



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Rogério Bittencourt de Miranda

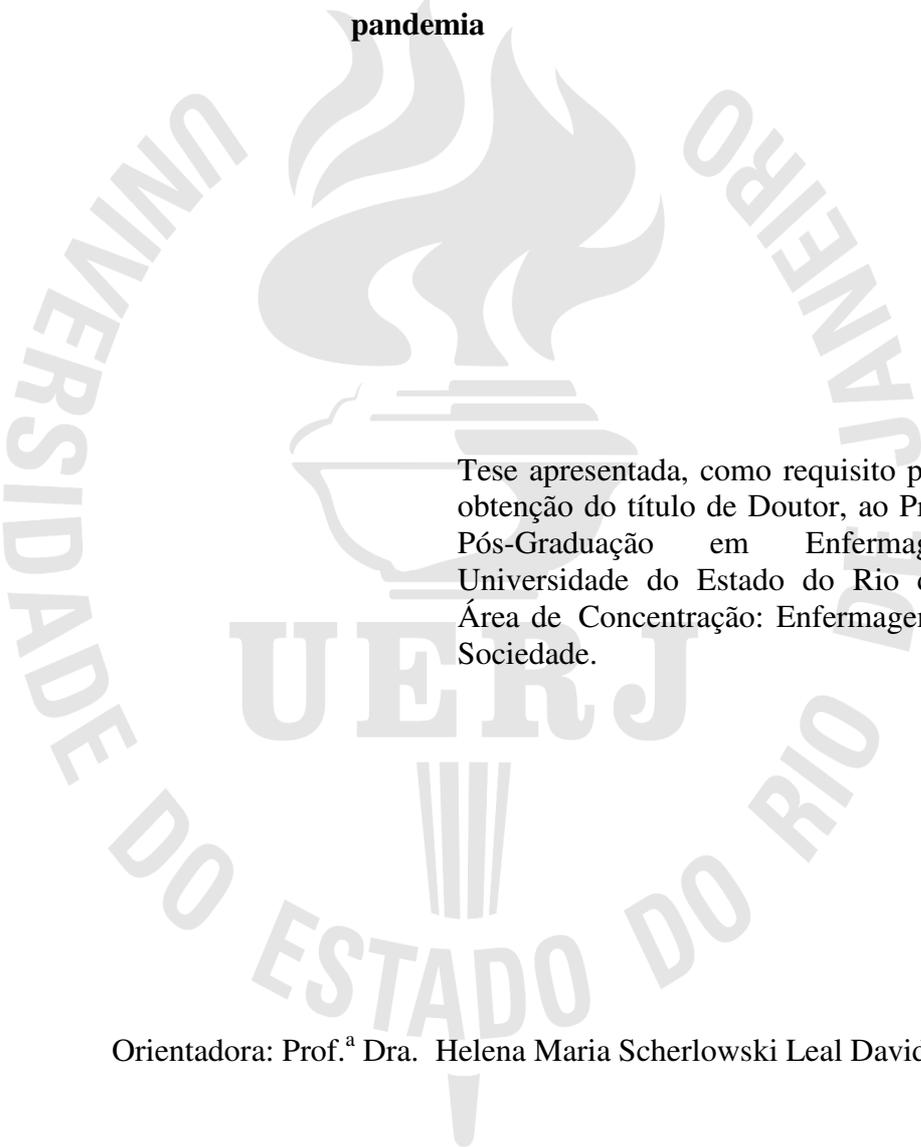
**Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de
pandemia**

Rio de Janeiro

2023

Rogério Bittencourt de Miranda

**Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de
pandemia**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

M672	<p>Miranda, Rogério Bittencourt. Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de pandemia / Rogério Bittencourt Miranda. – 2023. 121 f.</p> <p>Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Rede social. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde mental. I. David, Helena Maria Scherlowski. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rogério Bittencourt de Miranda

Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de pandemia

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 1º de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Mercedes de Oliveira Neto
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Para Venina Bittencourt de Miranda (In Memoriam), Abílio Bittencourt de Miranda (In Memoriam), Daniela Peixoto Bittencourt de Miranda e Juan Peixoto Januário. Minha mãe, meu pai, minha filha e meu filho, minhas raízes e meus frutos nessa rede social que é a vida. Para todos aqueles que lutam para estarem no mundo, com todo mundo, nos territórios que escolheram e reconhecem e não presos nos manicômios e excluídos de nós. Que a normalidade seja subvertida.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus, seja na compreensão ou o do coração de qualquer um, acredito que a fé é importante e sem ela, não chegaria até aqui, mesmo que da forma não formal, mas com religiosidade e espiritualidade.

A meus pais, minha primeira rede, a rede que me pescou e que me acolheu, meus modelos, para o bem e para o mal, com acertos e erros, mas que me proporcionaram a vontade de chegar até aqui e além. Não estão mais neste plano, mas espero que estejam felizes com minha caminhada.

A minha filha, motivo maior de propulsão para minha vida, que eu quero que seja feliz e trilhe o melhor caminho que for possível. Também ao meu filho de coração, aquele que me ensinou a ser pai, a entender que o caminho não era fácil e que também quero toda felicidade possível.

A todos que passam e passaram em minha vida e de alguma forma me deram força para continuar, mesmo quando estava bem pesado.

A cada membro do grupo de pesquisa REDENF, pelos momentos de aprendizagem e leveza.

A minha orientadora Prof. Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, por ter aceitado me orientar e ter feito tantas trocas nesses tempos difíceis de distanciamento e de conversas mais onlines que presenciais.

A alegria é a passagem para um estado mais potente do próprio ser.

Baruch Spinoza

RESUMO

MIRANDA, Rogério Bittencourt. *Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de pandemia*. 2023. 121 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este estudo tem como objeto as redes sociais de trabalhadores das equipes de saúde da família, que lidam com a linha de cuidado de saúde mental, dando atenção a usuários com sofrimento psíquico. Objetivos: Estabelecer a configuração das redes sociais no atendimento aos casos de transtornos mentais; compreender os processos que constituem as redes sociais no cuidado aos casos de transtornos mentais e descrever a importância dos membros dessas redes sociais no cuidado aos usuários portadores de transtornos mentais. Metodologia: Estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como cenário unidades de atenção básica com equipes de saúde da família, onde foram entrevistados os profissionais das equipes, através de um questionário semiestruturado, que foi posteriormente analisado através da Análise de Redes Sociais e pela análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram analisados com base na teoria prática de Pierre Bourdieu. Resultados: A partir dos procedimentos da análise de conteúdo foram encontradas duas categorias: Estrutura do Cuidado e Percepções sobre Práticas do Cuidado. Nas percepções sobre a prática do cuidado observa-se que há uma dificuldade dos profissionais em cuidar das questões de saúde mental. Muitas vezes por falta de ferramentas para tal, entretanto muitas das vezes a partir de uma dificuldade foi-se formando um *habitus* de cuidado, utilizando as ferramentas existentes e que vão aprendendo em contato com os usuários. A pandemia mostra o aumento de casos de sofrimento psíquico, nos usuários e nos próprios profissionais e a violência simbólica acaba aparecendo, seja pela falta de estrutura logo no início da pandemia, seja por não conseguir manter o cuidado como era antes da mesma. Na Estrutura do cuidado observa-se que a formação contribui para a dificuldade no manejo dos casos e que o matriciamento pode ser uma forma de auxiliar no cuidado. A análise de redes sociais nos ajuda a ver que a rede formada nesta unidade é uma rede pouco densa, logo as interações entre os agentes é pouca. Pelas métricas de centralidade observa-se que as especialidades e os profissionais médicos ainda são o centro do cuidado. Conclusão: O período de pandemia foi um limitador do estudo, pois nem todos os profissionais conseguiram ser ouvidos, entretanto nota-se que a centralidade no biomédico ainda persiste, mas há tentativas de se mudar esse cenário, sendo o matriciamento e a educação permanente possíveis auxiliares dessa mudança, além do protagonismo de outros profissionais, como os agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, aumentando a capilaridade de oferta de cuidado para os usuários.

Palavras-chave: Análise de Redes Sociais. Atenção Primária. Saúde Mental.

ABSTRACT

MIRANDA, Rogério Bittencourt. Social networks in the line of mental health care in pandemic times. 2023. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The object of this study is the social networks of workers from the family health teams who deal with the mental health care line, giving attention to users with psychological distress. Objectives: To establish the configuration of social networks in the care of cases of mental disorders; to understand the processes that constitute the social networks in the care of cases of mental disorders and describe the importance of the members of these social networks in the care of users with mental disorders. Methodology: This is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, with the setting of primary care units with family health teams, where the professionals of the teams were interviewed using a semi-structured questionnaire, which was later analyzed using Social Network Analysis and Bardin content analysis. The data was analyzed based on Pierre Bourdieu's theories. Results: Two categories were found using content analysis procedures: Structure of Care and Perceptions of Care Practices. In the perceptions about the practice of care, it is observed that there is a difficulty for professionals in caring for mental health issues, often due to lack of tools, however, many times from a difficulty, a *habitus* of care was developed, using existing tools and learning through contact with users. The pandemic shows an increase in cases of psychological distress, among users and the professionals themselves, and the symbolic violence ends up showing up, either because of the lack of structure right at the beginning of the pandemic, or for not being able to maintain the care as it was before the pandemic. In the care structure, it is observed that training contributes to the difficulty in handling cases and that matrix-based strategies can be a way to help with care. The analysis of social networks helps us to see that the network formed in this unit is not very strong, therefore there is little interaction amongst the agents. It is observed through the centrality metrics that medical professionals and specialties are still the core of care. Conclusion: The pandemic period was a limiting factor for the study since not all professionals could be heard. However, it is noted that the biomedical professional centrality persists, but there are attempts to change this scenario, with matrix-based strategies and continuing education being possible auxiliaries to this change, in addition to the protagonism of other professionals, such as community health agents and the oral health team, increasing the capillarity of care provision for users.

Keywords: Social Network Analysis. Primary Health Care. Mental Health.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	REVISÃO DE LITERATURA	16
1.1	A Atenção Primária em Saúde no Brasil Hoje	16
1.2	A reforma psiquiátrica	20
1.3	Redes Sociais	25
1.4	Revisão Bibliográfica	28
1.5	Campo teórico para compreensão das redes em saúde mental: a sociologia praxica de Pierre Bourdieu.....	35
1.6	A Saúde Mental no Campo da Atenção Primária em Saúde tendo Bourdieu como guia	38
2	METODOLOGIA	43
2.1	Técnica de Coleta de Dados	51
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
3.1	Percepções dos agentes no campo da saúde mental sobre a prática de cuidado.....	64
3.2	As Redes Sociais na estruturação no Cuidado de Saúde Mental.....	79
3.3	As Micro Redes produtoras de cuidado	93
3.4	Síntese analítica: implicações para a Saúde Coletiva e Enfermagem..	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	113
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	115
	ANEXO - Plataforma Brasil	117

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental, normatizada pela Lei 10.016/2001 e pela Portaria 3.088/2011 traz como diretrizes basilares a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhada da desinstitucionalização de pessoas com longo período de internações e a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Prioriza também a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária e com equipe multiprofissional, capaz de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção. (BRASIL, 2005)

Podemos encontrar em estudos epidemiológicos, prevalência de pessoas com sofrimento psíquico¹ ao longo da vida entre 12,2% e 48,6%, essa variação se deve a população estudada, das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizado. (GONÇALVES;KAPCZINKI, 2008) No mês de janeiro de 2020, encontramos 368 casos de internação e no mês de maio de 2022, encontramos 409 casos de internação pelo CID-10 V. transtornos mentais e comportamentais, no município do Rio de Janeiro. (Brasil,2022)

Não obstante, encontramos diversas resistências nas práticas de atenção à saúde mental, já que estão atravessadas por desejos, ideologias e interesses inusitados e conflitantes, sendo palco inclusive de disputas, de confrontos e de alianças e contradições (LEITE, ROCHA e DOS SANTOS, 2018)

A atenção primária em saúde é um dos componentes da RAPS, tendo como alguns dos pontos de atenção as equipes de saúde da família e os núcleos ampliados de saúde da família.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica vigente, tem-se a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, neste mesmo documento coloca-se a atenção básica e atenção primária como sinônimos. (BRASIL, 2018)

¹ Sofrimento psíquico ou mental serão os termos utilizados neste trabalho, por acreditarmos que a ideia de sofrimento nos leva a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito (Amarante, 2007)

Iremos utilizar neste trabalho, o termo Atenção Primária à Saúde (APS), termo consagrado no mundo todo, entendendo que para a Política Nacional de Atenção Básica são sinônimos.

Com a promulgação da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, muitos avanços ocorreram no Sistema de Saúde, culminando nas diretrizes que nortearam a reorganização da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em suas várias versões.

Em 2006 foi publicada a primeira PNAB, na qual a Saúde da Família passa a ser o modelo substitutivo de reorganização a APS, com uma ampliação significativa no número de equipes de saúde da família pelo Brasil, ampliaram-s as equipes de saúde bucal e o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família foi criado. Entretanto, alguns desafios se colocavam, como a dificuldade de contratação de médicos, subfinanciamento e modelo assistencial. (MELO, MENDONÇA, *et al.*, 2018)

Para enfrentar esses desafios, em 2011 temos a segunda versão da PNAB, o Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos.

Com essas medidas podemos notar a criação de novas modalidades de equipes, como as ribeirinha e fluviais, além dos consultórios na rua, para população em situação de rua, houve incremento no Piso de Atenção Básica Variável e, com o Programa Mais Médicos, ocorreu a possibilidade de completar diversas equipes pelo Brasil, principalmente em locais de difícil lotação. (MELO, MENDONÇA, *et al.*, 2018)

A partir de 2013 uma crise política e econômica cresce no Brasil e há reflexos na saúde. Ocorreram mudanças no financiamento, passando-se a ter dois blocos: de custeio e investimento. Logo após foi aprovada a Emenda Constitucional 95/2016, que congela por 20 anos gastos com saúde e educação.

No meio dessa crise, é emitida a terceira versão da PNAB, a de 2017, na qual há a possibilidade de diminuir o número de ACSs para um por equipe, recomenda-se unificar as funções de agente comunitário de saúde, com os de agentes de endemias, há a mudança do nome do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família para Núcleos Ampliados de Saúde da Família. Isto pode trazer uma

mudança no sentido desses NASFs. (MELO, MENDONÇA, *et al.*, 2018) A classificação em padrões essenciais e ampliados apresenta um risco de termos uma APS novamente focalizada.

Todas essas questões tiveram de ser levadas em conta no decorrer desse estudo, pois não há serviço que não seja afetado pelas políticas de saúde, e os encontros e relações profissionais cotidianas das equipes produz saídas para dificuldades postas no seu fazer do dia a dia.

Os princípios da Atenção Primária de coordenação do cuidado, longitudinalidade, integralidade e de ser o primeiro contato da população com os serviços, favorece que pessoas com sofrimento psíquico possam ter seu acompanhamento à partir da estratégia de saúde da família, que em conjunto com outros pontos de atenção é capaz de ofertar um cuidado de qualidade a essas pessoas. Estar localizado de forma mais próxima a moradia e buscar formar vínculo, característica da Estratégia de Saúde da Família, pode facilitar o acompanhamento desses usuários com esse tipo de sofrimento.

É a partir dessas reflexões iniciais e de minha trajetória profissional¹, venho observando empiricamente a dificuldade que usuários com sofrimento psíquico encontram para ter um cuidado adequado, muitas das vezes sofrendo de estigma, medo e ainda tendo a institucionalização como uma meta para quem convive com eles e muitas vezes até por quem deveria prover o cuidado de saúde adequado.

Entendendo o cuidado como uma relação que se desenvolve de forma contínua e longitudinal, no tempo, de forma intersubjetiva, envolvendo tecnologias necessárias, como: o saber profissional, parque tecnológico, espaço para negociação e inclusão de saberes, desejos e necessidades do usuário do sistema de saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO., 2009)

No contexto do Município do Rio de Janeiro, a quantidade de serviços de atenção primária em saúde, nos moldes das equipes de saúde da família, em junho de 2022, cobriam 56,13% da população de 6.320.446 habitantes. Para esta mesma

¹ que basicamente se dá na atenção primária, pois trabalho desde 1999, ou seja, há mais de 20 anos neste nível de atenção e sempre de alguma forma com a estratégia de saúde da família, pois já trabalhei em equipes, como enfermeiro, realizando supervisões de equipes, como diretor de Unidade Básica de Saúde, como membro da gestão local, como gerente na Coordenação de Saúde da Família e como Assessor de uma Coordenação de uma região de saúde, sempre no Rio de Janeiro.

população existem 32 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e há inexistência destes centros nas regiões central e portuária da cidade que não contam com nenhum CAPS.

A distribuição desigual nos territórios pode agravar as condições já difíceis:

A complexidade da rede de dispositivos existentes hoje, apesar da distribuição não ser equilibrada em todo o território nacional e necessitar de maiores investimentos para sua ampliação, tem demonstrado sua efetividade através da diversidade de ofertas de recursos para lidar com as questões envolvidas nas 'crises' recebidas em seus dispositivos. A manutenção dos vínculos comunitários gera a preservação dos laços de afetividade e, quando o cuidado intensivo se fizer necessário ocorrer, contar com suporte das equipes no período noturno é efetivado no Centro de Atenção Psicossocial com leitos de acolhimento no próprio território do usuário, preservando a relação com sua equipe clínica de referência. (PITTA,2019, p. 9)

Há possibilidades, portanto de cuidar, mesmo com uma rede de serviços de saúde mental não numerosa, e estar perto da comunidade, estabelecer laços, auxilia no cuidado. Portanto reforçar esta rede é de vital importância para a integralidade desse cuidado.

Em alguns casos, mesmo sem os serviços substitutivos, como os CAPS, no território, formar rede entre a APS e o serviço de atenção em saúde mental que o usuário utiliza pode ser importante, como ambulatórios, por exemplo e a criação de oficinas no território do usuário pode ser possível.

Essas oficinas podem proporcionar uma aproximação com as pessoas do território, familiares e outros contatos que se possa ter, seja através do serviço de saúde ou de igrejas, associações, clubes ou outras instituições que existam no território, trazendo laços, vínculo e identidade para quem está passando por sofrimento psíquico. (AMARANTE, 2013)

Uma rede de atenção à saúde fortalecida, com a presença de diversos equipamentos para o cuidado, fortalece a possibilidade de sucesso na atenção aos usuários. Estas se constituem, nesse estudo, como redes sociais.

Redes sociais pessoais podem impactar direta ou indiretamente na saúde dos indivíduos, para usuário de serviços de saúde mental, incluem suporte informal e formal, sendo o primeiro composto pela família e a segunda por profissionais de saúde. (WYNGAERDEN, VACCA, *et al.*, 2022)

Em sabendo das importâncias e benefícios das redes sociais para melhoria da saúde dessas pessoas, proponho neste estudo, mapear essas redes e tentar entender se os profissionais de saúde da APS se inserem e mobilizam essas redes para o cuidado em saúde mental.

A dificuldade de alguns profissionais em lidar com esses usuários, observada durante minha trajetória profissional, numa perspectiva de acolhimento e inclusão dos mesmos na comunidade, me provocou a pensar de que forma tem se produzido o cuidado a essas pessoas e admitindo que a saúde se organiza em redes, a possibilidade da utilização de Análise de Redes Sociais se apresentou como uma possibilidade.

Vale ressaltar que além dos desafios de lidar com esta linha de cuidado, como a capacitação e estruturação da APS em saúde mental, manutenção do crescimento da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial e os relacionados ao uso de álcool e drogas, tratados mais como problemas de segurança pública do que de saúde, em 11 de março de 2020, foi declarada a pandemia pela Organização Mundial de Saúde, decorrente dos diversos casos da infecção causada pela nova cepa de Coronavírus, o SARS-CoV-2, que teve seus primeiros casos relatados na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. No Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, tivemos o primeiro caso confirmado de COVID-19. (Almeida et al., 2021)

Essa doença impôs dificuldades e gerou diversas fragilidades tanto para gestão como para o cuidado e o comportamento da população, pois pouco se conhecia sobre sua história natural. A necessidade de isolamento, das pessoas ficarem em casa, principalmente no início da pandemia, dificultou o acompanhamento e vigilância de diversos usuários do sistema de saúde. O medo de contaminação e o número de mortes afastou muitos usuários das unidades de saúde da área em que trabalham, além do medo dos profissionais em se contaminar e contaminar seus familiares ao retornar ao lar.

Mesmo com essas dificuldades os serviços de saúde precisavam continuar funcionando e estratégias de cuidado precisaram ser criadas para o acompanhamento de quem já estava nos serviços de saúde e para receber novos casos agudos ou crônicos.

Segundo Fialho (2015), há uma polissemia na definição de redes sociais,

remetendo a uma diversidade de sentidos, que se apresenta de forma dinâmica, descritiva e explicativa nos diferentes fenômenos sociais. Bourdieu associa o termo redes sociais ao de capital social:

O Capital Social é o conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e interreconhecimento. Em outras palavras, à vinculação a um grupo, como um conjunto de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns (susceptível de serem percebidas pelo observador, por outras pessoas ou por elas próprias), mas também estão unidos por ligações permanentes e úteis. O volume de Capital Social possuído por um agente depende da extensão da rede de conexões que ele pode, efetivamente, mobilizar e sobre o volume de Capital Econômico, Cultural, Científico ou Simbólico que ele possui e ao qual está vinculado (BOURDIEU, 2007)

Capital social é um conceito base deste estudo e trata das relações sociais, o relacionamento e a rede de contatos que determinado agente possui no interior de um determinado campo, no nosso caso, os campos da atenção primária e da saúde mental. Considera-se a posição dos dominados, dominantes e pretendentes que se apresentam numa estrutura social dada. (ALVES e OLIVEIRA, 2018)

Num estudo de Análise de Redes Sociais, o capital social em jogo pode ser identificado a partir da interação social entre os profissionais que compõem a rede de saúde mental, usuários, familiares, vizinhos, amigos e conhecidos desses usuários.

Na APS essas interações podem ser visualizadas através de um grafo, um sociograma de uma rede que possibilita aprofundar a análise de sua estrutura por meio de indicadores e métricas próprias do método.

Desta observação empírica pensamentos sobre as redes surgiram, portanto alguns questionamentos: como os profissionais das equipes de saúde da família se integram as redes sociais para a construção do cuidado de seus usuários com sofrimento psíquico? Que redes sociais são essas? De que forma essas redes se articulam? A pandemia teve influência nas estruturas e dinâmicas dessas redes? De que modo foi esta influência?

