauta no que é significativo para o sujeito e naquilo que estrutura o seu cotidiano.

Nesta perspectiva, a intersectorialidade, enquanto processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores da comunidade^{1, 18} deve ser considerada nas práticas em saúde, tendo em vista que possibilita a construção de intervenções compartilhadas, pautadas no vínculo, corresponsabilidade e cogestão para a resolução de problemas no e do território.

A articulação da saúde com os outros setores possibilitou também que o inverso acontecesse, ou seja, os setores da educação, cultura, esporte, representantes do bairro, também se reunissem para dialogar sobre as situações vigentes na comunidade, como a violência, legitimando este espaço como lugar de trocas e compartilhamento e de corresponsabilização sobre os problemas locais. De modo a envolver também outros setores que se debruçam nas questões sociais, econômicas e políticas a qual a comunidade encontra-se vulnerável. Esse processo disparou uma construção de redes, com vista à coesão social¹⁹ e de estratégias territoriais.

Nesta direção, problematizamos que quando pensamos sobre saúde, torna-se imprescindível considerar o território em que as pessoas habitam, sobre o que elas fazem no seu cotidiano, quais papéis desempenham na comunidade, suas condições sociais e econômicas, no intuito de se produzir cuidado em saúde /saúde mental que esteja implicado e pautado na produção de vida.

Tais ações reafirmaram a necessidade da inserção da Terapia Ocupacional no contexto da atenção básica em saúde, tendo em vista que esta apresenta o olhar ampliado sobre o indivíduo, entendendo-o como um ser ocupacional, que se produz e é produzido nos seus fazeres e relações do cotidiano.

3.3.Direitos humanos e dignidade: tecendo redes vivas na produção do cuidado em saúde mental

Entendendo que a saúde e a cidadania são indissociáveis¹ problematizaremos algumas situações vivenciadas na comunidade que tem como marco a luta diária para a garantia de direitos humanos e dignidade.

Durante um encontro demandado pela comunidade com todos os representantes do bairro e a gestão municipal de educação, discutiu-se sobre o que era a violência no local e sua

desenfreada expansão que impedia às pessoas circularem no local e desenvolverem suas atividades cotidianas, como o trabalho, educação e lazer.

Alguns dos atores da comunidade, aqueles representantes da cultura, esporte e da educação referiam com propriedade que muitas dessas demandas de violência eram reflexos da violação de direitos que essas pessoas e/ou grupos estavam sujeitos abordando situações cotidianas a qual elas vivenciavam, como descrito na fala de um dos moradores que participava da discussão.

(...) *“Sabe o que eu acho que é violência? É você acordar de manhã e não ter o que comer, é vim para a escola e não ter o que vestir, isso sim é violência”.*
(Fala de um morador do local).

(...) *“E ainda mais, você não ter onde dormir, vivendo em condições precárias de não ter nem condição de vir à escola porque onde você mora (dirá que perto de um rio, na sua margem) quando chove, a lama cobre a canela e não têm nem como você caminhar. Você vem para a escola e é claro que você já vem revoltado. Se alguém lhe tratar mal, ou até mesmo nem falar com você, você já se revolta e quer de alguma forma se vingar dessa vida que leva e das condições em que vive (...)”.* (Fala de um morador do local).

277

Assim, reconhecemos como os direitos humanos, aqueles ditos básicos para a dignidade, como moradia, alimentação, saneamento básico são fundamentais para a constituição da cidadania e da saúde mental das pessoas.

Discutiu-se sobre esse envolvimento das redes e sua potência criativa, e foram articuladas estratégias: como conversar com as pessoas do bairro; envolvê-las em atividades de cultura; geração de renda; participação nas associações do bairro; envolvimento das crianças e adolescentes em atividades desenvolvidas por uma instituição filantrópica do local; enfim, algumas possibilidades de integrar os setores da saúde, educacional, da cultura, da associação dos moradores, em busca de lidar com os conflitos locais. Entende-se, portanto, que as redes sociais propiciam o desenvolvimento de ações solidárias e de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano entre grupos vulneráveis, além da construção e fortalecimento do sentido de pertencimento a um grupo social.

Neste cenário, as redes vivas enquanto redes sociais e de apoio podem contribuir significativamente para a ampliação do repertório ocupacional das pessoas, garantindo que estas ocupem novos espaços, e conquistem novas oportunidades de vida³. Mas, e o que isso tem a ver com a saúde mental destas pessoas?

Uma vez que a garantia de direitos perpassa todas as dimensões da vida das pessoas, interferindo nas relações que estas estabelecem consigo mesmas, com o outro e com a sociedade as conexões em redes vivas fortalecem o escopo das ações e da vida psíquica, com vista à integralidade do cuidado e a produção de sentido para a vida dos sujeitos.

Deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a resignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo aponta na direção de concepções positivas de saúde mental¹, através do desenvolvimento de uma *consciência social* que aborde, de maneira crítica, os problemas individuais, grupais e sociais em geral²⁰.

É nesta concepção que a Terapia Ocupacional tem reafirmado sua atuação ética, política e crítica no que concerne ao desenvolvimento de ações em saúde enquanto a premissa de que todas as vidas valem a pena³, e devem ser respeitadas nas suas diversidades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento das redes foi fundamental, uma vez que possibilitou além do conhecimento da existência desses dispositivos, o entendimento da sua potencialidade na produção do cuidado e a integração destas em ações estratégicas para o cuidado, na perspectiva da coesão social¹⁹. Assim, o cuidado passou a ser compartilhado e em redes vivas, desprendendo-se da lógica do instituído para ser instituinte de acordo com as necessidades das pessoas, grupos e populações.

As ações desenvolvidas ganharam visibilidade por parte dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF), pela comunidade e sua potência criativa e de conexões ampliou-se de modo a integrar as redes vivas de cuidado em outras situações demandadas pela comunidade.

Assim, o entendimento das redes vivas no seu potencial criativo²¹ ampliou os “mundos” da produção do cuidado, que deixou de ser limitado aos serviços de saúde e passou a acontecer na comunidade, na construção de uma rede de vínculos, relações, pertencimento e envolvimento das pessoas em relação aos problemas do seu território e a sua própria vida. Ressaltamos que a produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva das redes vivas engloba e envolve todos os atores envolvidos na comunidade, e isso de fato têm potência para

se produzir uma atenção à saúde que atenda às necessidades das pessoas, em sua singularidade.

Compreende-se, que o processo criativo suscitado pelas novas práticas de cuidado em saúde podem se debruçar sobre o cotidiano das pessoas, e seus significados. Só assim, é possível identificar os diversos ‘mundos’ que as pessoas ocupam e existem, para cuidá-las de maneira integral na sua comunidade, em suas relações. Desse modo, ampliar o olhar de diferentes mundos no cuidado é um desafio, porém de necessidade evidente para produzir cuidado que esteja implicado com a vida.

As ações em Terapia Ocupacional tem se mostrado potentes nestes contextos, de modo que tem sido possível ampliar o olhar sobre os processos saúde-doença, visualizando o sujeito nas suas multidimensionalidades, e desenvolvendo ações que envolvam as diferentes necessidades apresentadas pelas pessoas/grupos/populações.

Referências

1. Brasil MS. **Saúde Mental na Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) p. 176, Brasília, 2013.
2. Muramoto MT; Mângia, EF. **A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(4): 2165-2177 2011: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400016>
3. Merhy EE. **As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas**. Acesso em: 19 de Agosto de 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. 2014.
4. Zambenedetti G, Silva RAN. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte V.14.n.1 p.131-150, Junho, 2008.
5. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E. Santos, MFL. Cruz, KT, FRANCO TB. **Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências**. Revista Saúde em Debate, 2014.
6. Deleuze G, Guattari F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ª ed. São Paulo: Editora 34; 1995. 96 p.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):297-305: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

8. Cecilio LCO. **Modelos tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide Ao círculo, Uma possibilidade a explorada.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, setembro, 1997: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.
9. Merhy EE. **Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida.** Campinas, 2004. Acesso em: 20 de Dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>
10. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.
11. Mangia EF, Muramoto MT. **O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005: DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p22-30>
12. Franco TB. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
13. Guattari F. **As três ecologias.** 13. ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.
14. Rolnik S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** 2^a ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS; 2014. 247 p.
15. Paim I, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, maio, 2011.p.11-31: DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p22-30>
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990. Seção 1: 18055.
17. Fontes BSAM. **Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstroem suas vidas.** Cadernos IHU ideias. São Le o pol do. ano 8 - nº 137 – 2010.
18. Rocha EF, Paiva LFA, Oliveira, RH. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012: DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.035>.
19. Unidas ON. **Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011.** Nueva York: ONU, 2012.
20. Rossi, ROR. **El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva.** *Investigación en Salud*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 105-111, 2005.

21. Gomes MPC, Merhy EE. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

* Este artigo foi desenvolvido, a partir da inserção no Projeto de extensão *Saúde Mental na atenção básica-desafio e necessidade* da Universidade federal da Paraíba, UFPB.

Agradecimentos:

À Pró-reitoria de extensão e assuntos comunitários da Universidade Federal da Paraíba pelo financiamento da bolsa de extensão que possibilitou a vivência e o escrito final.

Contribuição das autoras: Thayane Pereira da Silva Ferreira realizou a concepção do texto, vivência no campo estudado, análise dos dados, escrita do texto e revisão final. Carmen Teresa Costa participou da vivência no campo estudado e análise dos dados.

Submetido em: 28/10/2016

Aceito em: 03/05/2017

Publicado em: 31/07/2017