Os resultados, descritos a partir das análises e categorização das narrativas dos profissionais e em termos de estrutura de redes, suas conexões e como se articulam no território, pretendem contribuir para a produção de saberes, compartilhamento do cuidado e aumento da potência de atenção em Saúde Mental, o que justifica o estudo.

Objetivos do Estudo:

Objetivo Geral:

Analisar as redes sociais no trabalho dos profissionais da estratégia de saúde da família que atuam no cuidado a usuários com sofrimento psíquico durante período de pandemia por COVID-19

Objetivos Específicos:

- Estabelecer a configuração das redes sociais no atendimento aos casos de sofrimento psíquico;
- Compreender os processos que constituem as redes sociais no cuidado aos casos desses usuários;
- Descrever a importância dos membros dessas redes sociais no cuidado aos usuários em questão.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A Atenção Primária em Saúde no Brasil Hoje:

Caminhamos desde a década de 1990 para que a atenção primária em saúde seja o carro chefe do nosso Sistema Único de Saúde.

Instituir o Sistema Único de saúde não foi uma tarefa fácil, dependeu de participação popular, via movimentos sociais, participação política-institucional, via membros da assembleia constituinte e do Congresso Nacional posteriormente para regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde. Foi necessário ao longo da história uma engenharia político-institucional que fosse criativa e fosse capaz de permitir a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento de regionalização e plano diretor de investimentos, que foram importantes para a sustentabilidade do SUS de forma institucional e sua concretude em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias (Paim, 2018).

Tínhamos um modelo de atenção à saúde² voltado para o modelo hospitalocêntrico como protagonista e de forma restrita e estratificada da saúde, especialmente pela dicotomia entre a assistência e a prevenção. (Giovanella et al, 2020)

Com a Oitava Conferência Nacional de Saúde temos uma defesa pela Atenção Primária em Saúde e a Promoção da Saúde.

Na década de 1990 foram propostas iniciativas ainda focalizadas para populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a seguir o Programa de Saúde da Família, que se tornam experiências de sucesso. Posteriormente o Programa vira Estratégia e a Estratégia de Saúde da Família toma as vezes de modelo de Atenção.

² Caracteriza-se modelo de atenção como a “lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas em saúde” ou “modos de organizar a ação e dispor os meios técnicos científicos para intervir sobre problemas e necessidades de saúde” individuais e coletivos. (Giovanella, 2020)

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, temos inicialmente, como já dito anteriormente o termo atenção primária como sinônimo de atenção básica.

Em seu texto a PNAB define a atenção básica como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)

A atenção primária é uma das portas de entrada para as Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo assim o primeiro contato, sempre que possível, do usuário com o sistema de saúde.

A estratégia de saúde da família é a principal estratégia para expansão e consolidação da atenção básica, apesar de poderem existir outros moldes de atenção básica possíveis, dependendo das características da rede e da região. (BRASIL, 2017)

Os princípios são de universalidade, equidade e integralidade, tendo como diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Dentro dessas diretrizes, a idéia do cuidado centrado na pessoa prega o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que ajude os usuários a desenvolverem conhecimentos, competências, aptidões e segurança suficiente para tomar decisões embasadas em sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. (BRASIL,2017)

A partir do cuidado, as necessidades e potencialidades de cada um se dão feitas junto com a pessoa, na busca de uma vida o mais independente possível e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e no cuidado. (BRASIL,2017)

Entretanto, a forma como a Nova Política de Atenção Básica se coloca nos

traz algumas preocupações e nos chama a atenção. A mudança da equipe mínima, com a diminuição do número de agentes comunitários de saúde para um mínimo de 1 ACS, ou as denominadas equipes de atenção primária, que podem nem ter ACS, podem dificultar o caráter comunitário das equipes, além de diminuir a capilaridade destas nas comunidades com ações de promoção a saúde e educação popular em saúde, por exemplo.

A perda do incentivo financeiro para os então Núcleos de Apoio a Saúde da Família e agora Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, pode trazer uma perda de número de equipes, pois diminuirá o aporte de recursos financeiros para os municípios e o possível investimento nessas equipes. Isso pode acarretar a diminuição da potencialidade que a multidisciplinariedade e a interdisciplinaridade trazem para o trabalho das equipes, principalmente com o trabalho de matriciamento das equipes de saúde da família.

As diversas formas de carga horária e o modo de funcionamento das unidades pode acarretar na preferência pelos cuidados individuais, aos coletivos, já que podendo ter médicos com 20 horas ou 10 horas de carga horária semanal, a indução acaba sendo para o atendimento ao consultório e muitas das vezes com uma predominância do atendimento as demandas espontâneas sobre as programadas.

Devemos lembrar que segundo Starfield (2002), a Atenção Primária tem quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação, e três atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural.

Com as mudanças ocorridas pós 2016, com a entrada do Presidente Michel Temer, muitos retrocessos, principalmente no modo de financiamento do SUS, como o congelamento dos investimentos e a PNAB de 2017 e suas atualizações no governo Bolsonaro, anteriormente comentada, podem dificultar que os atributos de Atenção Primária possam ser atingidos, mostrando uma possível volta a focalização da APS, com o SUS sendo direcionado para os mais pobres e com a possibilidade de que nem todos os serviços sejam ofertados a todos.

À partir desse pequeno histórico, conhecido por diversas outras publicações, de forma mais detalhada, podemos observar que a APS é um microcosmo, com certa

autonomia, funciona alicerçado em uma rede de relações entre pessoas e instituições com algum sistema de disposições estruturadas e estruturantes das práticas sociais, construídas através do tempo e também com interesses nas questões em jogo, o que constitui a APS como um campo. (VIEIRA-DA-SILVA, CHAVES, *et al.*, 2016)

Esse é um campo de muitas disputas, pois financiamento, modelo de atenção a ser realizado, quais profissionais compõem as equipes, quais saberes estão envolvidos quais as leis e portarias estão vigentes, como os profissionais prestam cuidado para população, tudo isso faz parte de políticas de saúde e nesse caso, das políticas de saúde que regem a APS durante o tempo.

Vale ressaltar que a saúde no Brasil sempre teve uma relação com a iniciativa privada, hoje, tendo a Agência Nacional de Saúde como órgão de regulação. Há a permissão legal de que a iniciativa privada possa cobrir as mesmas ações e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, gerando outro ponto de disputa, aqui entre o público e o privado. Ressalta-se que vemos nascer, nas últimas décadas, a APS ofertada pelos serviços privados de saúde.

Essas lutas e contradições também transbordam para as linhas de cuidado e nesse trabalho, examinaremos a seguir, que acontece o mesmo no campo da saúde mental.

1.2 A reforma psiquiátrica

Sabemos através da obra de Foucault, *A História da Loucura*, que os discursos sobre a Loucura vão mudando conforme o tempo, nos mostrando o hospital como paradigma das análises de relação de poder, trazendo a tona as relações do saber-poder dos médicos.

O modelo asilar, catapultado por Pinel, na França, se espalhou pelo mundo e desembarca no Brasil em 1852, com a construção do Hospital psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. (DOS SANTOS e CARDOSO, 2015)

Segundo Amarante (2007), os primeiros asilos ficaram lotados de pessoas internadas. A credibilidade do hospital psiquiátrico desta forma foi colocada em xeque. Já que não se obtia a cura e sim agrupava-se um número expressivo de pessoas nos hospitais, mantendo as pessoas longe do convívio das outras, criando assim enjeitados.

O modelo de colônias agrícolas se proliferou na virada para o século 20, onde o que era para ser um local de reabilitação pelo trabalho, em um ambiente tranquilo, regado e bucólico, acabou servindo de depósito para diversos excluídos da sociedade. (DOS SANTOS e CARDOSO, 2015).

A partir da década de 1940, o número de hospitais psiquiátricos aumenta progressivamente e passamos a ver, com o tempo, o número de leitos privados ser bem maior do que os do público, criando uma relação de acumulação de capital financeiro em cima da doença e da internação psiquiátrica. (DOS SANTOS e CARDOSO, 2015)

Nesse período pós II Grande Guerra, a sociedade se volta com seus olhares para os hospitais psiquiátricos e nota que as condições dos pacientes até se assemelham as condições dos campos de concentração da guerra, levando as primeiras experiências de reformas psiquiátricas surjam. (Amarante, 2007) Diversas experiências ocorreram mundo afora, entretanto algumas foram mais marcantes e são hoje ainda influentes nas experiências utilizadas.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tendiam a

introduzir mudanças no hospital psiquiátrico para que o mesmo se tornasse uma instituição terapêutica. Destas experiências surgiram reuniões em que se discutiam dificuldades, projetos e planos dos pacientes, além de assembleias, envolvendo funcionários e pacientes.

A comunidade terapêutica visava a um processo de horizontalidade e democratização das relações, que terminava por imprimir nos agentes envolvidos uma verve terapêutica. (GULJOR, 2013)

A psicoterapia institucional pautava-se na ampliação dos referenciais teóricos, a noção de acolhimento e a construção de suporte e referência para os pacientes, dando importância a toda equipe. (GULJOR, 2013)

Ainda segundo Amarante (2007) existiu um segundo grupo de experiências de reforma, onde se destacaram a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária.

A psiquiatria de setor tenta ir além das limitações da psiquiatria institucional e propõe a necessidade de um trabalho externo ao hospital, adotando medidas de seguimento terapêutico após a alta do hospital psiquiátrico, visando evitar a reinternação.

Foram então criados os Centros de Saúde Mental, distribuídos por setores administrativos, das regiões da França. Trabalhavam em uma lógica de regionalização tanto de forma intra hospitalar, como após a alta, criando assim subdivisões dos espaços hospitalares em setores, pensados de acordo com as regiões de moradia dos pacientes.

Quando da alta iriam ser referenciados para os Centros de Saúde Mental da região de moradia. Assim os contatos entre os internos eram possibilitados, podendo partilhar experiências, além dos contatos entre os parentes, possibilitando uma rede entre os mesmos, podendo levar cartas, alimentos e afins uns para os outros.

O acompanhamento passou a ser feito de forma inovadora pela mesma equipe multiprofissional no hospital e nos centros, fortalecendo assim o vínculo e o trabalho em equipe.

A Psiquiatria Preventiva surge nos Estados Unidos, na década de 1960 e é

inspirada na História Natural da Doença de Leavell e Clark e assim como essa teoria trata a prevenção em três níveis:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.” (AMARANTE,2013, p. 43)

Um conceito importante para este modelo é o de crise, cunhado a partir das noções de adaptação e desadaptação social da sociologia e que foram classificadas em: evolutivas, relacionadas a processos normais do desenvolvimento do indivíduo, caso os conflitos gerados pelas transições nas fases de vida do indivíduo não fossem bem absorvidos, poderiam levar a desadaptação, que não sendo elaborados pelo indivíduo, poderiam levar a doença mental. E acidentais, crises ligadas a perdas ou riscos, como falecimento ou separação, por exemplo, essa perturbação emocional poderia causar um adoecimento mental e a intervenção preventiva seria essencial podendo transformar a crise em oportunidade de crescimento. (AMARANTE,2013)

Na psiquiatria preventiva também nasce o conceito de desinstitucionalização, ou seja, redução de ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de diminuição do tempo médio de permanência hospitalar ou de promoção de altas hospitalares. Dessa ideia surgem vários centros de saúde mental, hospitais-dia, hospitais-noite e leitos em hospitais gerais.

Na Itália, Franco Basaglia, se utiliza de algumas dessas estratégias, não para dar apoio aos hospitais psiquiátricos e sim para fechá-los. Os Centros de Saúde Mental passam a ser centros de base territorial e responsáveis pela integralidade do cuidado do sujeito. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura. Amarante (2007)

Inspirada pela Psiquiatria Democrática Italiana, em 1989, surge, no Brasil, o Projeto de Lei 3657, que focava em substituir uma psiquiatria centrada no

hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial. (DOS SANTOS e CARDOSO, 2015)

Em 23 de dezembro de 2011, temos a publicação da Portaria 3088, que trata das Redes de Atenção Psicossocial. Esta rede conta dentre as diversas diretrizes com:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Essas diretrizes parecem se alinhar com a possibilidade do uso dos conceitos relacionados as redes sociais e espero encontrar essas relações, no decorrer desse estudo.

A Lei 10216 de 06 de abril de 2001 é um orientador dos direitos dos usuários no campo da saúde mental (Pitta e Guljor, 2020)

Entretanto a Reforma Psiquiátrica tem sofrido diversos ataques desde o final do ano de 2015, junto com outros ataques ao governo da época. Há um retrocesso em termos de processo civilizatório e de tolerância à diversidade nos tempos atuais e esse retrocesso é sinal dos tempos.

Em dezembro de 2017, diferente de toda trajetória até então é lançada a nova Política de Saúde Mental, sem diálogo ou debate com nenhum setor

envolvido.

Alguns dos retrocessos que podemos encontrar é o retorno do hospital psiquiátrico como local para hospitalização dos usuários, as comunidades terapêuticas para os usuários de álcool e outras drogas, com o cunho de oferta de projetos terapêuticos voltados para abstinência (Brasil, 2019) , aumento do número de leitos hospitalares para internação psiquiátrica, retorno da rede ambulatorial com um modelo prescritor de psicofármacos e guias de internação, também há a diminuição de recursos financeiros para os equipamentos substitutivos para internações.

Ainda ocorre a divisão da política de saúde mental, que fica no Ministério da saúde, da política de álcool e outras drogas que passa a ficar alocada na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), no Ministério da Cidadania.

Há a publicação de uma nota de esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas e nela vê-se a defesa aos ambulatorios especializados em detrimento aos Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família, que ainda recebiam incentivo financeiro na época e a Estratégia de Saúde da Família, que ainda era a modalidade de escolha para atenção primária no Brasil.

Apesar do SUS ser descentralizado e a política ser executada pelos municípios, muitas das ações acabam necessitando de incentivos financeiros do Ministério da Saúde, que acaba induzindo suas políticas por este viés financeiro.

As mudanças ocorridas nas duas políticas citadas acima, tira incentivos financeiros de ações realizadas no território, como as atividades dos NASF, que sem incentivos, dificulta a contratação de profissionais pelos municípios, incentiva a internação nos hospitais psiquiátricos, trazendo o retrocesso da lógica manicomial, que vem sendo combatida no Brasil há várias décadas.

1.3 Redes Sociais

Na atualidade tendemos a pensar nas redes sociais ligadas a internet, como as redes virtuais que temos em abundância e colocam as pessoas ligadas em suas telinhas de celulares e computadores. Entretanto o conceito de rede não se resume ao uso de tecnologias e mídias, é um conceito de junção, pois é um agregado de conceitos de diferentes disciplinas. (STOTZ, 2009)

A ideia de rede, por via conceitual ou metafórica, serve para estudar os processos coletivos de produção dos conhecimentos, o sistema de posições dos atores e as disputas no campo científico, os capitais sociais, informacionais e simbólicos investidos nas práticas e políticas da pesquisa, a interação de atores humanos e não- humanos e suas complexas mediações nas redes sociotécnicas de conhecimentos. (MARTELETO, 2007, p. 10)

O que se denomina de Análise de Redes Sociais emerge como uma metodologia de pesquisa a partir da contribuição de diversos saberes da sociologia, psicologia e economia que voltaram sua atenção para o fenômeno das relações sociais nos grandes centros urbanos, locais em que as aglomerações distanciam os indivíduos uns dos outros.

O pioneiro no estudo das redes sociais foi o sociólogo alemão Georg Simmel (1858- 1918). A partir de uma série de textos condensados no livro "Soziologie", de 1908, Simmel traçou os primeiros elementos na identificação e no estudo das redes sociais. (Neto,2019)

Como alguns de seus contemporâneos, Simmel entendia que as demais propostas para uma sociologia científica disponíveis em seu tempo, como as de Comte e Spencer, falhavam justamente por perderem de vista tais limites, tornando-se uma espécie de ciência humana genérica.

Nesse sentido, Simmel prescreve que o sociólogo considere o mundo social não como um todo, mas como resultado de diversos processos de interação, como uma série de formas de socialização.

Simmel rejeita essa postura colonizadora do sociólogo, propondo que se a sociologia, se pretende ciência, não pode almejar abarcar tudo o que se passa na sociedade, precisava ater-se a um modo específico de abstração.

Cada sujeito, indiscutivelmente único, é também existente por conta de sua relação com o outro, é localizado cotidianamente em múltiplos processos

interativos; com posições relativamente definidas no meio social, e em campos de sociabilidade estruturados; em parte refletindo desejos e escolhas pessoais, mas também como resultado de padrões relativamente rígidos existentes na estrutura social, que acabam por condicionar ou determinar suas trajetórias de sociabilidade. (SIMEL,1910)

Mas a dimensão estrutural não é por si determinante, não anulando o valor universal, que é o da existência única da pessoa.

Com efeito, “Cada indivíduo, em virtude de suas qualidades, é automaticamente remetido a uma determinada posição em seu meio social, que idealmente corresponde a ele, e que também está presente na totalidade social” (SIMEL,1910)

De forma geral podemos conceituar redes sociais como um conjunto de unidades sociais e das relações mantidas por essas unidades, sendo umas com as outras, direta ou indiretamente, por meio de encadeamentos de extensões variáveis. Essas unidades podem ser indivíduos, grupos informais ou estruturas mais formais como associações, organizações ou empresas. (MARTELETO, 2007)

O estudo das redes sociais nos permite compreender a sociedade relacional, a relevância das interações, a contribuição de cada ator social, assim como as trocas e compartilhamentos mediados por essa rede. Além disso, possibilita reconhecer os bens e benefícios captados e/ou mobilizados, sejam materiais ou simbólicos, e que estão em constante movimento. Ressalta-se, ainda, que as relações entre os atores são interdependentes (MARTELETO, 2010) as relações são de reciprocidade. Um indivíduo, ao mesmo tempo em que exerce determinada influência na rede, também é influenciado por ela. (FONSECA, 2017)

As redes sociais exercem certa influência no acesso aos serviços de saúde. Há uma influência para a utilização dos serviços e para o acesso. Tanto quando um amigo “dá uma força” para que se procure o serviço de saúde até quando profissionais de saúde entram em contato com outros ou com outro nível de gestão para solucionar um determinado caso.

Os profissionais de saúde integram e participam das redes sociais, incluindo aquelas constituídas em seus espaços laborais, que são as redes socioprofissionais, e estas têm um papel de relevância para garantia do acesso aos serviços de saúde.

Em um estudo sobre rede de atenção em pacientes com hipertensão arterial, foi encontrado o seguinte achado: a categoria médica, representada pelos médicos da ESF e pelo cardiologista tem papel relevante no cenário de cuidado do hipertenso nessa rede. O fato do cardiologista, atuante na atenção secundária, ter se destacado como ator mais citado e conseqüentemente, um dos influenciadores na formação da rede, ratifica os achados de pesquisas que identificam a dependência que as demais categorias profissionais, no setor saúde, ainda mantém em relação à categoria médica e na valorização do tratamento farmacológico da hipertensão arterial, mesmo que as normativas apontem para a importância do tratamento não-medicamentoso (LOPES e MARCON, 2012)

Isso pode demonstrar o quanto as redes sociais podem ser importantes no caminho que uma linha de cuidado pode ser encaminhada pelos profissionais de saúde, mostrando inclusive que outros caminhos podem ser seguidos, já que as redes sociais se reorganizam a todo momento, seja com a entrada de alguém ou com a saída de outro, além do acréscimo que cada membro da rede pode trazer com aumento de conhecimento.

Em um estudo sobre usuários portadores de tuberculose, observou-se que as redes primárias tiveram papel crucial para busca pelo cuidado em saúde, acompanhamento e pelo processo de cura. As redes secundárias apareceram como importantes no processo de cura, com formação de vínculo entre os profissionais e as pessoas em tratamento, fortalecendo o processo de aceitação da doença e adesão ao tratamento. (AZEVEDO, 2018)

Na análise da rede de uma enfermeira da Estratégia de Saúde da Família para atender as demandas de pessoas com hipertensão e diabetes, concluiu-se que houve potência na comunicação com outros profissionais de enfermagem e outros trabalhadores de saúde de outros setores e instituições do município em questão. Os vínculos pessoais e informais também foram importantes para criação de articulação entre diferentes níveis de atenção. (LIMA, 2015)

1.4 Revisão Bibliográfica

Foi realizada uma busca, em outubro de 2021, em diversas bases de dados para levantamento do assunto em questão na literatura científica.

Foi realizado um quadro de buscas (Quadro 1), com as palavras chaves escolhidas: Redes Sociais, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.

A partir daí foram pesquisados os descritores, medical subject headings (MeSH) e entryterms.

Daí, com o uso de operadores booleanos foi feita a busca nesse formato:

“Rede social” OR “Redes Sociais” OR “Redes Sociais de Saúde Pública” OR “Redes Sociais na Saúde Pública” OR “Uso das Redes Sociais” OR “Uso de Rede Social” OR “Uso de Redes Sociais” OR “Social Networking” OR “Network, Social” OR “Social Network”

AND

“Saúde mental” OR “Higiene Mental” OR “Área de Saúde Mental” OR “Mental health” OR “Health, Mental” OR “Mental Hygiene” OR “Hygiene, Mental” AND “Atenção primária à Saúde” OR “Atendimento Básico” OR “Atendimento Primário” OR “Atendimento Primário de Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Básica de Saúde” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Primária de Saúde” OR “Atenção Primária em Saúde” OR “Cuidados Primários” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Cuidados Primários à Saúde” OR “Cuidados de Saúde Primários” OR “Primeiro Nível de Assistência” OR “Primeiro Nível de Atendimento” OR “Primeiro Nível de Atenção” OR “Primeiro Nível de Atenção à Saúde” OR “Primeiro Nível de Cuidado” OR “Primeiro Nível de Cuidados” OR “Primary health care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”

O quadro de termos utilizado para a busca foi:

Quadro 1 Quadro de termos para busca (continua)

Palavra-chave	Decs	Sinônimos	Mesh	Entryterms	Observação
Redes sociais	Rede social	Networking Social Redes Sociais Redes Sociais de Saúde Pública Redes Sociais na Saúde Pública Uso das Redes Sociais Uso de Rede Social Uso de Redes Sociais	Social Networking	Networking, Social Social Networks Network, Social Social Network	
Saúde Mental	Saúde Mental	Higiene Mental Área de Saúde Mental	Mental health	Health, Mental Mental Hygiene Hygiene, Mental	
Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde	Atendimento Básico Atendimento Primário Atendimento Primário de Saúde Atenção Básica Atenção Básica de Saúde Atenção Básica à Saúde Atenção	Primary health care	Care, Primary Health Health Care, Primary Primary Healthcare Healthcare, Primary Primary Care Care, Primary	

Quadro 1 - Quadro de termos para busca (conclusão)

		Primária Atenção Primária de Saúde Atenção Primária em Saúde Cuidados Primários Cuidados Primários de Saúde Cuidados Primários à Saúde Cuidados de Saúde Primários Primeiro Nível de Assistência Primeiro Nível de Atendimento Primeiro Nível de Atenção Primeiro Nível de Atenção à Saúde Primeiro Nível de Cuidado Primeiro Nível de Cuidados			
--	--	--	--	--	--

Fonte: O autor (2021)

Foram encontrados 10 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 20 artigos na PubMed, 10 artigos na Web of Science e 01 artigo na Scopus.

Na BVS, dois artigos estavam fora do que era buscado como questões desse projeto e dois artigos estavam pertinentes com a proposta do estudo e foram:

Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care.

Portugal, Flávia Batista; Campos, Mônica Rodrigues; Correia, Celina Ragoni; Gonçalves, Daniel Almeida; Ballester, Dinarte; Tófoli, Luis Fernando; Mari, Jair de Jesus; Gask, Linda; Dowrick, Christopher; Bower, Peter; Fortes, Sandra

Cad. saúde pública;32(12): e00165115, 2016.

From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children.

Margolis, P A; Stevens, R; Bordley, W C; Stuart, J; Harlan, C; Keyes-Elstein, L; Wisseh, S

Pediatrics;108(3): E42, 2001 Sep.

Na PubMed, quatro dos artigos eram pagos, oito deles não se enquadravam para o estudo e oito foram pertinentes:

The Connectedness of Mental Health Providers Referring Patients to a Treatment Study for Post-Traumatic Stress: A Social Network Study.

Elwy AR, Kim B, Plumb DN, Wang S, Gifford AL, Asch SM, Bormann JE, Mittman BS, Valente TW, Palinkas LA.

Epidemiology of loneliness in a cohort of UK mental health community crisis service users.

Wang J, Lloyd-Evans B, Marston L, Ma R, Mann F, Solmi F, Johnson S.

A longitudinal study of the impact of social network size and loneliness on cognitive performance in depressed older adults.

Kuiper JS, Smidt N, Zuidema SU, Comijs HC, Oude Voshaar RC, Zuidersma M.

State and non-state mental health service collaboration in a South African district: a mixed methods study.

Janse van Rensburg A, Petersen I, Wouters E, Engelbrecht M, Kigozi G, Fourie P, van Rensburg D, Bracke P.

A qualitative study on older primary care patients' perspectives on depression and its treatments - potential barriers to and opportunities for managing depression.

Stark A, Kaduskiewicz H, Stein J, Maier W, Hesel K, Weyerer S, Werle J, Wiese B, Mamone S, König HH, Bock JO, Riedel-Heller SG, Scherer M.

Where do Peer Providers Fit into Newly Integrated Mental Health and Primary Care Teams? A Mixed Method Study.

Siantz E, Rice E, Henwood B, Palinkas L.

The "sociotype" construct: Gauging the structure and dynamics of human sociality.

Marijuán PC, Montero-Marín J, Navarro J, García-Campayo J, Del Moral R.

Personal well-being networks, social capital and severe mental illness exploratory study.

Sweet D, Byng R, Webber M, Enki DG, Porter I, Larsen J, Huxley P, Pinfold V. Br J Psychiatry. 2018 May;212(5):308-317.

Na Web of Science, um artigo era pago, um artigo igual ao de outra base, sete deles eram fora do escopo do estudo e um era pertinente.

Chen, Juan & Xu, Duoduo & Wu, Xiaogang. (2018). **Seeking Help for Mental Health Problems in Hong Kong: The Role of Family. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.** 46. 10.1007/s10488-018-0906-6.

O único artigo encontrado na Scopus, também estava presente em outra base.

Portugal et al. (2016), colocam que evidências mostram que boas relações pessoais e integração na comunidade tem um impacto positivo na saúde dos indivíduos e que redes de suporte são importantes componentes na promoção da saúde.

Portugal et al. (2016), Sweet *et al.* (2018), definem que rede de apoio social é qualquer apoio vindo de pessoas que se conhecem e que isso resulta efeitos emocionais positivos, atuando como fatores psicossociais positivos e gerando grande satisfação na vida. Ainda traz que a sensação de ser amado e cuidado está relacionado a níveis mais baixos de depressão e somatização, bem como a melhor adaptação a situações estressantes, e mostrando que há uma influência positiva dessa rede de apoio social em casos de sofrimento psíquico.

O aprimoramento dos relacionamentos interpessoais ocorre muito cedo a partir do convívio familiar, ganhando maior expressão com o crescimento e o desenvolvimento do sujeito por meio dos ambientes escolares, sociais e profissionais. A rede de apoio é formada pelo somatório das relações interpessoais do sujeito, desenvolvidas ao longo da vida e percebidas como significativas, que o auxiliam a enfrentar situações difíceis (ARAGÃO et al., 2018, p. 2340)

Yawn *et al.* (2012), nos traz a importância da atenção primária no cuidado de depressão pós parto, mostrando que serviços de atenção primária, mesmo em um modelo diferente do brasileiro, pode resolver problemas sem a necessidade da ida da puérpera a serviços de saúde mental, longe de seu local de moradia.

Wang et al. (2019) e Kuiper et al. (2019) demonstram que a solidão pode ter um impacto significativo na saúde mental, apesar de redes sociais nem sempre impactam, por exemplo, na performance cognitiva em idosos com depressão, não estando em associação direta, entretanto o tamanho das redes sociais e o capital social são inversamente proporcionais a gravidade da solidão.

Aragão et al. (2018) demonstra uma associação negativa entre diabetes, uma doença crônica, e o isolamento, já que conforme a doença agrava, a rede de apoio se aproxima, já nos casos do que chamam no estudo, de transtornos mentais comuns, os participantes do estudo mais integrados, apresentaram menos ansiedade e depressão, apresentando então relevância da rede para os acometidos desses transtornos. Uma indicação importante desse estudo é para o olhar dos profissionais da estratégia de saúde da família para os relacionamentos familiares, identificando o potencial desse recurso ou sua carência.

van Rensburg et al. (2018) ao estudar um distrito da África do Sul, mostra que na análise das redes sociais, a rede de atenção a saúde mental se mostra fragmentada, centrada no hospital, com baixa densidade média e agrupamento e alta influência e autoridade do hospital psiquiátrico, tendo baixa colaboração entre os serviços estatais e não estatais. Os dados qualitativos do estudo ampliaram os achados, mostrando a gama de serviços de saúde mental disponíveis e apontaram a dinâmica de poder, como uma importante consideração na rede de serviços de saúde mental. Aponta para que ocorram melhorias, o fomento de um sistema de atenção bem integrado, conforme proposto pelo plano de governo, requer arranjos interinstitucionais que incluam tanto a parte clínica, como social do cuidado, assim

como melhorias na governança local.

1.5 Campo teórico para compreensão das redes em saúde mental: a sociologia prática de Pierre Bourdieu

Pierre Félix Bourdieu foi um importante autor da sociologia e antropologia, francês e que bebia nas fontes, principalmente, de Max Weber e Karl Marx.

Seus três principais conceitos são: Campo, Capital e *Habitus*. Esses conceitos não podem ser definidos de maneira isolada, mas sim dentro de um sistema teórico que constituem e pelas suas interligações e usos durante o processo de pesquisa. (CATANI, 2011)

Segundo Bordieu (2008), é necessário mergulhar fundo na particularidade de uma realidade empírica, no seu contexto histórico, sem anacronismo, para daí construí-la como caso particular do possível.

Espaço Social é visto por Bourdieu como um sistema formado por um conjunto de posições sociais ocupadas pelos agentes em uma dada formação social, logo é uma grande estrutura de relações sociais. Estrutura esta que é composta por pequenas estruturas de relações sociais, que são os campos sociais.

No espaço social, os agentes são divididos em duas dimensões: na primeira pelo volume global de capital que possuem e na segunda, pelo peso relativo dos diferentes tipos de capital que possuem, o que gera o volume global de seu capital, sejam eles social, econômico ou cultural. (Bourdieu,2008). Isso nos faz pensar na possibilidade de disputas e alianças constantes por conta desses capitais em jogo, no espaço social.

Vale ressaltar que pra Bourdieu o uso da palavra agentes é uma escolha para contrapor o termo atores, que seriam simples executores de regras estruturais previamente estabelecidas a partir da visão do observador. O termo agente coloca em destaque a concretude da ação, a forma como os indivíduos agem, de forma efetiva, para além da obediência estrita de um conjunto de regras. (CATANI,2017) E neste trabalho será a terminologia utilizada.

O campo, conceito de Bourdieu é um microcosmo inscrito em um macrocosmo constituído pelo espaço social global. Os campos têm regras próprias e diferentes das de outros campos, todo campo é um espaço de lutas e disputas

entre os agentes que ocupam as diferentes posições dentro dele, esta característica demonstra a possibilidade da dominação a partir de capitais distribuídos de forma desigual. (Catani et al, 2017)

Bourdieu (2008), nos diz que os *habitus* são princípios que geram práticas distintas e distintivas. São conjuntos de conhecimentos práticos adquiridos no decorrer do tempo que permitem perceber e agir em um dado universo social (Brandão e Altman, 2010)

É um conjunto de disposições prévias incorporadas nos agentes sociais. É a prova social, a evidência, dos processos de socialização pelos quais todos nós passamos nos diversos meios sociais de que participamos.

O *habitus* está impresso no corpo, nos nossos gestos. É algo que é transmitido pela socialização, no contato com a sociedade que temos constantemente. Vale ressaltar que não é algo consciente, é algo que é incorporado socialmente pelos processos de aprendizagem.

Distingue-se o *habitus* primário, que é aprendido com a família e o *habitus* secundário, que começamos a desenvolver na escola.

Capital é um conceito tomado da economia, por Bourdieu, que o amplia para além de ser a acumulação de bens ou riquezas econômicas. É um recurso ou um poder que se manifesta em alguma atividade social. O cientista, por exemplo, utiliza o capital científico acumulado por estudos, experimentos e artigos.

Todo capital é um princípio de distinção. E são os tipos de capitais que fazem com que seus possuidores ocupem posições sociais distintas e possam galgar posições de mais prestígio no espaço social ao qual pertencem.

Segundo Bonnewitz (2003) são quatro os tipos de capitais: econômico, cultural, social e simbólico.

Capital Econômico – Formado por fatores diversos de produção, como terras, fábricas e trabalho e pelo conjunto de bens econômicos, como renda, patrimônio e bens materiais.

Capital Cultural – Conjunto das qualificações intelectuais transmitida pela família, de forma primária e pela escola, secundariamente. Este capital pode existir de três formas: em estado incorporado - é herdada na primeira socialização com a

família, isto é, uma herança cultural familiar e que pode ser conservada através da memória; em estado objetivado, formado pela monopolização parcial ou total, através dos instrumentos de apropriação, dos recursos simbólicos da sociedade: a religião, a arte, ciência e a filosofia; em estado institucionalizado, isto é, totalmente sancionado por instituições (títulos acadêmicos).

Capital Social – Conjunto das relações sociais que dispões um indivíduo ou grupo. A detenção deste capital implica em um trabalho de sociabilidade, instaurando e mantendo as relações.

Capital Simbólico – Conjunto de rituais, como protocolos e boas maneiras, ligados a honra e ao reconhecimento.

Os conceitos de Bourdieu podem ser utilizados para analisar redes sociais, pois tanto dentro dos campos, *habitus* e capitais há interconexões e disputas que podem ser analisadas por estes conceitos.

As redes sociais são constituídas a partir de capitais sociais que se encontram em constante movimento, produzidas via relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações permanentes e úties. (ANDRADE;DAVID, 2015)

As Redes Sociais podem explicar o potencial mobilizador dos indivíduos, ações solidárias geradas de forma horizontal entre os indivíduos, grupos sociais, na sociedade civil organizada, nas esferas de poder do governo, nos serviços de saúde, dentre outros espaços. (ANDRADE;DAVID, 2015)

Outros autores foram utilizados com o andamento do estudo, mas inicialmente acredita-se que Bourdieu encaminhou com esses conceitos explicitados a principal análise e discussão do trabalho.

1.6 A Saúde Mental no Campo da Atenção Primária em Saúde tendo Bourdieu como guia.

A figura teórica importante quando se discute as questões de saúde mental, principalmente no entendimento histórico da loucura, é Michel Foucault. Sua importância é inegável, principalmente no que se refere ao desenvolvimento do tratamento ofertado a pessoa dita louca, inicialmente de uma forma mais permissiva e acolhedora, passando para o confinamento e o uso de práticas mais invasivas e violentas (ROCHA, 2017).

Esse caminho histórico, estudado a partir do método arqueológico, mostra como foi construído um discurso sobre a loucura a partir das relações, que são de épocas históricas.

Vale lembrar que para Foucault (2008) a ordem do discurso própria a um dado período possui uma função normativa e reguladora, coloca em funcionamento mecanismos de organização do real por meio de produção de saberes, de estratégias e de práticas. O discurso aparece como produção da relação saber e poder.

Os estudos de Foucault, em sua trajetória acabam permeando a história do saber, sem fazer uma descrição ou explicação da história social, mesmo quando referiu-se ao biopoder, às formas de disciplinamento do corpo e a governamentalidade (CALLEVAERT, 2003)

Esse caminhar histórico, que Foucault nos traz, nos mostrou o quanto a loucura é um constructo social e o quanto as intervenções também o são, visto que a psiquiatria só surge no século XIX. Nos mostrou também o quanto essas intervenções para excluir o dito louco, seja com afastamento da comunidade ou com medicações ocorreram, e ainda hoje nos cercam com os retrocessos expressos na nova política de saúde mental, que o governo federal trouxe à tona e defende nos dias atuais. Essa é uma perspectiva fundante dos estudos em saúde mental. Entretanto, o olhar desse trabalho não é um olhar histórico e não me utilizo do método arqueológico de Foucault. Este é mais um estudo com foco em um dado campo dado, um retrato de um momento relacional. Inicia-se com um olhar empírico do vivido nos anos de trabalho e os escritos de Bourdieu me auxiliam a ter esse olhar.

Bourdieu, inclusive, foi um cientista empírico. Em seus estudos para

construir um fato social, se delimita um segmento da realidade observada, ou seja, o campo, selecionando determinados elementos dessa realidade multiforme e notar, por trás das aparências um sistema de relações próprias ao segmento analisado. (BONNEWITZ, 2005)

Observamos como está prescrito que a saúde mental se situe dentro dos sistemas de saúde, num percurso até chegarmos ao local onde ocorreu o estudo, caracterizando-o como campo de pesquisa

Segundo OMS, WONCA (2009), os cuidados primários para saúde mental são importantes para qualquer sistema do mundo, mas precisam estar vinculados com outros níveis de atenção à saúde, caso os profissionais necessitem de apoio, supervisão ou referenciar os casos. Para além dos serviços formais, dos sistemas de saúde, deve-se contar com serviços informais e serviços baseados na comunidade, conforme demonstrado na figura 1, abaixo.

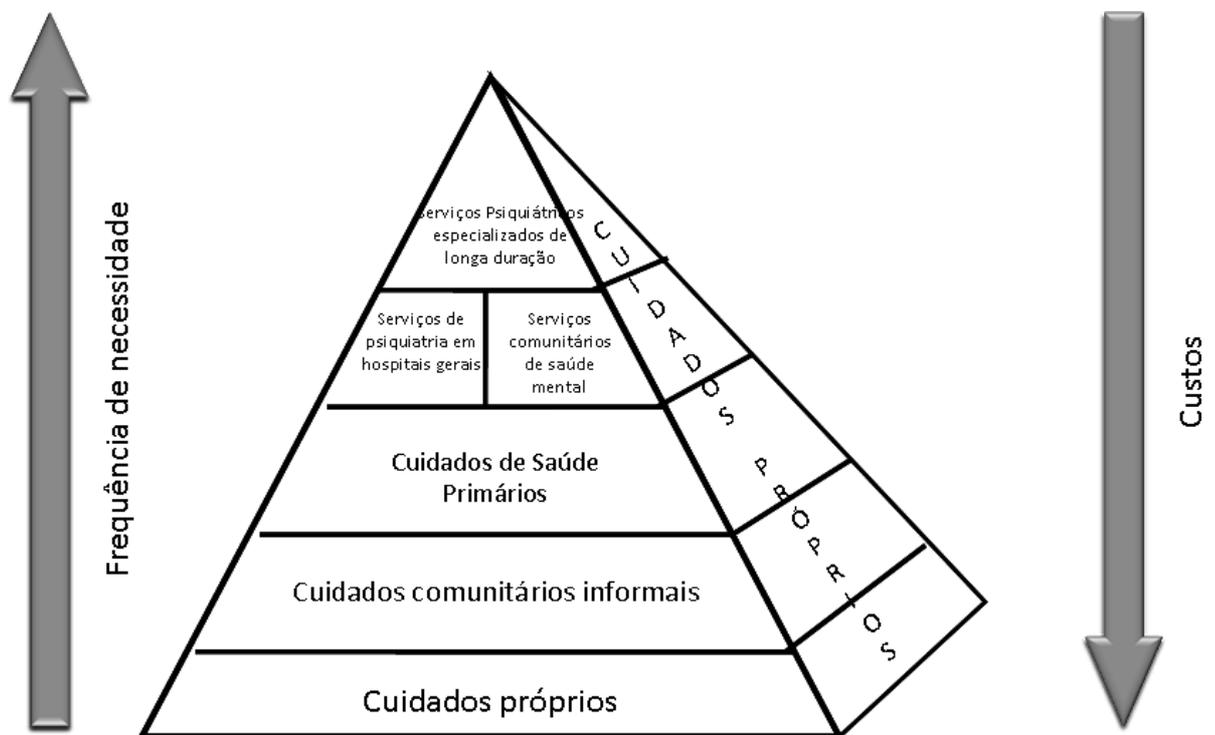


Figura 1: Pirâmide de serviços da OMS (2009)

Redes de atenção formadas desta forma, focam tanto no cuidado a saúde como na reinserção social, quando necessário, dos usuários na comunidade e nas famílias. (Querino et al, 2020)

No Brasil a Política Nacional de Saúde Mental se organiza a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que conta com uma série de serviços para atendimento as pessoas com sofrimento psíquico: Unidades de Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossociais, Unidades de Acolhimento, Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, Serviços de Residência Terapêutica, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Reabilitação Psicossocial e Comunidades Terapêuticas

- Unidades de Atenção Primária: Serviços com profissionais multiprofissionais, que tem por missão ser a porta de entrada do sistema de saúde, ofertando assistência de cunho individual e coletivo de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e diagnóstico, tratamento e reabilitação. O consultório na rua se encontra como ponto de atenção, na atenção primária, cuidando da população em situação de rua, de forma itinerante e com resolutividade nas diferentes necessidades de saúde desta população. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família está ligado as equipes de atenção primária, com o objetivo de apoiá-las, no apoio matricial e quando necessário no cuidado conjunto com as equipes.
- Centros de Atenção Psicossocial: Serviços com profissionais multiprofissionais, que atuam em atendimentos as pessoas com transtornos mentais graves e às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Atuam preferencialmente em espaços coletivos, como assembleias de usuários, grupos, reuniões, de forma articulada com outros pontos de atenção. Se utilizam do Projeto Terapêutico Singular, articulado entre a equipe, o usuário e família.
- Unidades de Acolhimento: Ponto de atenção que oferece cuidado contínuo, vinte e quatro horas do dia, com caráter transitório, em ambiente residencial, costuma atender usuários com alta vulnerabilidade social num período de até seis meses.
- Comunidades Terapêuticas: Serviço de caráter transitório oferecendo cuidado em saúde por até nove meses, também em ambiente residencial para usuários adultos com necessidades clínicas estáveis pelo uso de álcool e outras drogas.

- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral: Serviço para casos graves de transtornos mentais e uso de álcool ou outras drogas, com internações de curta permanência, atreladas ao Projeto Terapêutico Singular traçado pelo serviço de referência do usuário.
- Residências Terapêuticas: Estratégia de desinstitucionalização, a partir de residências localizadas na comunidade para usuários que passaram por internações de longa duração em hospitais psiquiátricos, de custódia ou outros modelos de internação de longa permanência.
- Reabilitação Psicossocial: Consiste em ações para geração de trabalho e renda.
- Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental: Serviços que ofertam consultas por profissionais especialistas, em caráter multiprofissional, para usuários de média complexidade.

Podemos considerar que as práticas de saúde mental na atenção primária a saúde se dão em determinados espaços sociais:

[...] trata-se, portanto, em cada momento de cada sociedade, de um conjunto de posições sociais, vinculado por uma relação de homologia a um conjunto de atividades (a prática do golfe ou do piano) ou de bens (uma segunda casa ou o quadro de um mestre), eles próprios relacionalmente definidos. (Bourdieu, 2008, p.18)

A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde, para as necessidades e problemas da população, fornecendo atenção centrada na pessoa, de forma longitudinal, ou seja, ao longo do tempo, ser coordenadora desse cuidado mesmo quando há necessidade de encaminhamento para outros níveis de atenção. Possui um território adscrito, compreendendo e participando da dinâmica deste território, provendo uma gestão do cuidado de forma participativa e democrática. O trabalho, preferencialmente, ocorre de forma interdisciplinar, com foco na vigilância em saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação desta atenção primária, tende a favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade, impactando positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividade.

As posições sociais são constituídas por um conjunto de *habitus*, essas posições sociais, emergem com o intuito de incorporar no agente social o *habitus* correspondente a prática social no campo, ou seja, transmitido pela socialização, no contato constante que passamos nos diversos meios sociais que passamos. Isso faz com que seja introjetado no corpo valores, significados e condutas.

Os profissionais de saúde da atenção primária incorporam diversos *habitus*, por conta de sua formação, suas vivências e no desenvolver de suas práticas.

Segundo Bourdieu (2007), as práticas nascem na forma de uma relação entre *habitus* e campo, inclusive ele resumiu essa relação em uma equação: [(*habitus*) (capital)] + campo = prática.

“Podemos enunciar essa equação desse modo: nossa prática é resultado das relações entre nossas disposições (*habitus*) e nossa posição num campo (capital), dentro do estado atual do jogo nessa arena social (campo)”. (Grenfell, 2018, p.87)

SILVA e DAVID (2020) concluem que aspectos estruturais, como espaço físico da unidade de saúde, relacionais, como as Redes Sociais dos profissionais de saúde, e os prescritivos, como normas e regulamentos utilizados pelas equipes de saúde, permitiram ressignificar a APS como um campo, permitindo conhecer as implicações dos *habitus* dos agentes sobre suas práticas, como o as posições que ocupam neste espaço social, determinadas pelo capital cultural, social e científico que detém.

2 METODOLOGIA:

Este é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Utilizamos a análise de conteúdo, de Bardin como abordagem qualitativa, que é:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessa mensagem. (BARDIN, 2016, p. 48)

A análise de conteúdo pode ser utilizada tanto em pesquisas quantitativas como qualitativas. Da primeira forma pode-se aferir a frequência com que surgem certas características do conteúdo, já na segunda, investiga-se a presença ou ausência de de uma dada característica do conteúdo. (BARDIN,2016)

Bardin (2016) apresenta três etapas básicas para a análise de conteúdo: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação referencial.

A pré-análise consiste na fase de organização do material que irá ser utilizado na coleta de dados, além de outros materiais que em conjunto formam o corpus da investigação. É nestas características apresentadas no campo, ou seja, o corpus é que deve-se fixar a atenção para posterior análise.

Na descrição analítica o material que constitui o corpus é mais aprofundado, sendo orientado por hipóteses ou por referencial teórico, surgindo quadros de referências, onde se busca idéias semelhantes e divergentes.

A análise propriamente dita ocorre na interpretação referencial, onde a reflexão e o embasamento em materiais empíricos estabelecem relações com a realidade aprofundando as relações com as idéias.

A aplicação da análise de conteúdo é uma ferramenta fundamental para a interpretação das percepções de agentes sociais. (BARDIN, 2016)

A abordagem quantitativa utilizada foi a Análise de Redes Sociais (ARS). Este método possui aplicabilidade em estudos nos mais diversos setores. Por meio de um recorte analítico busca explicitar as interações mencionadas ou observadas entre os atores, lançando mão de algumas métricas e de elementos gráficos que auxiliam a entender os papéis e fluxos de informação e trocas. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, também denominado de Análise Estrutural de Redes Sociais, e oferece uma visão da estrutura e relações em rede no momento da coleta de dados. Há que ressaltar que não permite identificar motivações e interesses em jogo, pelo que tende a ser utilizado com apoio de uma abordagem qualitativa baseada, neste estudo, na análise de conteúdo de Bardin.

Segundo Garson (2012):

Testes Sociométricos são instrumentos de pesquisa que são administrados aos sujeitos, normalmente a todos sujeitos em um pequeno grupo, para determinar a direção de determinadas relações, embora muitas vezes possa ser avaliado através de uma simples observação.

A partir dos testes sociométricos podemos demonstrar os resultados com o uso de Representação Sociométrica, que refere-se a diversos métodos gráficos de apresentação de dados.

Garson (2012), ainda explica que existem diagramas de dados de rede que fornecem várias representações gráficas das redes alternativamente aos sociogramas clássicos:

- Diagramas de caminho (Path Diagrams) representam variáveis ou grupos como relacionamentos, que podem ser correlações, comunicações, associações formais ou outras interações, como setas e, muitas vezes magnitude de relação pela espessura da seta.
- Diagramas de Cluster representam variáveis ou grupos como pontos em um ou mais gráficos de dispersão bidimensionais ou parcelas polares, com a proximidade de pontos representando sua similaridade nas dimensões, e clusters de pontos podem ser destacados por linhas de perímetro ao redor de cada cluster.

- Clique é um conjunto de nós onde cada nó é conectado por uma borda ao nó do outro.

Segundo Marteleto e Tomael (2005), os conceitos de unidade de análise, formas de análise, propriedade de rede, divisão da rede e medida de centralidade são utilizados na análise de redes sociais.

Unidades de análise:

Relações: também conhecidas como fios (strands), são caracterizadas pelo seu conteúdo, intensidade e direção. Trata dos recursos trocados na rede;

Ligações (ties): são chamadas de laço ou vínculo, conectam um par de atores por uma ou mais relações.

Formas de análise:

Egocêntrica (Ego-Centered network): uma rede pessoal onde as relações são observáveis, sob o ponto de vista de um indivíduo central;

Rede Total ou Completa (Whole Network): demonstra ligações existentes entre todos os integrantes de uma rede.

Propriedades de Rede: medidas ou indicadores que possibilitam sua análise e entendimento elas são:

Coesão Social (social cohesion): é uma rede densa com presença de ligações fortes entre os atores.

Densidade de rede (network density): mede a quantidade de ligações em uma rede, quanto maior o número de ligações, mais densa ela é.

Transitividade (transitivity): mede o grau de flexibilidade e cooperação, sendo possível identificar o fluxo de informação entre os atores.

Distância geodésica (geodesic distance): número de ligações entre um ator e outro

Fluxo máximo (maximum flow): revela quando dois atores estão totalmente conectados.

Centro (center): é um grupo coeso de atores, que se relacionam fortemente.

Periferia (periphery); conjunto de todos os vértices que não estão ligados

entre si, mas tem conexões com um de seus membros, com o centro.

Divisões de Rede: mostra os tipos de relações que definem e sustentam quem pertence a um grupo, essas relações podem ser:

Díade: interação entre duas pessoas.

Cliques: grupo de atores que mantem relações mais estreitas entre si do que com outros atores que não são do grupo.

Círculo Social: grupo no qual cada ator está ligado direta ou fortemente à maioria. Cluster – conjunto de relações similares, forma área de alta densidade.

Medida de Centralidade (centrality) é utilizada para identificar quem são os atores chaves na rede, essas posições podem ser identificadas como:

Centralidade de grau (degree centrality): posição de um ator em relação as trocas e as comunicações na rede.

Centralidade de informação (information centrality): um ator, devido ao seu posicionamento na rede, recebe informações, tornando-se fonte estratégica.

Centralidade de proximidade (closeness centrality): avalia a interdependência de um ator em relação ao controle do outro.

Centralidade de intermediação (betweness centrality): mede potencial dos atores que são ponte, mediando e facilitando fluxos..

Na perspectiva da análise das redes sociais, o emprego da abordagem quantitativa e qualitativa se complementam, são interdependentes, permitindo estudar os atores sociais e suas ligações com outros, explorando seus papéis e significados dentro da rede. Combinar as abordagens favorece o aprofundamento das questões envolvidas na pesquisa.

O estudo teve como cenário uma unidade de saúde do Município do Rio de Janeiro, metrópole com a população de 6.320.446 habitantes, segundo o censo de 2010 e uma estimativa de 6.775.561 habitantes para 2021, segundo o IBGE.

O Município do Rio de Janeiro conta hoje com 237 Unidades de Básicas de Saúde, sendo mescladas em Unidades que apresentam somente equipes de saúde da família e unidades que apresentam equipes de saúde da família e equipes de atenção básica, compostas por profissionais que atuam nas clínicas básicas.

Foram estudadas equipes de saúde da família, que são equipes formadas por médicos generalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, formadas por dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal. Essas equipes fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial. Foi escolhida uma unidade com pelo menos três anos de existência, tempo para que as equipes tenham se estabelecido e que a rotatividade de profissionais não seja alta.

Foi utilizado como critério de escolha do cenário de estudo uma Unidade de Saúde da família, com pelo menos três equipes na área de planejamento 2.2, área da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

A área de planejamento 2.2 é composta por duas regiões administrativas (RA), a VIII e IX R.A, com sete bairros: Tijuca, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Alto da Boa Vista e Vila Isabel. Possui uma população de 371.120 habitantes (sendo 163.603 homens e 207.517 mulheres), segundo o Censo do IBGE de 2010, e uma área de 55,2 Km². Isto significa uma densidade demográfica de 6.727,33 habitantes/Km². Em 2010, a distribuição por faixa etária correspondia a: 3.117 crianças menores de um ano (0,8%), 11,994 crianças de um a quatro anos (3,2%), 56.051 menores de 15 anos (15,1%). As mulheres de 15 a 49 anos somavam 99.082 pessoas (47,7% das mulheres), e os idosos (de 60 anos ou mais) eram 81.867 pessoas (22,1% do total).

No ano de 2021 as cinco maiores causas de mortalidade foram: Infecção por Coronavírus não especificada (taxa de 269,5/1000hab), causas mal definidas (taxa de 81,4/1000hab), infarto agudo do miocárdio não especificado (taxa de 64,9/1000hab), pneumonia não especificada (taxa de 59,5/1000hab) e septicemia não especificada (taxa de 46,3/1000hab).

A área possui nove unidades de atenção primária: Clínica da Família (CF) Odalea Firmo Dutra (Grajaú), Centro Municipal de Saúde (CMS) Carlos Figueiredo Filho (Borel), CMS Casa Branca (Tijuca), CMS Heitor Beltrão (Tijuca), CMS Helio Pelegrino (Tijuca), CMS Nicola Albano (Alto da Boa Vista), CMS Nilza Rosa (Morro da Formiga, Tijuca), CMS Maria Augusta Estrella (Vila Isabel) e CF Recanto do Trovador (Vila Isabel).

Foi escolhida a unidade Recanto do Trovador, com quatro equipes de saúde

da família, localizada, no bairro de Vila Isabel, zona norte da cidade. Inaugurada em 24 de dezembro de 2014, as equipes eram anteriormente localizadas em um endereço próximo e se denominava Centro Municipal de Saúde Parque Vila Isabel. A partir de 2014 se localiza no antigo Jardim Zoológico, atual Parque Recanto do Trovador.

Utilizou-se como critério de inclusão ser uma unidade com o território 100% coberto por equipes de saúde da família, ter pelo menos três equipes de saúde da família, com mais e 5 anos de inauguradas, por conta de tempo para vinculação da população com a unidade de saúde, por estarmos em pandemia do COVID 19, a proximidade com o pesquisador também foi levada em conta, para diminuir o risco de contágio durante as entrevistas e idas a unidade.

Como critério de exclusão: unidades e equipes com menos de cinco anos de criação, unidades com dificuldade de acessibilidade, pois tivemos períodos de “lock down”, com pouca oferta de transporte, dificultando a locomoção pela cidade.

Das quatro equipes da CF Recanto do Trovador, três foram escolhidas para participarem do estudo, pois no ano de 2019 foram extintas diversas equipes de saúde da família do município, com o argumento do governo da época que as equipes estavam ociosas e que existia uma parcela da população que não frequentava as unidades, essas equipes iniciaram a ser recolocadas nas unidades no ano de 2021, portanto esses profissionais não tinham tempo o suficiente na unidade para formar vínculo com a comunidade e nem todos tinham conhecimento de todos os fluxos da área.

A unidade de saúde tem como área de abrangência, parte do bairro de Vila Isabel, Grajaú e Andaraí, cobrindo uma população de 25.456 habitantes, destes 19.487 são cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família.

Em 09 de novembro de 2021, na apresentação do *accountability*² da

^{2 3} Os seminários de gestão e *Accountability* das Unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro iniciaram em 2013 e representam a prestação de contas das ações realizadas pelas unidades e equipes, em relação ao alcance de indicadores sanitários, tanto para os gestores municipais quanto para a população, como incentivo da participação social. O *Accountability* é, portanto, uma das responsabilidades do gestor público na prestação de contas à sociedade.

Secretaria Municipal de Saúde haviam 50 usuários com algum diagnóstico médico relacionado a problemas com saúde mental, 731 pessoas cadastradas no Programa Auxílio Brasil, ou seja pessoas com grande vulnerabilidade social e 20 usuários em situação de rua

Participaram da coleta de dados profissionais que se dispuseram a dar a entrevista e que estivessem no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Como desde o início do ano de 2020, a pandemia do COVID-19 assolou o município do Rio de Janeiro, realizar as entrevistas foi uma tarefa muito difícil, pois as equipes estavam todas voltadas para o atendimento de casos suspeitos de síndrome respiratória e vacinação da população, portanto várias das vezes que me deslocava para realizar as entrevistas, os trabalhadores estavam assoberbados e não conseguiam me dar atenção, com total justificativa ou alguns estavam afastados pela idade, por gestação ou condições de saúde, que os deixava como pessoas de risco caso ocorresse o contágio. Com este quadro, não foi possível entrevistar todos os profissionais lotados na unidade e sim aqueles presentes e disponíveis para tal.

Quadro 2. Quantidade de Agentes participantes da pesquisa

Agentes	Quantidade
Médicos	3
Enfermeiros	3
Técnicos de Enfermagem	3
Agentes Comunitários de Saúde	7
Dentistas	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1
Psicólogo	1

Fonte: O autor, 2022

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista em profundidade para fase qualitativa do estudo. Foi usado um gravador digital, de celular, para coletar as falas dos profissionais selecionados e posteriormente foram transcritas para análise.

A análise da parte quantitativa se deu à luz da ARS, utilizando-se o *software* Ucinet e sua extensão Netdraw®, para a produção de uma matriz de análise e cálculo das medidas de centralidade e posteriormente a produção de grafos e a representação das redes.

Os dados foram analisados, na parte qualitativa, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que se caracteriza por um conjunto de estratégias de análise de comunicação, utilizadas para identificar o que é dito acerca de um determinado tema, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos.

Primeiramente fizemos uma leitura mais abrangente das transcrições das entrevistas, buscando obter uma percepção inicial do conteúdo. Leituras sucessivas foram feitas em seguida, buscando destacar as frases significativas, que foram destacadas no texto.

Cada trecho selecionado recebeu um código na etapa de categorização. Estes trechos foram agrupados inicialmente pelas diferenças temáticas que emergirem e, posteriormente, por similaridade de conteúdo. Será feita então, a síntese dos discursos, a partir da aproximação dos pressupostos teóricos aos dados empíricos da realidade.

Por se tratar de um estudo com a presença de seres humanos, o trabalho foi encaminhado para plataforma Brasil e passou por um comitê de ética em pesquisa para que os passos de coleta de dados fossem iniciados após sua aprovação, conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo o parecer favorável nº 4.717.204.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta de 2 vias, uma ficou com o respondente e uma com o entrevistador, com a assinatura do pesquisado.

2.1 Técnica de Coleta de Dados:

Foi utilizado um questionário com perguntas para caracterizar a amostra e perguntas abertas para a compreensão de como se realizava a busca por apoio no cuidado de usuários com sofrimento psíquico e o quanto a pandemia afetou esse cuidado, finalizando com a solicitação de até cinco pessoas ou serviço que eram acionados por eles no cuidado de saúde mental.

A parte de caracterização foi preenchida manualmente e as perguntas abertas foram gravadas com auxílio de um aplicativo de gravação no celular e posteriormente o arquivo de áudio foi guardado no computador do pesquisador e também foi encaminhado para “nuvem”, na internet, posteriormente foi feita a transcrição dessas entrevistas, que foram digitadas, impressas e também guardadas da mesma forma que os arquivos de áudio.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante ter em mente que o cuidado, tanto na saúde mental, como na atenção primária, se dá em rede, não há processo de cuidado isolado e é isso que procuramos observar no trabalho.

Algumas variáveis do questionário ajudaram a criar um quadro com elementos ligados ao *habitus*, capital cultural e campo dos profissionais entrevistados, ajudando a iniciar um entendimento sobre a prática desses profissionais relativas ao cuidado de saúde mental na atenção primária e caracterizar a amostra.

Caracterizando os agentes do campo

Tabela 1 – Caracterização dos Entrevistados e Elementos ligados aos *habitus* dos agentes entrevistados (continua)

Profissão	Idade	Tempo na unidade	Escolaridade	Ano da última formação	Pós	Instituição	Escolaridade do pai	Escolaridade da mãe	Outro emprego
Psicologia	50	NASF 3 anos	Superior	2002	Drogas, tratamento e prevenção	Privada Publica	Fundamental	Médio completo	Não
Médica 1	32	04 meses	Superior	2018	Residencia em Med Família eComunidade	Privada	Mestrado	Especialização	Sim Privado
ACS 1.2	43	7 anos	Médio	2020	Não	Pública	Fundamental	Fundamental	Não
ACS/Gestor de RH 2.2	32	10 anos	Superior	2020	Não	Privada	Fundamental	Fundamental	Não
ACS 1.1	39	10 anos	Médio	2019	Não	Pública	Fundamental	Fundamental	Sim Privado
ACS 3.2	51	10 anos	Médio	2000	Não	Pública	Não respondeu	Não respondeu	Não
Dentista	27	3 meses	Especialização	2020	Estomatologia	Privada	Médio	Superior	Não
Enfermeira 1	27	7 meses	Superior	2018	Residencia em Enf Família eComunidade cursando	Privada publica	Fundamental	Superior	Não
ACS2.3	32	12 anos	Superior cursando	2019	Não	Publica	fundamental incompleto	fundamental incompleto	Não
ACS 3.1	39	14 anos	Superior incompleto	2007	Não	Pública	médio	Médio completo	Não
Médica 2	29	10 meses	Superior	2019	Cuidados paliativos	Publica e privada	Médio	Superior	Não

Tabela 1 – Caracterização dos Entrevistados e Elementos ligados aos *habitus* dos agentes entrevistados (conclusão)

tecnica de enfermagem 1	41	2 anos	Superior	2014	Não	Privada	alfabetizado	analfabeta	Não
Enfermeira 2	29	6 meses	Superior	2019	Não	Publica	Médio	Médio completo	Não
ASB	38	10 meses	Superior	2008	Não	Publica	Médio	fundamental	Não
			incompleto						
tecnico de enfermagem 2	29	1 ano	Superior incompleto	2020	Não	Privada	Médio incompleto	Superior incompleto	Não
Medica 3	30	1 ano	Superior	2019	residência em Med Família e Com	Privada e Publica	Superior	Superior	Sim Privado
Enfermeira 3	32	2 anos	Superior	2020	residência em Enf Família e Comunidade	Privada e publica	Médio	Médio completo	Não
tecnica de enfermagem 3	28	1 ano	Médio	2017	Não	Publica e privada	Fundamental	Médio completo	Não
ACS 2.2	37	8 anos	Médio	20	Não	Pública	Fundamental	Fundamental	Não

Fonte: Autor, adaptado a partir do quadro de extração de *habitus*, apresentado no capítulo Espaço Social de Cheryl Hardy

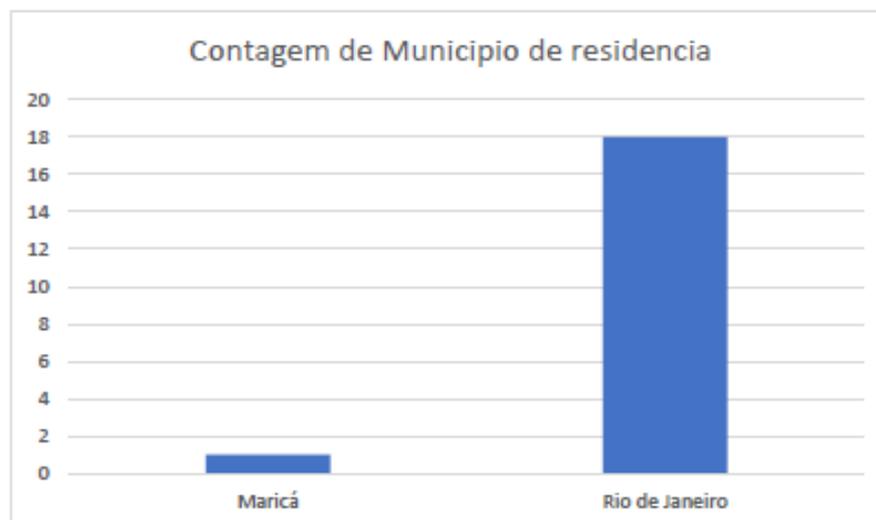
À partir da tabela acima foram feitos diversos gráficos caracterizando os respondentes.

Gráfico 1: Participantes por Naturalidade



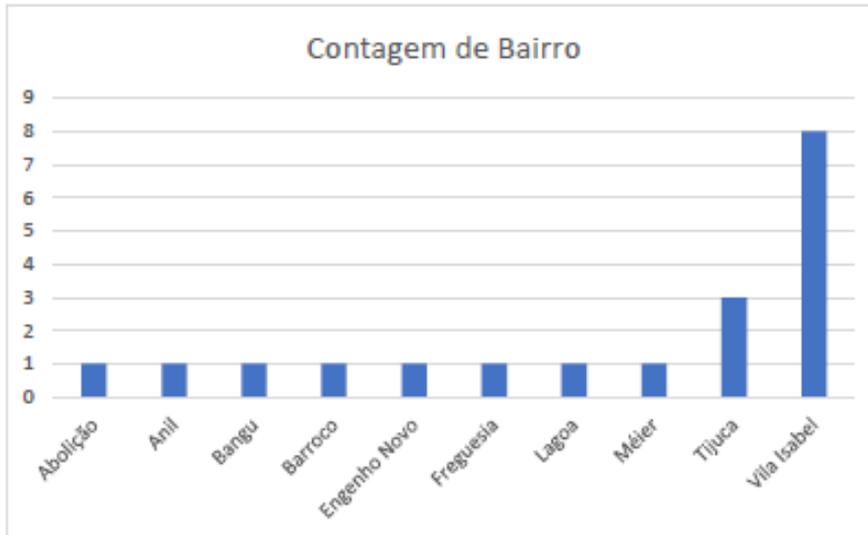
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 2: Participantes por Município de residência



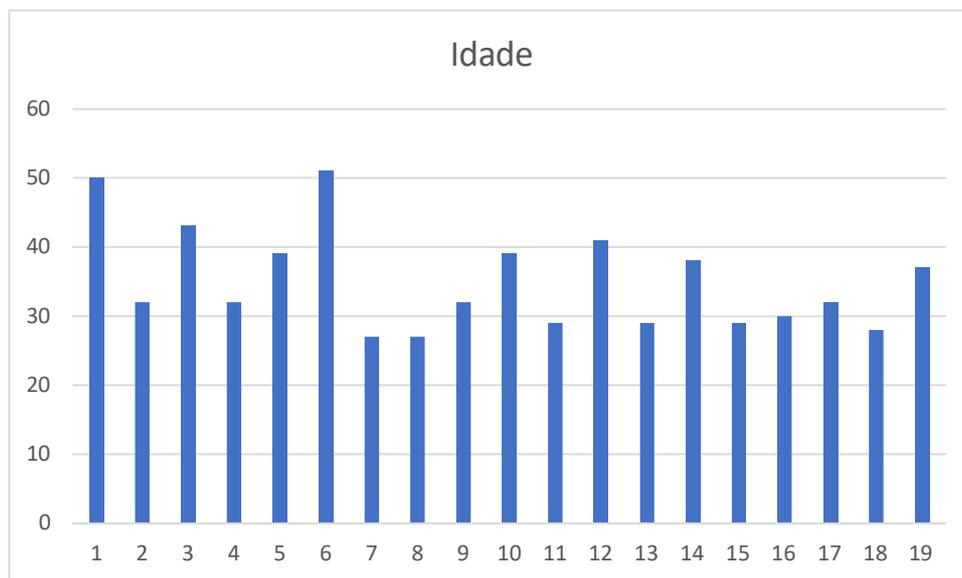
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 3: Participantes por Bairro



Fonte: O autor (2022)

Gráfico 4: Participantes por Idade

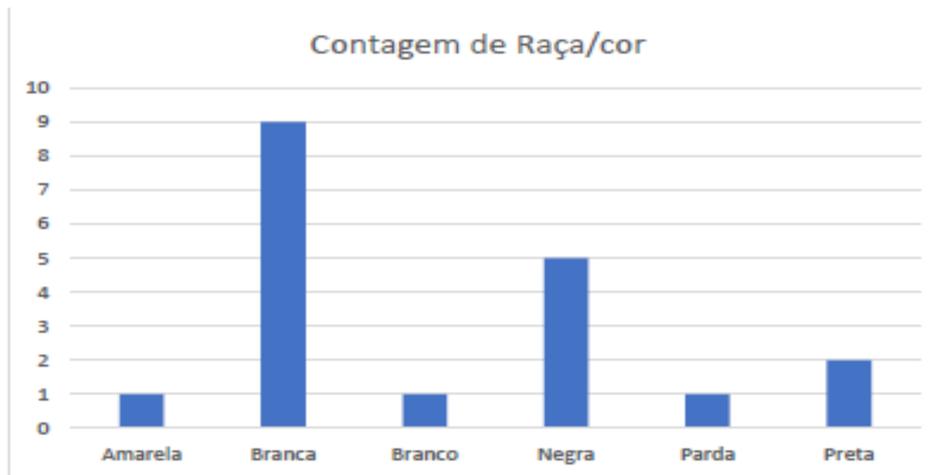


Fonte: O autor (2022)

Segundo a tabela e os gráficos, observamos que os entrevistados são profissionais membros das equipes de saúde da família, das equipes de saúde bucal e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, manteve-se esse nome, apesar da mudança na política de atenção primária. Esses profissionais têm

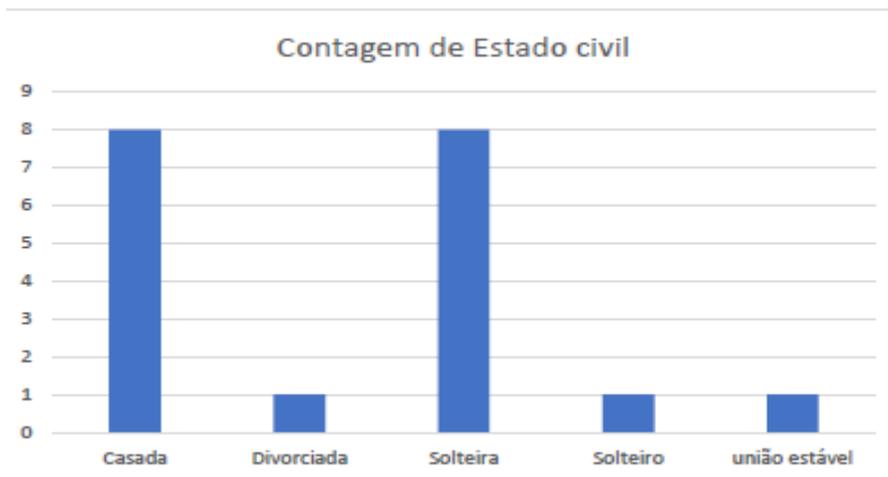
idades entre 28 e 51 anos, moram, em sua maioria, na zona norte da cidade, região de classe média, mas como a cidade do Rio de Janeiro, em geral, com presença de áreas de favela e com pessoas com menos renda.

Gráfico 5: Participantes por Raça/Cor



Fonte: O autor (2022)

Gráfico 6: Participantes por Estado Civil



Fonte: O autor (2022)

Temos uma mesma quantidade de entrevistados se declarando em um relacionamento e solteiros. Mantivemos a forma que foi respondido o questionário, por isso algumas respostas no masculino e no feminino.

A maioria se declarou branca, tendo muito proximamente o quantitativo de pessoas pretas

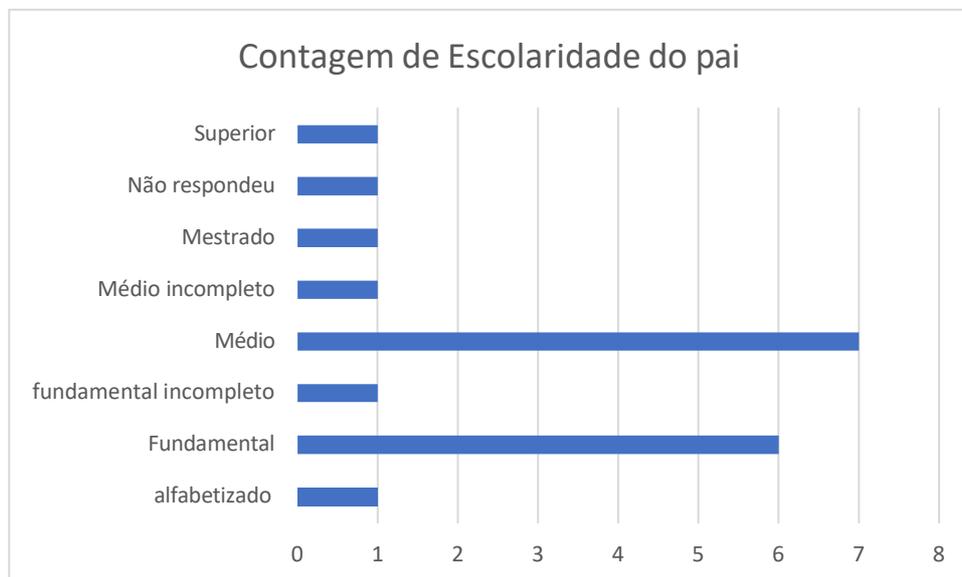
(negros + pardos) e apenas uma pessoa se declarou amarela.

Gráfico 7: Participantes por Escolaridade



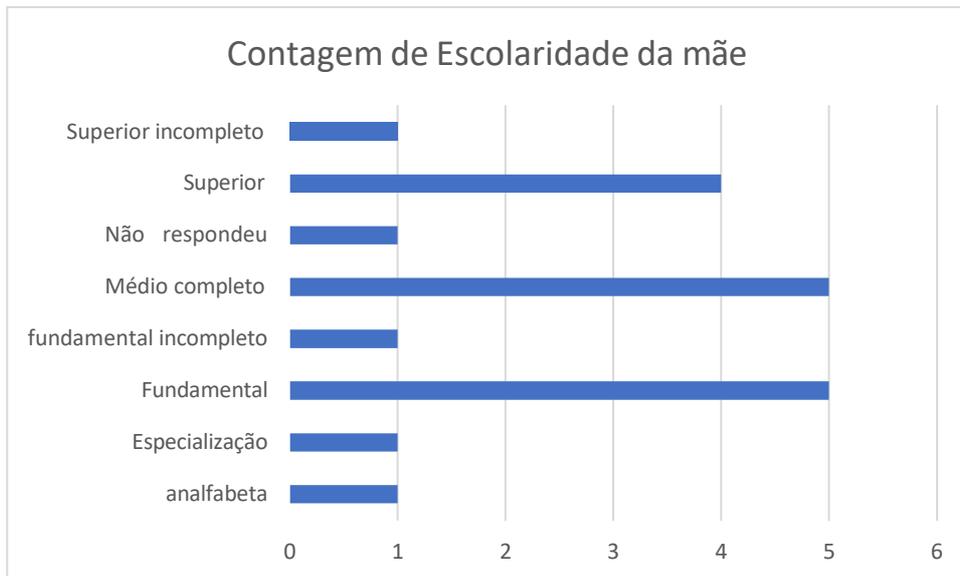
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 8: Escolaridade dos Pais



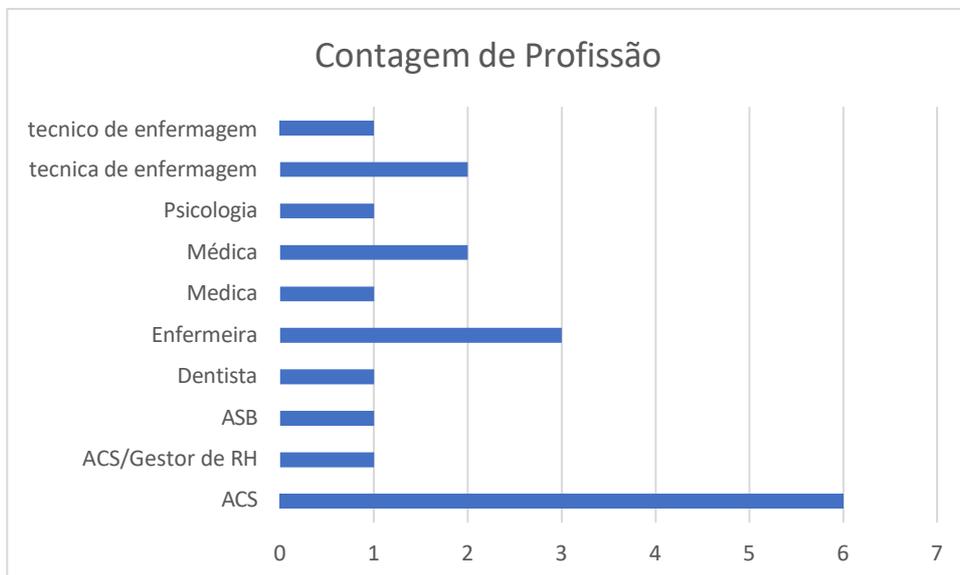
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 9: Escolaridade das Mães



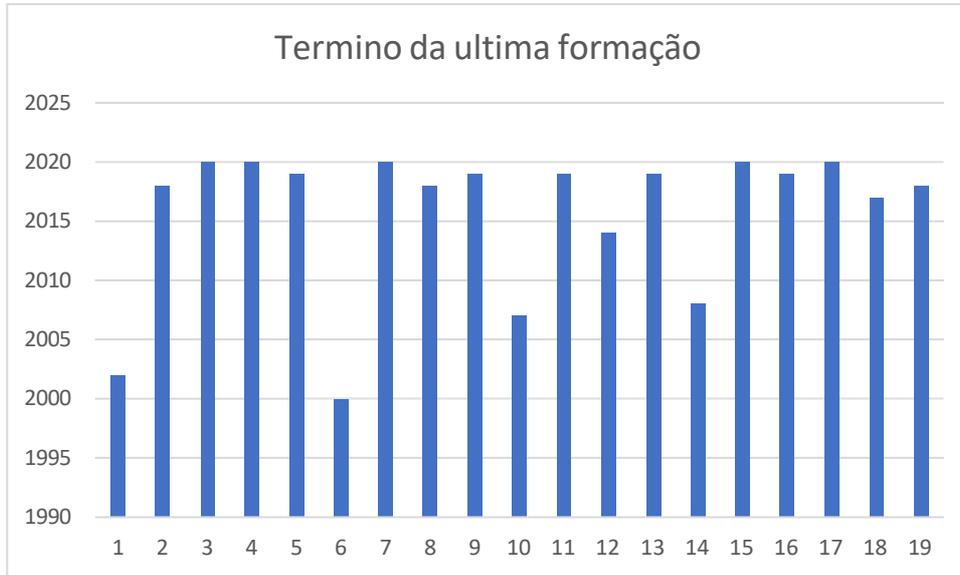
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 10: Participantes por Profissão



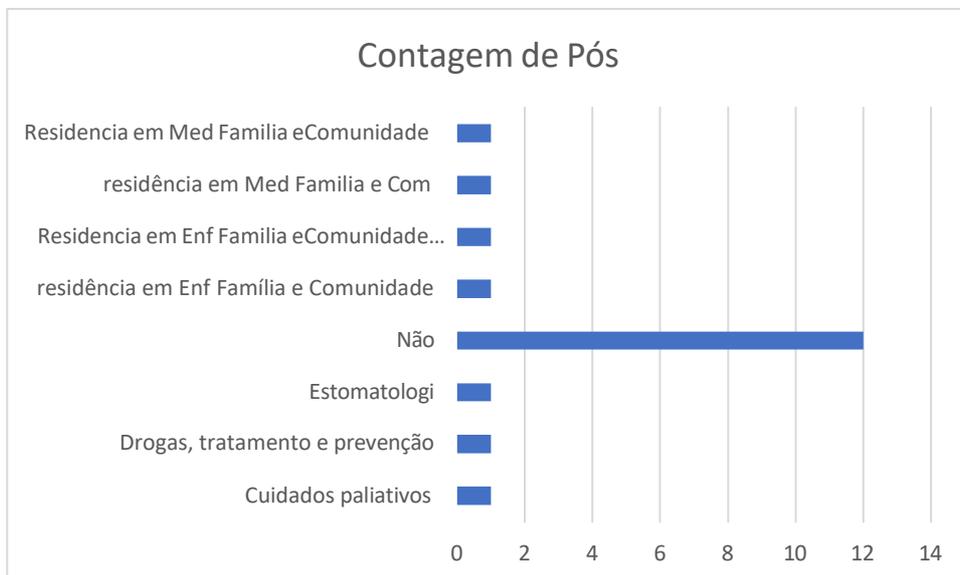
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 11: Participantes por Ano do Término de Formação



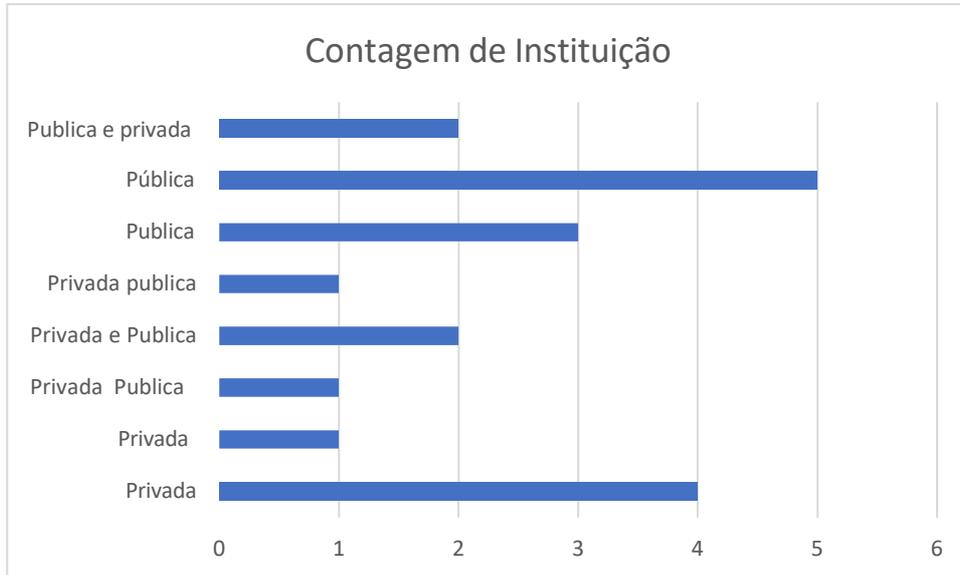
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 12: Participantes por Contagem de Tempo de Pós Graduação



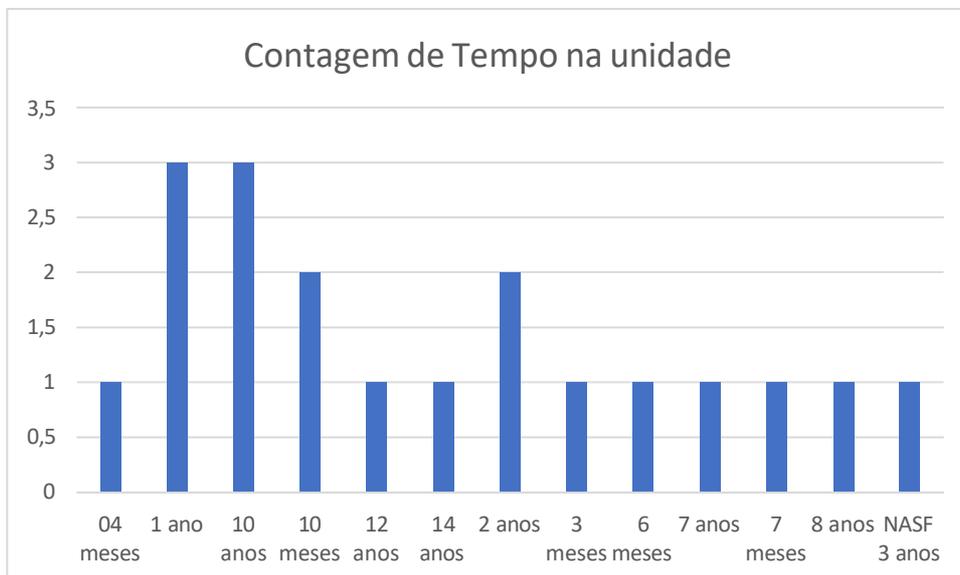
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 13: Participantes por Tipo de Instituição de Formação



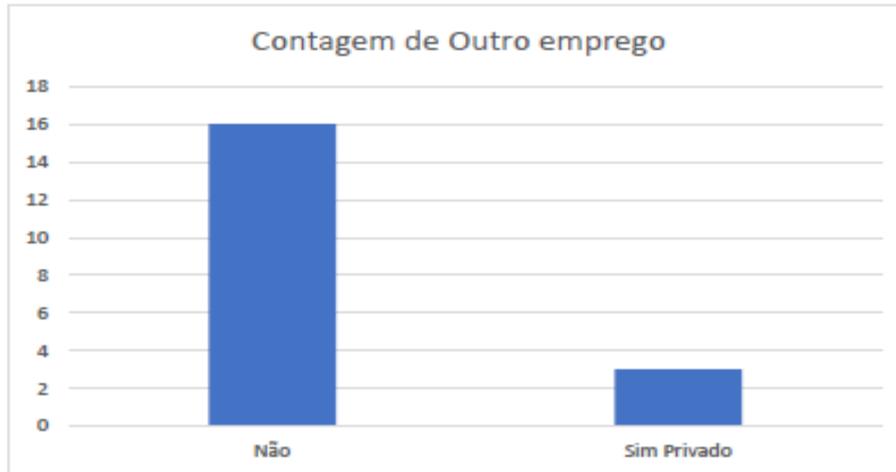
Fonte: O autor (2022)

Gráfico 14: Participantes por Tempo na Unidade



Fonte: O autor (2022)

Gráfico 15: Participantes com outro Emprego



Fonte: O autor (2022)

Temos uma variação de tempo de trabalho na unidade de saúde entre 04 meses e 14 anos, uma média de 4,25 anos. Com o tempo de formação entre 1 e 20 anos.

A maioria de profissionais de nível superior possui pós-graduação voltada para atenção primária, sendo que apenas uma enfermeira não possui pós-graduação, tendo 3 anos de graduação e 6 meses na unidade. Há uma mescla entre os profissionais que estudaram em instituições privadas e públicas. Em relação aos pais, 6 possuem ensino fundamental completo, 1 fundamental incompleto, 1 é analfabeto, 6 possuem ensino médio completo, 1 médio incompleto, 2 com nível superior, sendo 1 destes com mestrado e 1 não respondido. Quanto as mães, 4 possuem fundamental completo, 1 fundamental incompleto, 1 analfabeta, 5 com ensino médio completo, 5 com superior completo, sendo que 1 destas possui especialização, 1 com superior incompleto e 1 não respondido. A maioria dos profissionais não tem outro emprego e os 3 que possuem, 2 são médicas que trabalham no setor privado e uma agente comunitária de saúde que também trabalha no setor privado.

Essa caracterização pode nos demonstrar que:

Todo o aparato social de formação de uma identidade , ou de uma persona, aqui entendida como máscara social, virá a se sedimentar sobre essa relação de tornar concreto um todo biográfico que na realidade não existe: podemos acompanhar as mudanças sucessivas pelas quais um agente social passa durante seu movimento na sociedade e que acabam por sedimentar um *habitus* relacionado à história do indivíduo. (Montagner,2006, p.518)

O aparato social dos profissionais os levou, de certa forma, a atuar na unidade, com ou sem qualificação adequada para dar conta de toda a complexidade da atenção primária.

Conforme SOUZA e SILVINO (2018), o campo da saúde apropria-se de diversos saberes científicos, como biológicos, das ciências humanas e sociais, além da educação, tecnologia da informação, dentre outros.

Na APS os profissionais são orientados para prática por conta de condutas estabelecidas institucionalmente, nas diversas esferas de governo. Essas condutas são regidas por normas institucionais que são interiorizadas pelos agentes (profissionais).

Para Bourdieu (2008), os esquemas de ação e pensamento dos agentes dominantes fazem com que os mesmos pensem, ajam e consigam se comportar de uma determinada maneira, conforme certas circunstâncias.

Então o que foi construído pelos profissionais através do seu convívio com os familiares, primeira rede de sociabilidade, e com o adquirido nas redes secundárias, durante todo seu percurso de vida, influencia como *habitus*, nas relações com os usuários da unidade de saúde e com seus colegas de trabalho.

Os Capitais cultural e social, adquiridos tanto pela educação formal, como pela exposição a eventos, locais e informação em geral, ajudam na formação deste *habitus*. A educação dos pais pode influenciar e nos entrevistados as mães tiveram mais anos de estudo que os pais.

Quanto a formação específica, a maioria dos profissionais de nível superior tiveram contato com a pós graduação relativa a APS.

Segundo CAMINHA, JORGE, *et al.* (2021) o profissional de saúde, especialmente o médico, recebe o poder de decidir o que merece ser atendido e qual o horário oportuno para este atendimento, criando, assim, uma relação de dominação, em que os dominados, os usuários, aderem ao imposto e o elegem como plausível, possível

e justificável.

Além disso, a medicalização do cuidado faz com que os profissionais médicos acabem dominando os demais profissionais envolvidos no cuidado e a Política de Saúde Mental atual reforça esse viés médico centrado, tanto na APS, como na ida para especialistas, reforçando a internação involuntária, utilização de eletroconvulsoterapia etc (BRASIL, 2019).

3.1 Percepções dos agentes no campo da saúde mental sobre a prática de cuidado

Para nos aproximarmos destas percepções nos utilizamos da análise de conteúdo realizada a partir das entrevistas colhidas com o suporte de um questionário com perguntas abertas que norteou as mesmas.

Inicialmente foi realizada a pré análise do material, as entrevistas haviam sido gravadas e posteriormente transcritas em arquivo de texto e impressos. Foi feita uma leitura flutuante, inicialmente nas transcrições impressas e posteriormente, nos arquivos de texto. Foi utilizado o programa ATLAS.ti para os passos seguintes. Realizamos a constituição do *corpus*, que segundo Bardin (2006), é o conjunto de documentos que irão sofrer os procedimentos analíticos. Utilizamos a regra da pertinência para constituição do *corpus*, ou seja, documentos adequados como fonte de informação a fim de que correspondam ao objetivo da análise.

Passamos então para fase de codificação, que segundo Bardin (2006), equivale a transformação efetuada de acordo com regras precisas, dos dados brutos em texto, podendo ser feita por recorte, agregação e enumeração, permitindo assim a representação de seu conteúdo ou sua expressão.

Utilizamos a codificação Indutiva nessa pesquisa, ou seja, selecionamos trechos das entrevistas analisadas, codificamos os trechos e agrupamos por semelhança os códigos identificados e criamos categorias.

Foram encontradas duas categorias: Estrutura do Cuidado e Percepções sobre Práticas do Cuidado. Essas duas categorias emergiram de 17 subcategorias. A categoria Percepções sobre Práticas do Cuidado apresentou 55 Unidades de Registro, que são segundo Bardin (2006) segmentos de conteúdo, considerados como unidades bases, para que se categorize e se conte a frequência. Já a categoria Estrutura do Cuidado apresentou 29 Unidades de Registro.

Quadro 3: Subcódigos (continua)

Citações	Subcódigos
Não foi uma escolha	Veio no pacote, Despreparo Profissional
Mas tem sido um aprendizado a cada dia	Mas é um aprendizado positivo
Sim, com certeza	Olhar de cuidado
não temos estrutura para acompanhá-los.	Despreparo Profissional
Não	Fuga do tipo de atendimento
mental para mim assim faz parte não foi posso dizer assim, não foi uma escolha	Veio no pacote, Despreparo Profissional
eu acho que é mais uma necessidade porque nós como médico de família para olhar a pessoa como um todo e a saúde mental, faz parte também, então a gente também tem que se preparar com essa parte, né?	Veio no pacote, Despreparo Profissional
E aí para mim enxergo com sendo parte da como sendo parte dos cuidados que a gente presta para pessoa como um todo assim olhando ela como um todo.	Mas é um aprendizado positivo
com certeza	Olhar de cuidado
incidência desses problemas de saúde mental terem aumentado absurdamente	Aumento com a pandemia
recursos terem diminuído também porque o isolamento social assim dificultou muito a utilização de alguns recursos na comunidade	Diminuição dos recursos de apoio
continuará na minha lista de atendimento sim, por mais de muitas pessoas não gostarem assim eu até gosto de atender assim sabe?	Olhar de cuidado
mas olhando também de forma objetiva acolhendo aquele sofrimento e vendo o que que pode ser feito a ele por mim, o que que pode ser feito pela pessoa então continuaria sim.	Olhar de cuidado

Quadro 3: Subcódigos (continuação)

E às vezes acabava absorvendo muito eeeee o stress eu o sofrimento às vezes né?	Despreparo Profissional
Então eu acho que eu me sinto assim eu tento ver com o seu tio Antônio uma doença tem como diabetes hipertensão. E aí isso é assim eeeeeee não me suga tanto.	Se adequar, sem preconceito
eu acho que primeiro é o estigma que essas doenças tem, ainda muito preconceito relacionado a elas muitas pessoas demoram para procurar o serviço de saúde quando estão em alguma situação de Sofrimento em Saúde Mental	Estigma
outras dificuldades muito comum também é a falta de rede de apoio que às vezes essas pessoas tem	Falta rede de apoio
Às vezes tem poucos recursos disponíveis também na comunidade porque muitas pessoas ficam no remédio e o remédio na verdade não é nem 50% do tratamento as pessoas precisam ter outros recursos disponíveis.	Diminuição dos recursos de apoio
Acho que tipos de casos que devem ser tratados aqui só os casos mais estáveis	Fuga do tipo de atendimento
você tem que se ajeitar um pouquinho para entrar para entrar no mundo da pessoa sem tipo assim ter preconceito tentar entender né e não discriminar a pessoa também e ela se sentir aberta para ter contato com você	Se adequar, sem preconceito
para te ser sincero não	Fuga do tipo de atendimento
Porque se o paciente que ele está em surto não tem como aqui	Despreparo Profissional
atendimento em Psiquiatria fora daqui mas nem toda família leva dá continuidade nesse tratamento tem paciente que está em casa	Desmonte da rotina de atendimento

Quadro 3 : Subcódigos (continuação)

<p>Surgiu uma questão agora pouco tempo que a mãe trazia a receita só para renovar são muitos pacientes para dar conta então ninguém se deu conta quando foi abrir o prontuário paciente estava muito tempo sem ser visto e era um adolescente que cresceu muito mais que a mãe ele é agressivo não teve como fazer no texto como passar no médico ele ficou sem remédio em casa e criou toda aquela situação de área não sabia mas fazer o quê.</p>	<p>Organização do Processo de trabalho prejudicada</p>
<p>Que entrou em surto aí a gente viu a necessidade a médica viu a necessidade de chamar a ambulância para remover ele a médica não pude ir ficar junto tinha que ter alguém para representar a clínica junto com paciente quando o pessoal da ambulância chegasse aí eu tive que ficar e a ambulância não dá um horário específico para buscar né aí a gente descobriu que o paciente estava com uma faca e a gente do lado dele o paciente não tava tomando medicação nenhuma e a família que veio trazer essa demanda falando que ele já tava meio estranho que ele precisava de ser atendido e o cara subir desse a gente atrás dele e ele com a faca</p>	<p>Medo</p>
<p>Agora tem pessoas que estão aparecendo por causa dessa consequência da Academia porque já tinha um gatilho eu já tinha alguma predisposição para isso então estão aparecendo e os que não vem aqui ficam lá também em casa e alguém traz a demanda e a gente vai na casa né para poder fazer esse acompanhamento</p>	<p>Aumento com a pandemia</p>
<p>acabou sim sendo uma escolha minha como área de atuação</p>	<p>Escolha</p>
<p>por me identificar com a possibilidade de estar desempenhando um fazer mais proativo nesse sentido desse cuidados aí em relação as pessoas com seu próprio sofrimento emocional</p>	
<p>hoje, eu realmente me sinto muito mais segura, né? Mas é o fazer da Clínica.</p>	<p>Mas é um aprendizado positivo</p>
<p>mas ao mesmo tempo é gratificante a gente perceber que às vezes até mesmo um acolhimento com uma escuta realmente respeitosa atenta sem julgamentos ela já oferece ali um momento de novas possibilidades ali para aquela pessoa então às vezes uma uma escuta né sem grandes intervenções terapêuticas ela pode trazer efeitos benéficos assim para aquelas angústias naquele momento para o usuário e fora todas as outras possibilidades né?</p>	<p>Olhar de cuidado</p>

Quadro 3: Subcódigos Quadro 3 : Subcódigos (continuação)

mas também podendo contar com as redes de apoio, com os outros serviços né? então sempre nessa direção, né de poder fortalecer as redes de apoio do usuário respeitando ali seus limites também buscando fortalecer as habilidades. E potencialidades que esse sujeito tem.	Olhar de cuidado
então o desafio enquanto matriciadora é digamos suscitar essa demanda dos outros profissionais e é um lugar que na verdade é pra ser de alguma forma em algum momento não haja mais essa demanda, né?	Despreparo Profissional
A ideia do matriciamento ela. é extremamente potente, mas ela é desafiadora, nesse sentido porque ela ela suscita que cada profissional se questione sobre as suas dúvidas diante de um caso sobre seus desafios da Saúde Mental.	Despreparo Profissional
A gente vai tá dando ênfase ao sujeito a partir das suas complexidades ao invés do foco estar centrado na doença	Olhar de cuidado
é sim um ponto de atenção importante, né também para escuta e a identificação dos Sofrimentos emocionais e como coordenadora da rede ela é extremamente potente nesse sentido	Olhar de cuidado
Muitas vezes antes de se encaminhar para as os outros pontos de atenção mesmo que ele já esteja inserido. esse trabalho em rede, essa rede integral.	Olhar de cuidado
Ela é muito importante também nessa atenção psicossocial essa essa essa integração entre serviços nesse momento	
Nesse momento de pandemia, por questões institucionais não por questão desse desse usuário preferir de repente não ir, até mesmo por uma medida de prevenção a gente teve aí uma descontinuidade, né? do Cuidado para alguns usuários. Isso foi um ponto.	Desmonte da rotina de atendimento
Os casos de saúde mentall começaram a chegar com uma frequência maior principalmente em adultos. Crianças e adolescentes também começaram a também chegar mais esse ano e aí até com um agravamento até de alguns quadros, então a rede ela realmente sofreu um certo impacto por conta da pandemia.	Aumento com a pandemia
Então, não foi uma escolha, foi algo que aconteceu naturalmente,	Veio no Pacote
continuaría se possível tivesse algum treinamento na área	Despreparo Profissional

Quadro 3: Subcódigos Quadro 3 : Subcódigos (continuação)

Seria o ideal uma capacitação melhor, pq eu me sinto um pouco insegura, sem saber lidar com algumas situações.	Despreparo Profissional
houve bastante diferença nos atendimentos que a prioridade passou o atendimento covid e vacinação contra o covid, né	Desmonte da rotina de atendimento
às vezes me sinto com poucos recursos para ajudar por que não faz parte da minha formação técnicas de manejo de mudanças de hábitos de paciente ou manejo de suporte psicológico não fez parte da minha formação	Veio no pacote, Despreparo Profissional
aumentou muita demanda de idoso vindo para consulta aqui não necessariamente com motivo Claro para consulta mas que a gente percebia que ele tava por causa da academia ainda mais isolada do que ele já era e sair para vir ao médico era um motivo aceitável era umas de cativa que ele poderia dar sem ser julgado	Olhar de cuidado
Sim	Escolha
Sim	Olhar de cuidado
é o tempo de agenda porque quando se trata de saúde mental demanda muito mais tempo do que uma demanda aguda por exemplo	Organização do Processo de trabalho prejudicada
Sim, Porque ficou um pouco desenganchado com essa mudança	Desmonte da rotina de atendimento
Assim, no começo, foi um pouquinho difícil, pq é uma adaptação quando a gente começa a fazer a residência.	Veio no pacote
No início foi um pouquinho difícil, porque questões de saúde mental sempre mexem com a gente, com quem se importa, mas agora eu consigo levar com um pouquinho mais de leveza, ter mais tato para atender essa população mesmo.	Mas é um aprendizado positivo
Eu consigo tratar e dar continuidade ao tratamento com bastante leveza, não é um problema na verdade	Olhar de cuidado
Não é uma escolha	Veio no pacote

Quadro 3: Subcódigos Quadro 3 : Subcódigos (continuação)

mas não altera muito o meu dia a dia	Se adequar, sem preconceito
não tem diferença do paciente com saúde mental e sem, entendeu.	Se adequar, sem preconceito
só percebo que a gente tem de ter muita paciência e sabedoria na hora de conduzir e falar com esses pacientes em qualquer situação	Mas é um aprendizado positivo
não tem nenhuma dificuldade em trabalhar com eles não.	Cuidado proativo
eu vi que foi bom a experiência que eu vivi aqui,	Cuidado proativo
Não foi opção né, mas ´pra mim foi bom, eu acho uma experiência boa	Mas é um aprendizado positivo
Sim	Olhar de cuidado
Tem de ter um pouco de cuidado na fala da gente. Pq as vezes a gente acha q tá falando de um jeito que não táaa, tá falando normal e a pessoa começa a chorar, interpreta de outra maneira, tem de tomar cuidado	Olhar de cuidado
eu já tive um caso que a paciente chegou aqui se queixando de uma coisa e na conversa, depois q ela ganhou assim uma certa confiança, ela começou a se abrir e quando eu fui ver, ela estava com chumbinho pra cometer o suicídio.	Olhar de cuidado
Eu acho que quando vc pega uma afinidade assim com esse tipo né de	Rede de apoio
paciente de saúde mental, ele acaba encontrando em vc um porto seguro e acaba relatando as suas dificuldades no seu dia a dia	
a gente fica no acolhimento, a gente tem de ter um olhar, assim, diferente pra esses pacientes em algumas situações,	Olhar de cuidado

Quadro 3: Subcódigos (conclusão) Quadro 3 : Subcódigos (continuação)

a gente já conhece cada um, qual o transtorno, o jeito.	Olhar de cuidado
Não foi uma escolha,	Veio no pacote
Não não continuaria.	Fuga do tipo de atendimento
Me sinto bem, mas eu acredito que elas precisam de um atendimento mais especializado	Despreparo Profissional
existem sim dificuldades que seria seriam as formas corretas de utilizar a contensão mecânica é porque a gente não é ensinado Como agir no caso de crises a gente aprendi na prática então falta um pouco de instrução sim	Despreparo Profissional
Os casos de menor gravidade possível onde os pacientes estão mais estabilizados fazem uso correto e adequado das medicações prescritas e Teoricamente não tem crises	Despreparo Profissional
a pandemia modificou tudo.	Desmonte da rotina de atendimento
É meio difícil, entendeu você não sabe como lidar, quais são realmente as dificuldade deles, entendeu?	Despreparo Profissional
mas também é uma coisa assim que é legal porque você aprende junto com eles também,	Mas é um aprendizado positivo
quando eu cheguei aqui nem sabia exatamente o serviço que me esperava.	Despreparo Profissional
Você precisa de uma equipe, de outras pessoas envolvidas para você poder ajudar aquela pessoa que tá sofrendo com esses problemas, com esses transtornos,	Rede de apoio
Principalmente quando eles estão em crise, né, porque depende de outros profissionais. E nem sempre que consegue aquela ajuda de imediato, então até que você consiga o apoio dessas pessoas você começa a ficar um pouco ansioso para poder resolver.	Despreparo Profissional

Quadro 3 : Subcódigos (conclusão)

Pq são pessoas que mesmo com todas as dificuldades conseguem ter um pouquinho de humor, de leveza pra falar, pra comunicar então sim, não seria ruim trabalhar dessa parte não.	Olhar de cuidado
eu não sei exatamente como a pandemia pode ter mexido na saúde mental, mas eu falo que mexeu porque você começa a ver colegas tristes, entendeu? Pessoas assim se aborrecendo demais... Pessoas que levavam uma vida assim ...não eu quero espairer, se divertir um pouco...	Aumento com a pandemia

Quadro 4: Codificação

Subcategorias	Unidades de Registro	Categorias
Veio no pacote	8	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Mas é um aprendizado positivo	7	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Escolha	2	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Se adequar, sem preconceito	4	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Cuidado proativo	2	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Despreparo Profissional	17	Estrutura do Cuidado
Olhar de cuidado	22	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Aumento com a pandemia	4	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Diminuição dos recursos de apoio	2	Estrutura do Cuidado
Fuga do tipo de atendimento	4	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Desmonte da rotina de atendimento	5	Estrutura do Cuidado
Estigma	1	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Falta rede de apoio	1	Estrutura do Cuidado
Organização do Processo de trabalho prejudicada	2	Estrutura do Cuidado
Medo	1	Percepções sobre as Práticas de Cuidado
Rede de apoio	2	Estrutura do Cuidado

Trabalhar com saúde mental na atenção primária pode ser bem desafiador, já que como vimos neste campo de pesquisa, somente o profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), tem pós-graduação específica voltada para área de saúde mental, sabemos que aqueles que se especializam em medicina ou enfermagem de família e comunidade, nos moldes de residência têm contato com a saúde mental, mas não forma tão aprofundada e por muito tempo.

Entretanto os participantes apresentam percepções e ações para prática de saúde mental na APS, coube através das entrevistas captar essas percepções, mas tendo sempre em mente que para Bourdieu (2011), campo é um local de disputas e isso deve ser levado em conta, já que os entrevistados, enquanto agentes sociais, encontram-se nesse campo, trazendo suas vivências e visões de mundo, além de todos os capitais acumulados.

Com as entrevistas podemos observar movimentos de aproximação e distanciamento, além de conflitos simbólicos presentes em algumas falas.

Procurando entender como é trabalhar com usuários que tem transtornos em sua saúde mental, algumas falas nos mostram:

“...para mim, assim, faz parte não foi posso dizer assim, não foi uma escolha, eu acho que é mais uma necessidade porque nós como médicos de família para olhar a pessoa como um todo e a saúde mental, faz parte também, então a gente também tem que se preparar para lidar assim com essa parte, né? E aí para mim enxergo com sendo parte da... como sendo parte dos cuidados que a gente presta para pessoa como um todo assim olhando ela como um todo.” (Med2)

“...às vezes me sinto com poucos recursos para ajudar por que não faz parte da minha formação técnica de manejo de mudanças de hábitos de paciente ou manejo de suporte psicológico não fez parte da minha formação” (Med1)

“Assim, no começo, foi um pouquinho difícil, porque é uma adaptação quando a gente começa a fazer a residência.” (Enf1)

Como podemos observar há alguma dificuldade dos profissionais em trabalhar com saúde mental na APS, inclusive trazendo a sensação de necessidade e de falta de ferramental para lidar com as situações. O processo de trabalho às vezes não facilita esse empoderamento pelos profissionais, já que a população atendida muitas vezes é grande e o espaço entre os atendimentos acaba sendo pequeno, além de muitas vezes nem todos os profissionais da equipe terem tido uma formação que qualificasse o

aspecto da escuta, que desse recursos afetivos e corre-se o risco de tornar a unidade como repetidora de prescrições de psicotrópicos. (Fegadoli et al, 2019)

Essa dificuldade pode ser uma exteriorização da interioridade e uma interiorização da exterioridade.

ou seja, o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou capacidades treinadas e propensões estruturadas, para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam nas suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações do seu meio social existente (CATANI, 2017, p.218)

Os profissionais das equipes carregam suas bases intrínsecas, forjadas através de suas experiências de vida, no mundo do trabalho e de sua formação e acabam exteriorizando práticas de cuidado que se transformam e se refazem no campo. (Koopmans, 2020)

Apesar de na Estratégia de Saúde da Família, a ideia é que se possa atender as pessoas de forma integral e que algumas questões sejam encaminhadas para especialistas e que as equipes da estratégia sejam coordenadoras do cuidado, ou seja, que entendam das necessidades de saúde e possam, preferencialmente, junto com o usuário pensar o projeto terapêutico para este. Para isto, espera-se que os profissionais entendam que é necessário receber, acolher e cuidar de todas estas necessidades. Portanto pode ser que como à partir do século XIX, a forma de se utilizar o saber psiquiátrico para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico foi a hegemônica, ainda tenhamos isso na cabeça da maioria dos profissionais, apesar da Reforma Psiquiátrica vir em direção oposta a esta hegemonia.

Dizer que “não foi uma escolha” traz a perspectiva de que, caso fosse possível, não escolheriam atuar no campo da saúde mental, entretanto há um conflito com a idéia de produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, que é de proporcionar um cuidado integral, a partir da equipe de referência.

Muitas vezes os profissionais da atenção básica salientam, em suas práticas, expectativas de melhora de serviços ainda não consolidados, como o NASF e os CAPS em alguns municípios, e tem pouca consideração pelo potencial de melhorias em seu próprio lócus de atuação. (Querino, 2020)

Segundo Querino (2020), em casos de crises e urgências, o uso de contenção medicamentosa, mecânica e internação costumam ser as formas utilizadas de manejo. O autor ainda relata sobre a cronificação dos usuários de CAPS, pois os mesmos tem pouca oportunidade de inserção em outros serviços, incluindo a APS. A ESF, por ter

base territorial, pode ser o locus ideal para este cuidado, focado na desinstitucionalização e reinserção dos usuários na sua família e comunidade.

“No início foi um pouquinho difícil, porque questões de saúde mental sempre mexem com a gente, com quem se importa, mas agora eu consigo levar com um pouquinho mais de leveza, ter mais tato para atender essa população mesmo.” ENF2 (MIRANDA, 2023, f. 69)

“Mas tem sido um aprendizado a cada dia” ASB (MIRANDA, 2023, f. 65)

... “mas também é uma coisa assim que é legal porque você aprende junto com eles também” (ACS 2.3) (MIRANDA, 2023 f. 71)

“hoje, eu realmente me sinto muito mais segura, né? Mas é o fazer da Clínica.” PSI (MIRANDA, 2023, f. 67)

Essas falas mostram o quanto o fazer pode ser também um aprendizado positivo. O *habitus* nem sempre é coerente, pode apresentar variabilidade de graus de tensão e integração que dependem da compatibilidade e do caráter das situações sociais que o formaram no decorrer do tempo. (CATANI, 2017) Ou seja, a própria Reforma Psiquiátrica pode fazer com que os profissionais tendam a procurar desenvolver habilidades para lidar com as questões de saúde mental, apesar da constante tensão para que o especialista resolva essas questões sozinho.

Essa vontade de ter um aprendizado já coloca os profissionais numa disposição para, com o tempo, a criação de um novo *habitus* BORDIEU (2008), a postura do profissional comprometido, aberto para escuta, com afeto, modelam suas práticas em novas práticas e estas se corporificam nesse novo *habitus*.

Devemos lembrar que este trabalho ocorreu durante a pandemia e nos depoimentos dos respondentes encontramos um aumento de questões ligadas a saúde mental dos usuários e dos próprios profissionais:

“Agora tem pessoas que estão aparecendo por causa dessa consequência da pandemia porque já tinha um gatilho eu já tinha alguma predisposição para isso então estão aparecendo e os que não vem aqui ficam lá também em casa e alguém traz a demanda e a gente vai na casa né para poder fazer esse acompanhamento.” (ACS 2.1)

(MIRANDA, 2023, f. 67)

“Os casos de saúde mental começaram a chegar com uma frequência maior principalmente em adultos. Crianças e adolescentes também começaram a também chegar mais esse ano e aí até com um agravamento até de alguns quadros, então a rede ela realmente sofreu um certo impacto por conta da pandemia.” (PSI) (MIRANDA, 2023, f. 68)

“Eu não sei exatamente como a pandemia pode ter mexido na saúde mental, mas eu falo que mexeu porque você começa a ver colegas tristes, entendeu? Pessoas assim se aborrecendo demais... Pessoas que levavam uma vida assim ...não eu quero espairer, se divertir um pouco...” (ACS 1.2) (MIRANDA, 2023, f. 72)

A ideia inicial desse estudo era fazer uma comparação de dois momentos na unidade, o que permitiria tanto a observação de redes sociais em momentos distintos como a de como as equipes estariam, entretanto com o início da pandemia isso não foi possível, mas como os relatos apontam ocorreu aumento das questões relacionadas a saúde mental.

A força simbólica é uma forma de poder que se exerce sobre os corpos, diretamente, e como que por magia, sem qualquer coação física; mas essa magia só atua com o apoio de predisposições colocadas, como molas propulsoras, na zona mais profunda dos corpos. (BOURDIEU, 1989, p. 50).

A pandemia do COVID-19 teve diversos problemas de ordem governamental como a demora para início da vacinação, as incertezas com o lockdown, a disputa entre a economia e a vida, dentre outros.

Epidemias e pandemias podem afetar a ordem social, desorganizando a vida das pessoas. Um conceito que demonstra essa desorganização é o de drama social.

O drama social é um encadeamento dinâmico de conflito, com extensão e intensidades variáveis, que opões pessoas ou grupos no seio de uma totalidade. (CUNHA, 2004)

Na pandemia de COVID-19, podemos caracterizar o drama social seguindo o modelo de quatro fases, criado por Turner: crise, ampliação da crise, regeneração e rearranjo ou cisão. (CAVALCANTI, 2013)

A crise pode-se caracterizar por uma mudança abrupta no curso da vida, com o

reconhecimento da existência da mesma, como quando foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde a pandemia de COVID-19. A partir daí ficou exposto em nossas vidas as desigualdades sociais, de classe, raciais, de gênero dentre outras.

Com a crise já instalada há a sua ampliação, os atingidos por ela passam a acionar suas redes, seja a família, amigos e serviços.

Com a tomada de decisões para busca de soluções, como testagem em sintomáticos respiratórios, quarentena para os diagnosticados, lock down etc, temos a fase de regeneração e com o sucesso dessa fase, passa-se ao rearranjo das relações ou cisão de grupos sociais, caso não ocorra sucesso com as medidas adotadas.

Como já visto anteriormente, para Bourdieu existem diversos capitais. O econômico, o cultural, o social e o simbólico. O capital simbólico está ligado aos rituais de cada grupo social, relacionado com as regras de boa conduta e honra. Ele pode ser difuso, baseado no reconhecimento do coletivo.

O Estado muitas das vezes outorga esse capital a partir, por exemplo da confecção de carteiras de identidade, de atestados de saúde ou doença, da defesa de um tipo de tratamento, mesmo não comprovado cientificamente e até mesmo de outras fake News.

Partindo de forma silenciosa, pela linguagem e pela representação, de forma que as pessoas estão privadas de liberdade por tomarem consciência do que está acontecendo, surge a violência simbólica. Esta violência é bem difícil de ser notada porque a sofre, ou seja, o dominado, pois a dominação acontece independente das consciências ou vontades, ela já está inscrita nos corpos, fora do alcance da consciência.

Para Bourdieu (1989) a violência simbólica é um poder baseado na conveniência, numa violência mediada pela comunicação, que se aproveita da falta de conhecimento ou discernimento do outro e que passa a se incorporar no discurso do dominado sem que ele note que está sendo manipulado,

E essa violência pode ocasionar sofrimento nas pessoas, incluindo os mais diversos sofrimentos psíquicos e pode ser uma forma de explicar esse aumento de procura por atendimento de saúde mental e pela percepção de que os profissionais também passam a ter esse tipo de sofrimento.

NOGUEIRA (2020) relata que nem todos os trabalhadores pesquisados tiveram acesso a água e sabão, álcool gel, máscaras N95 e outros equipamentos de proteção individual, além disso esses trabalhadores também perderam parentes e colegas de trabalho por morte decorrente da doença, somando-se a possibilidade de se ter sofrimento psíquico.

3.2 - As Redes Sociais na estruturação no Cuidado de Saúde Mental

Uma questão que é essencial nos relatos é a necessidade de formação e qualificação profissional.

"É meio difícil, entendeu você não sabe como lidar, quais são realmente as dificuldades deles, entendeu?" (ACS 1,1) (MIRANDA, 2023, f. 71)

"Seria o ideal uma capacitação melhor, pq eu me sinto um pouco insegura, sem saber lidar com algumas situações." (TEC ENF 2) (MIRANDA, 2023, f. 69)

"Existem sim dificuldades que seria seriam as formas corretas de utilizar a contensão mecânica é porque a gente não é ensinado Como agir no caso de crises a gente aprende na prática então falta um pouco de instrução sim" (TEC ENF 1) (MIRANDA, 2023, f. 71)

Para se exercer uma atividade é necessário que se domine a mesma, no caso da atenção primária, a especialização, residência e cursos ofertados pelas secretarias de saúde, normalmente suprem as necessidades de se entender alguns conceitos e fluxos, entretanto quando se fala da saúde mental, um estudo de revisão, realizado por Fernandes et al. (2018) indica que as atividades para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico tenha os mesmos princípios que as ações para a saúde em geral, entretanto é necessário agregar ferramentas para o cuidado em saúde mental e para tanto "...compreende-se que o desafio é capacitar os profissionais para enfrentar barreiras relativas aos receios profissionais e pessoais, além da compreensão de um cuidado ampliado, qualificado, integral e interdisciplinar." (Fernades et al, 2018)

As próprias políticas de saúde, em parte do tempo procuram incentivar, através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que psicólogos e psiquiatras realizem atividades de matriciamento, ou seja, que através da disponibilidade de seus saberes, possam instrumentalizar as equipes de saúde da família e com o tempo as equipes possam cuidar de casos parecidos com os conhecimentos que foram adquiridos durante o matriciamento.

Isso posto, qual seria a dificuldade dos profissionais em admitir o seu não conhecimento por verem pouco em sua formação profissional e se utilizar da possibilidade do matriciamento como forma de acessar mais um saber e torná-lo uma ferramenta para o cuidado?

"A ideia do matriciamento ela. é extremamente potente, mas ela é desafiadora,

nesse sentido porque ela suscita que cada profissional se questione sobre as suas dúvidas diante de um caso sobre seus desafios da Saúde Mental." (PSI) (MIRANDA, 2023, f. 68)

"Então o desafio enquanto matriciadora é digamos suscitar essa demanda dos outros profissionais e é um lugar que na verdade é pra ser de alguma forma em algum momento não haja mais essa demanda, né?" (PSI) (MIRANDA, 2023, f. 68)

Dois fatores podem se constituir em possíveis explicações: A mudança das políticas públicas e o *habitus* dos profissionais.

Nos últimos anos, como já visto anteriormente neste trabalho, diversos ataques têm ocorrido tanto na política de atenção básica do Ministério da Saúde. Em 2017 é lançada a nova Política de Atenção Básica (PNAB), que reconfigura a APS modificando a composição das equipes, seja pela carga horária dos profissionais ou pela quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe. Cabe lembrar que anteriormente a Emenda Constitucional 95 congelou os gastos em saúde por 20 anos, o que acaba servindo como justificativa para algumas mudanças, já que os recursos financeiros se tornam escassos.

Já o Previde Brasil, de 2019, termina com o financiamento baseado na população de cada município e passa a ser baseado no número de pessoas cadastradas, além do fim do pagamento de incentivo pelo NASF, por exemplo, o que fragiliza ainda mais as equipes com a formação não voltada para saúde mental, como visto anteriormente.

Segundo Bourdieu (2008), A *illusio* é a relação entre as estruturas mentais dos agentes, seus *habitus* e/ou suas disposições e as estruturas mais objetivas, como o próprio campo e suas disputas, manifestados numa inclinação de realizar algo, em um investimento que vem deste ajuste.

"A *illusio* não é da ordem dos princípios explícitos, de teses que apresentamos ou defendemos, mas da ação, da rotina, de coisas que fazemos porque sempre fizemos assim" (Bourdieu, 2001)

Como a *illusio* é o sentido que se dá ao jogo que está em disputa em um determinado campo, é esperado que as equipes, que se demonstraram com necessidade de qualificação e sem desejo de atuar no campo da saúde mental, acabem necessitando de auxílio para esse cuidado.

Perguntados sobre pessoas ou locais que eles poderiam contar para a atenção em saúde mental, os profissionais disseram até cinco nomes. Desta escolha formou-se uma

do presente e as do passado e o universo se confunde com nossa memória, e as relações indiretas, que são mediadas pelas pessoas que conhecemos em nossos círculos sociais e que podem ser acessadas a qualquer momento, onde não temos consciência nem memória, logo podemos dizer que temos uma rede completa ou total-network. (FIALHO, FIÚZA, *et al.*, 2020) Na representação da rede observamos que quase toda as instâncias que compõem a rede de atenção psicossocial foram citadas pelo menos uma vez pelos entrevistados, ficando de fora apenas o Centro de Atenção Psicossocial Infantil. A área onde se encontra a unidade pesquisada conta com unidades de atenção primária, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, mas que não fica localizado dentro do território da AP 2.2, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, fora do território da AP 2.2, um ambulatório de saúde mental, um hospital universitário, unidades de assistência social, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência de Assistência Social (CREAS), além de emergência psiquiátrica que fica fora do território de abrangência.

Isso mostra que há existência de vínculos com quase todos os equipamentos, o que leva a crer que a Rede de Atenção Psicossocial está presente neste território. Uma rede com o objetivo de ter o cuidado integrado a partir de base territorial, nos diversos pontos de atenção do SUS, com responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos, promovendo fluxos contínuos de cuidado. (SAMPAIO, 2021)

Existem algumas métricas na análise de redes sociais para se medir como é esta rede quanto à força de sua coesão. A densidade de rede representa a relação entre as conexões encontradas e as conexões possíveis. Quanto maior o número de conexões, ou seja, as linhas de ligação houver, mais conectada esta rede está, logo mais densa essa rede é.

As informações circulam com maior facilidade em redes que são mais densas, já que os atores estão mais conectados entre si, fazendo com que essas informações cheguem com mais velocidade entre todos que estão conectados, já em redes menos densas as informações circulam sempre entre os mesmos atores, aqueles que estão mais conectados. (KOELLER, 2022)

Tabela 2 – Densidade da Rede do Recanto do Trovador

Densidade	Nº de laços	Desvio padrão	Média de grau	Alpha
0.204	69	0.403	3.632	0.829

Fonte: O Autor 2022

Na tabela acima vemos que o número de ligações é de 69, com uma densidade de 0,204 e um grau médio de 3.632. Considerando que o máximo que uma rede pode atingir em termos de densidade é 1, ou seja, 100%, esta é uma rede de baixa densidade, com percentual de 20,4%. Isto indica que as informações circulam de forma dispersa dentro da rede, sem mostrar nenhum profissional como protagonista isolado e/ou privilegiado nas informações. Os profissionais procuram diversos profissionais ou dispositivos para o cuidado de saúde mental, mas sem haver destaque ou distinção de determinadas pessoas ou instituições. Além disso, há pouca interação entre os profissionais das próprias equipes e a rede fica como se esses profissionais só observassem os outros interagindo com quem os auxilia no cuidado.

O conceito de distância geodésica é aplicado à Análise de Rede Sociais, e busca expressar o caminho mais curto entre dois membros de uma mesma rede (HIGGINS e RIBEIRO, 2018) Quanto menos atores intermediários, menor a distância geodésica entre eles, ou seja, há proximidade e conexão mais rápida. À partir dessa distância podemos concluir o grau de influência de um agente sobre o outro, já que influência tende a ser maior quando as distâncias são menores.

Tabela 3 – Distância Geodésica da Rede do Recanto do Trovador

	Frequência do nº interações	Proporção
1	69	0.202
2	136	0.398
3	104	0.304
4	15	0.044
5	18	0.053

Fonte: O Autor (2022)

Média: 2.201

Desvio Padrão: 0.0824

A tabela mostra a frequência dos tipos de ligações. Observa-se que 20% das interações se dão diretamente entre um agente e outro (um ponto de conexão), 39%

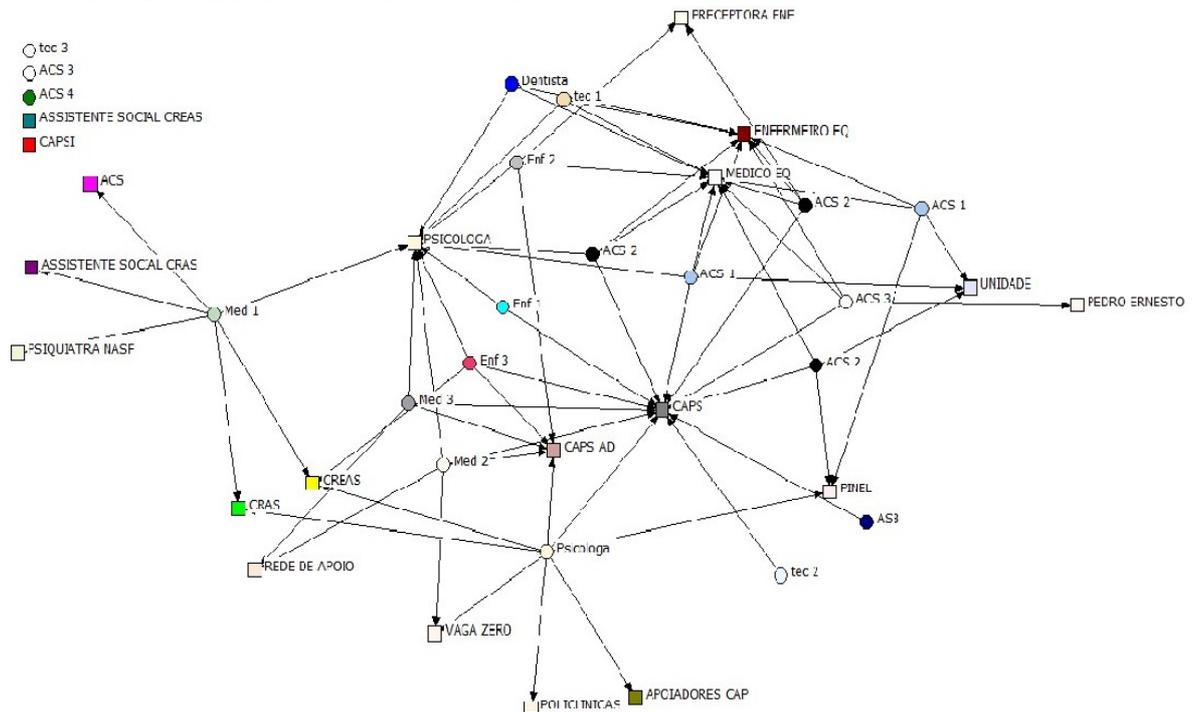
precisam de 2 pontos, 30,4% 3 elos, 4,4% 4 elos e 53% não mostram ligações entre os atores .

Cada participante precisa em média de 2,2 passos para chegar a outro participante, tendo um desvio padrão de 0,82 para mais ou menos desses passos. Chama a atenção o grande número de falta de interação entre diversos agentes.

Estudos como o de Caminha et al. (2021) mostram que é necessário que dispositivos de reflexão como: reuniões de equipe, educação permanente, supervisão em saúde mental, podem ser gatilhos disparadores para entendimento dos possíveis efeitos deletérios do cuidado. Isso só ocorre se houver integração e interação entre as equipes para o efetivo cuidados dos usuários das unidades de saúde.

Através dos indicadores de centralidade podemos encontrar o grau de conectividade da rede, indivíduos com maior ou menor número de interações, como os agentes realizam intermediações em suas relações e a proximidade entre os agentes em suas interações. A centralidade é uma métrica que parte do princípio de que há diferença quanto à importância dos atores numa rede, havendo um ou mais pontos nos quais se concentram o maior número de recursos, funções e competências, podendo através deste princípio identificar agentes centrais, que se encontram em posição de decidir, agentes intermediários que mesmo não estando centralizados na rede exercem influência, por conta de alianças com outros agentes, e agentes periféricos que se encontram nas zonas mais distantes da rede e que por isso dificilmente influenciam outros agentes da rede (FIALHO, FIÚZA, *et al.*, 2020)

Grafo2: Centralidade da rede da unidade de saúde estudada:



Fonte: O autor (2022)

No sociograma acima podemos observar, através das setas, que o Centro de Atenção Psicossocial, a Psicóloga do NASF, as médicas das equipes, as enfermeiras das equipes e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas são os profissionais e instituições mais acessados pela rede.

Tabela 4: Centralidade de Grau:

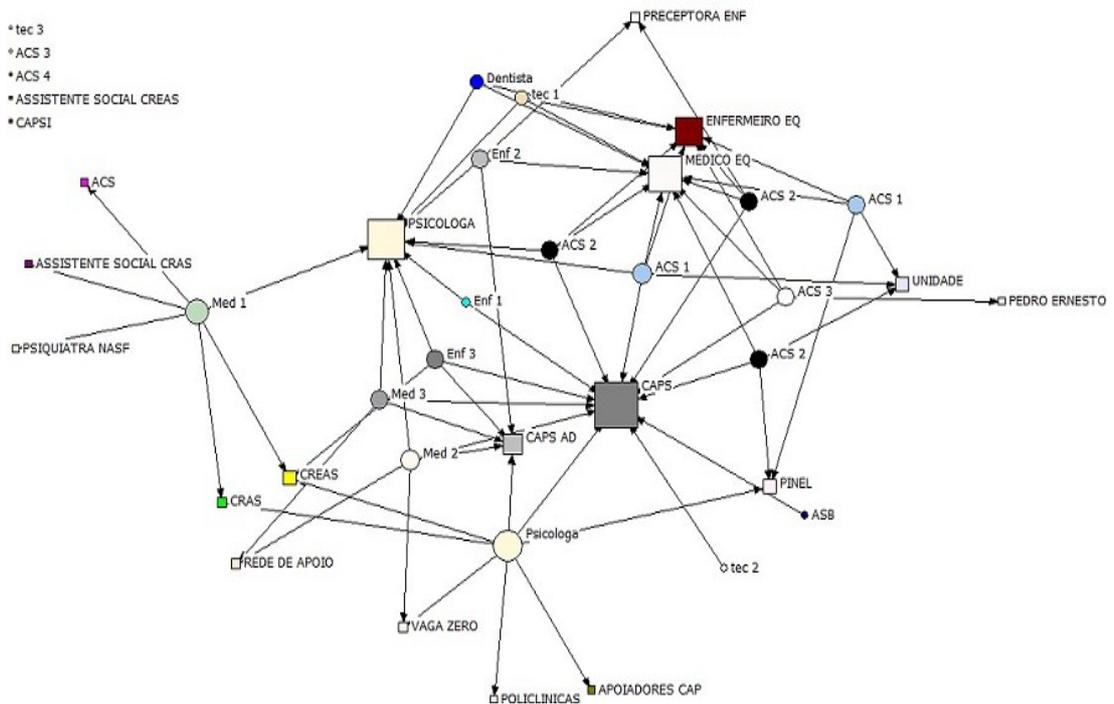
Agentes	Grau
CAPS	0.688
CAPS AD	0.313
Psicóloga	0.500
Médico Eq	0.563
ENFERMEIRO EQ	0.438

Tabela 4: Centralidade de Grau:

ACS	0.063
NASF	0.250
PSIQUIATRA NASF	0.063
CRAS	0.125
CREAS	0.188
ASSISTENTE SOCIAL CRASS	0.063
ASSISTENTE SOCIAL CREAS	0
PINEL	0.188
UNIDADE	0.188
EQ NOEL ROSA	0
PRECEPTORA ENF.	0.125
PEDRO ERNESTO	0.063
VAGA ZERO	0.125
REDE DE APOIO	0.125

Fonte: O autor (2022)

Grafo 3 Centralidade de Grau:



Fonte: O autor (2022)

A partir da centralidade de grau podemos medir a influência direta que um agente tem sobre os demais em uma rede, medindo a quantidade de agentes que um determinado elo está diretamente ligado (SANTOS, 2019)

No sociograma e na tabela acima podemos observar que o CAPS, a psicóloga e os médicos de equipe têm maior centralidade de grau, ou seja, são os agentes que mais são acionados pelas equipes de saúde da família desta unidade, e portanto, se distinguem dos demais.

Segundo Caminha et al. (2021) a centralização do cuidado na figura do médico é entendida, já que ele tem uma capacidade prescritora, em um contexto de supervalorização do uso de fármacos. Por isso é compreensível que culturalmente, apesar das tentativas à partir da reforma psiquiátrica, que os médicos sejam procurados pela equipe para auxiliá-los no cuidado dos usuários da unidade.

Segundo Alvarez, Vieira e Almeida (2019), profissionais das equipes de saúde da família relatam dificuldade nos atendimentos em conjunto, por falta de tempo excesso de atribuições, cobrança por produção, entre outros motivos como óbice para executar práticas interdisciplinares. Como essas são ações fundamentais dos, hoje, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, outrora Núcleos de Apoio a Saúde da Família, é natural que a psicóloga, que compõe esse equipamento seja bastante

acionada.

Almeida et al (2022) relatam que há um desconhecimento pelas equipes de saúde da família da Rede de Atenção Psicossocial, fazendo tanto que o primeiro contato do usuário, muitas vezes, ocorra à partir dos Centros de Atenção Psicossocial e não da APS, além dos encaminhamentos para os CAPS, sem que ocorra coordenação desse cuidado ou que este seja longitudinal. Isso pode explicar o porquê o sociograma apresenta o CAPS como elemento com maior centralidade de grau.

Há na área da saúde a partir da comunicação e da sociabilidade trocas, que muitas vezes são simbólicas. Os discursos dos profissionais e que circulam pela sociedade carregam atributos simbólicos que acabam por oficializar o reconhecimento de uma classe de agentes em detrimento de outras. Esses discursos para serem legitimados como mercados autorizados dependem do grau de oficialidade concedido pela competência linguística, da oferta do mercado, o saber científico, da demanda discursiva produzida e da capacidade de percebê-la (BOURDIEU, 1996) Isso faz com que os profissionais médicos acumulem um maior capital simbólico e os profissionais e usuários os tem como um recurso importante e com o poder de prescrever medicamentos, que muitas vezes são vistos como a principal solução para os problemas de saúde.

Os psicólogos acumulam também um capital simbólico importante, pois são detentores do discurso da saúde mental, por conta de sua especialidade e especificidade. Portanto esses dois profissionais já simbolicamente estão autorizados a ocupar um espaço central no cuidado.

Outra forma de medir a centralidade dos agentes na rede são as métricas de entrada e saída, respectivamente indegree e outdegree. A primeira trata da quantidade de vezes que os agentes foram procurados por outro na rede, visando troca de informações ou auxílio, a segunda mede a quantidade de vezes que o agente procurou por outros, com o objetivo de troca de informações ou ajuda. (SANTOS,2019)

Tabela 5: Centralidade de Grau da Rede do Recanto do Trovador (continua)

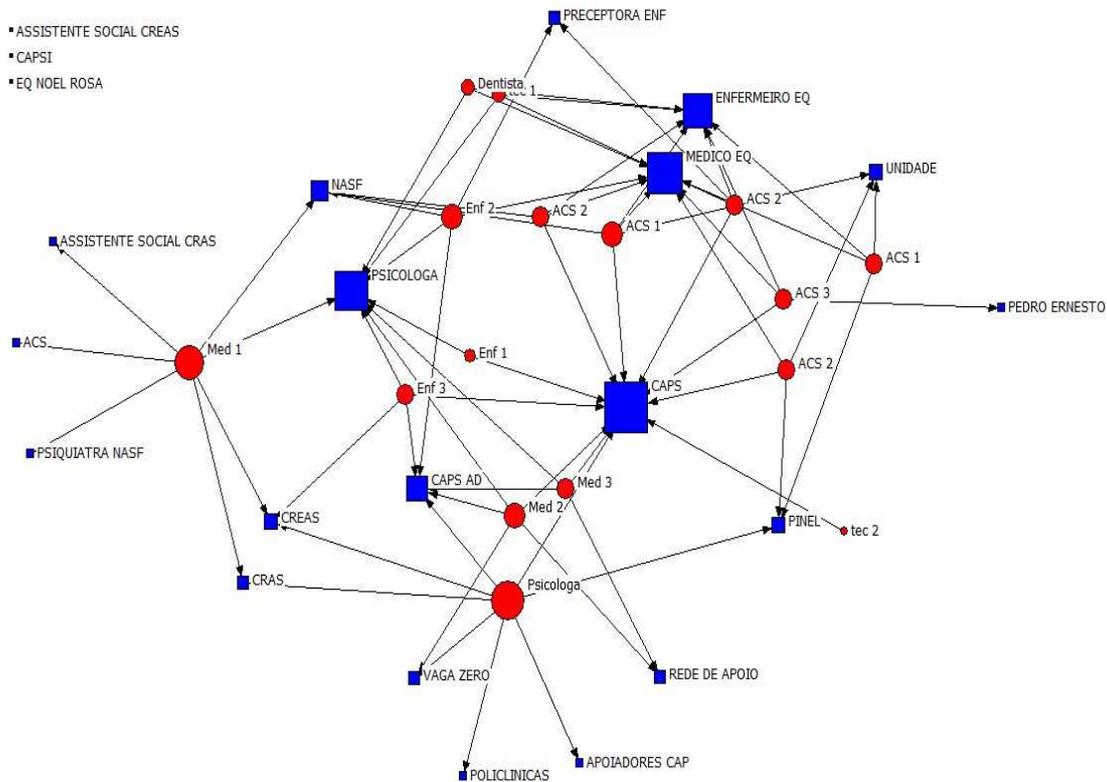
Profissional	Outdegree	Indegree
Psicóloga	8.000	11.000
Med1	7.000	7.000
ACS1	5.000	1.000
Med2	5.000	1.000

Tabela 5: Centralidade de Grau da Rede do Recanto do Trovador (conclusão)

Enf2	5.000	3.000
ACS	4.000	1.000
ACS2	4.000	1.000
ACS2	4.000	1.000
Med3	4.000	3.000
Enf3	4.000	3.000
ACS2	4.000	2.000
ACS3	4.000	2.000
ACS1	3.000	7.000
Dentista	3.000	5.000
Tec1	2.000	8.000
Tec3	2.000	2.000
Enf1	1.000	2.000
Tec2	1.000	2.000
ASB	1.000	0.000

Fonte: O Autor (2022)

Grafo 4 : Indegree e Outdegree



Legenda:



Fonte: O Autor (2022)

Na tabela acima notamos que temos a psicóloga do NASF tem um alto grau de entrada como de saída, se mostrando uma das agentes com mais influência e prestígio dentro da rede. O médico da equipe 1 também tem esse grau de influência e prestígio elevado. Já o CAPS tem um prestígio bem relevante dentro da rede, confirmando os agentes centrais da rede, como vimos na discussão de centralidade de grau.

Chama a atenção o baixo prestígio e influência da maioria dos agentes comunitários de saúde e de recursos da própria comunidade, como rede de apoio para os usuários com sofrimento psíquico e seus familiares.

Os agentes comunitários de saúde deveriam ser agentes importantes no cuidado, tanto pelo seu papel de mediação, por serem moradores da comunidade e

poderem conhecer melhor o território e a dinâmica local, dependendo da sua relação com os serviços de saúde e a população (STOTZ, DAVID e BORNSTEIN, 2009).

O trabalho do ACS transita entre o serviço de saúde e o cotidiano do território que ele mesmo reside. (DAVID e MARTELETO, 2012) Muitas vezes, popularmente falando, a pessoa vai dormir desempregada e acorda profissional de saúde, por ter começado a trabalhar na ESF. Contudo, mesmo sem a qualificação adequada, pois muitas vezes o curso introdutório ou o curso técnico para agentes comunitários de saúde, não acontece ou demora a iniciar, o ACS traz consigo seus conhecimentos prévios do território e das pessoas que ali residem.

Entretanto outros estudos (AZEVEDO, 2018) (DAVID, FARIA, *et al.*, 2018) (RAMOS, 2019) e (SILVA, 2019) demonstram que em algumas vezes temos uma baixa distinção destes agentes. Os agentes tem suas atividades muitas das vezes atravessadas por demandas e mudanças abruptas, por conta das demandas de organização do trabalho das equipes (DAVID e MARTELETO, 2012)

Essas relações se caracterizam como laços. Laços fortes são os que possibilitam que a rede tenha uma identidade comum, tendo as redes alto nível de credibilidade e influência. Esses agentes estão inseridos num mesmo círculo social, sejam familiares, amigos ou que dividem interesses comuns. Entretanto laços fracos permitem conexões com outros indivíduos, distintos, que ocupam outras redes de relações, podendo proporcionar um maior fluxo de informações e inovações entre a rede. (ANDRADE e DAVID, 2015)

Em seu estudo, De Souza Soares (2021) identifica cinco categorias para discussão do trabalho do ACS em saúde mental: Acolhimento, Identificação e acompanhamento das demandas em saúde mental, Formação de estratégia pela Inserção Social comunitária, Capacitação profissional em saúde mental para ACS e Visita domiciliar. A escuta ativa, o conhecimento do território, suas redes e equipamentos de apoio e uma formação para potencializar os saberes dos ACS são fundamentais para o cuidado, entretanto o artigo também aponta que os usuários acabam sendo muito encaminhados para os CAPS e que isso pode vir do pouco investimento em qualificação do ACS e de outros profissionais da APS em lidar com o sofrimento psíquico. Uma educação permanente voltada para temas relacionados a saúde mental pode construir habilidades para o aumento da resolutividade da APS e especificamente nesse caso dos Agentes Comunitários de Saúde e como o município do Rio de Janeiro passou por

momentos de desmonte da Atenção Primária, isso pode justificar essa pouca centralidade desses profissionais.

O grau em que agentes se encontram entre pares de outros agentes, no caminho mais curto entre eles, é o de intermediação (FIALHO, 2020). Isso demonstra os agentes que servem como ponte entre os demais, como mediadores.

Tabela 6: Grau de Intemediação

Profissionais	Intemediação (Betwenness)
Psicologa	149.183
Med 1	72.483
ACS 3	29.350
Enf 3	23.500
Enf 1	23.250
ACS 1	21.133
Med 2	18.500
ACS 2	12.617
Enf 2	8.933
ACS 1	7.033
tec 1	3.750
Dentista	3.600
tec 2	1.167
ACS 2	0.500
Med 3	0.000
tec 3	0.000
ACS 2	0.000
ASB	0.000
ACS 3	0.000
ACS 4	0.000

Fonte: O Autor (2022)

Podemos observar uma maior intermediação da psicóloga do NASF, da médica da equipe 1, tendo mesmo que de forma mais fraca, intermediação da ACS da equipe 3. Conforme visto até aqui, repete-se a força da especialista e da medicina, demonstrando que outros agentes necessitam tomar pra si o protagonismo para que toda equipe possa ofertar cuidado para os usuários.

Segundo SILVA e DAVID (2018), A Atenção Básica é um Campo, no sentido

atribuído por Bordieu, diversas normativas relacionam os atributos deste Campo, sua função na RAS, e a importância de ter um cuidado centrado no usuário. Os jogos de interesse, que são construídos a partir de cada prática profissional, permeados no campo colocam em risco o desenvolvimento deste campo. Portanto as diversas mudanças nas políticas públicas, com diminuição do financiamento, redução de equipes, rede de saúde mental com pouca expansão, pouco investimento nos NASF, dimensões da formação profissional, dentre outros aspectos, contribuem para que os profissionais tenham pouca consciência sobre a relevância deste campo e conseqüentemente traz a necessidade de construção de sentidos sobre este campo, de forma permanente, para que se produza conhecimento e ampliação do cuidado prestado.

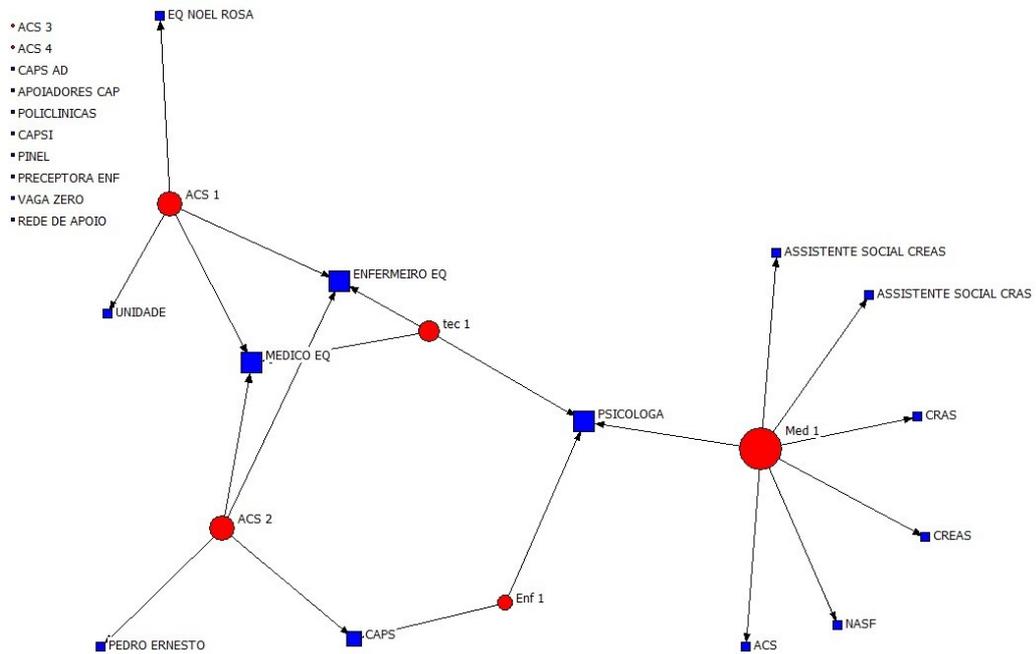
Com a compreensão de que a Atenção Primária é um campo e que nas suas práticas e políticas possuem disputas, faz com que agentes do campo possam transformar sua prática em saúde para melhor atendimento aos usuários do SUS.

3.3 As Micro Redes produtoras de cuidado

Aqui analisaremos a rede a partir das respostas fornecidas por cada equipe, em separado. Os atores de cada uma das três equipes entrevistadas e a equipe de saúde bucal foram aglutinados com o NASF nessa análise, por conta do número baixo de profissionais.

A primeira equipe tem a seguinte representação gráfica:

Grafo 5: Rede Equipe 1



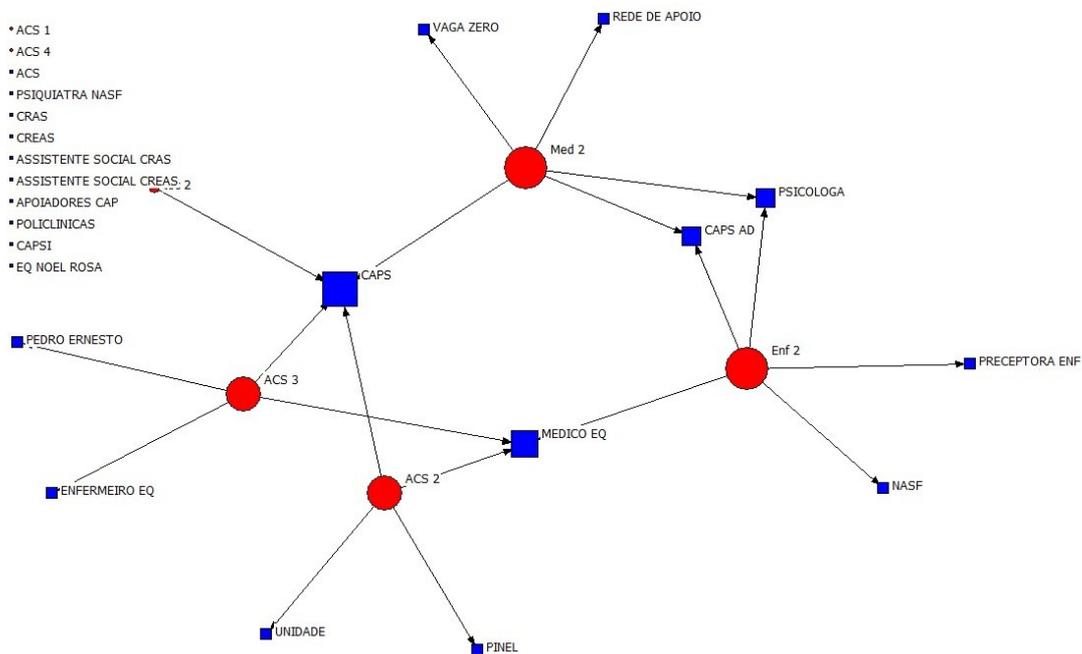
Fonte: O Autor (2022)

Trata-se de uma rede direcionada, considerando o grau de saída. Pode-se notar uma centralidade de saída alta da médica, que procura 7 profissionais ou equipamentos para auxiliar no cuidado, e a própria médica, a enfermeira e a psicóloga do NASF são igualmente procuradas.

Esta equipe conta com uma médica especializada em medicina da família e comunidade e com residência em enfermagem de família e comunidade.

Os dados obtidos com a segunda equipe permitiram construir o seguinte grafo:

Grafo 6: Rede Equipe 2



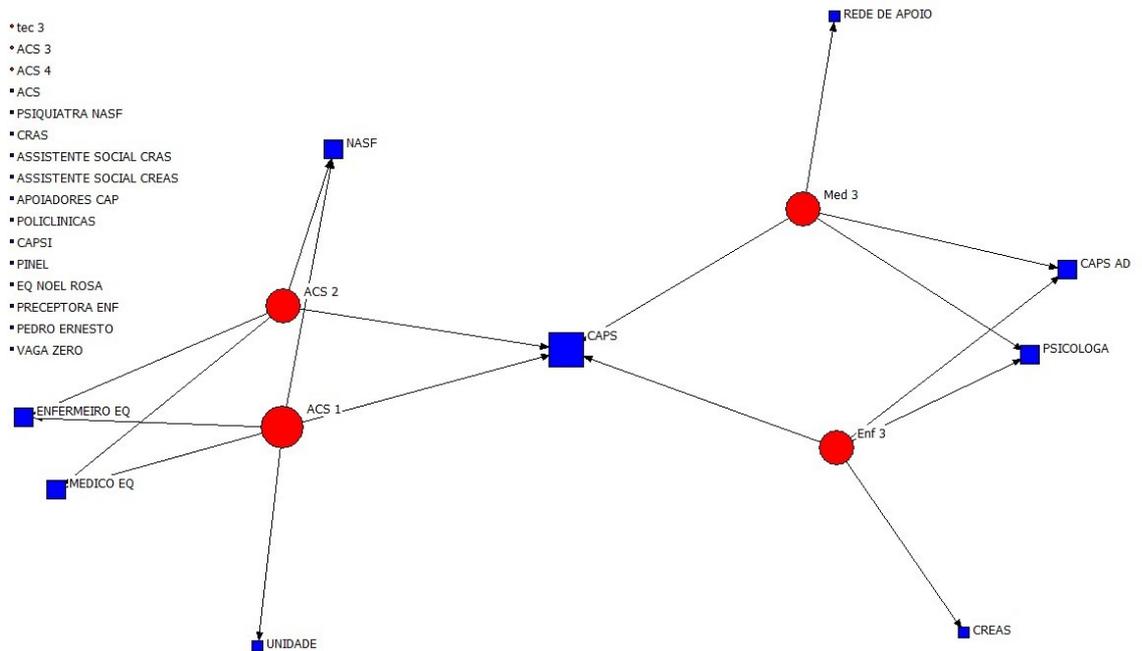
Fonte: O Autor (2022)

Esta rede é um pouco mais equilibrada que a primeira, no tocante à busca por auxílio no cuidado entre os atores profissionais. Todos os entrevistados têm uma centralidade de saída representativa, sendo o equipamento mais procurado o CAPS, seguido pela médica da equipe.

Não é uma equipe com profissionais especializados em atenção primária, entretanto é uma equipe que conta com ACS que trabalham há muito tempo na unidade, o que conferiu destaque a estes na rede.

Representação da terceira equipe:

Grafo 7: Rede Equipe 3



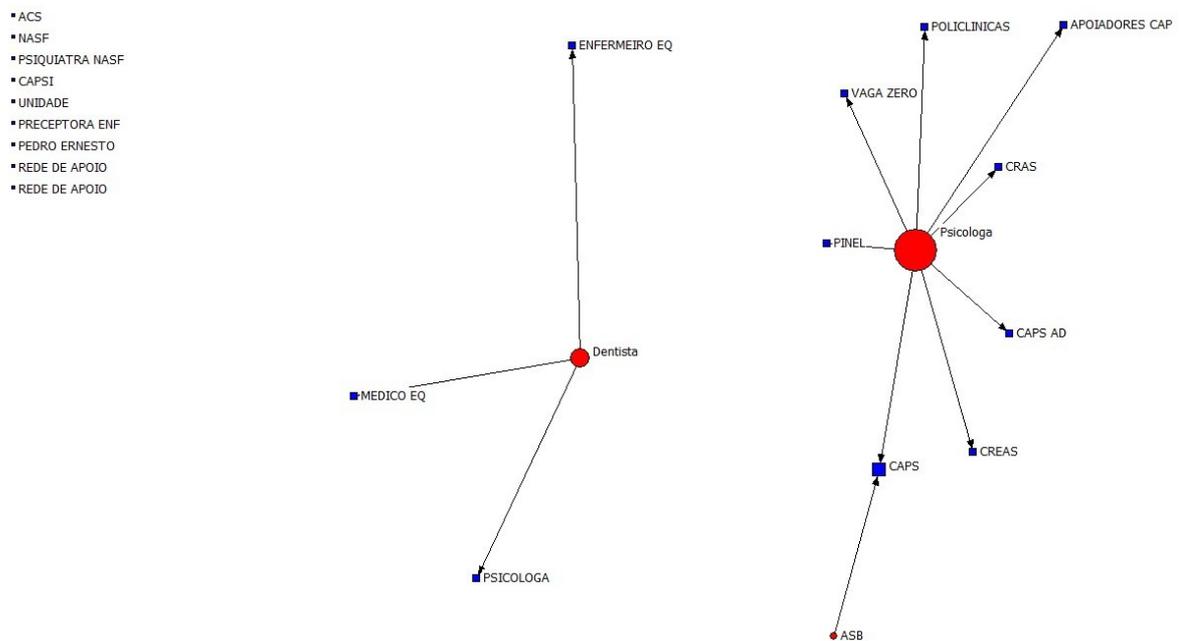
Fonte: O Autor (2022)

É uma equipe que busca outros profissionais e equipamentos de saúde e onde os ACS e a médica da equipe são quem mais buscam auxílio para o cuidado. O CAPS é o equipamento mais procurado, junto com o NASF, mesmo que no caso a psicóloga tenha sido citada por duas vezes, fora do NASF, ela faz parte dele.

É a equipe que possui ACS com mais tempo de trabalho na unidade, a médica é especialista em medicina de família e comunidade e é uma equipe que conta com residência de enfermagem de família e comunidade.

Representação Equipe de Saúde Bucal e NASF

Grafo 7: Redes da Equipe de Saúde Bucal e NASF:



Fonte: O Autor (2022)

Neste grafo vale a ressalva de que é a equipe que menos possui representantes. A equipe de saúde bucal está representada por uma dentista e um auxiliar de saúde bucal. Já na época das entrevistas o NASF era constituído, nesta unidade, apenas pela psicóloga, como apoio de saúde mental, sem os demais profissionais, que davam apoio em outra unidade do território.

Observamos que a psicóloga busca diversos equipamentos de fora da unidade, a dentista busca apoio as médicas e enfermeiras, além da psicóloga e o técnico de saúde bucal ao CAPS. Dos três profissionais, apenas a psicóloga tem especialização na área de álcool e outras drogas.

A análise dessas três equipes no tocante ao cuidado em saúde mental, nos mostra que mais potência pode ser conseguida quando os membros têm formação adicional, como as especializações, assim como o tempo de trabalho parece ajudar na formação de um *habitus* de busca de trabalho em rede, como os agentes comunitários

com mais tempo de unidade.

Tanto a atenção primária, como a atenção psicossocial se configuram como campo, conceito de Pierre Bourdieu, pois tem estrutura e regras, ou seja, normatização, e estas são formadas pelo Estado, os agentes são os indivíduos em interação e são dotados de *habitus* e capitais. Como vimos nas análises o campo representado nesta unidade de saúde é um local onde observamos que o modelo biomédico ainda se destaca, pois os elementos centrais costumam ser médicas e especialistas. A distinção acaba se fazendo pelo capital científico e há pouco destaque para os agentes comunitários de saúde e para recursos mais educativos e no território.

3.4– Síntese analítica: implicações para a Saúde Coletiva e Enfermagem

Segundo OSMO e SCHRAIBER (2015), a Saúde Coletiva pode ser situada na década de 1950, entretanto foi a partir da década de 1970, na luta pela democratização do Brasil, que se consolida como um campo.

A Saúde Coletiva pode ser caracterizada como um campo científico em que saberes e conhecimentos sobre saúde são produzidos e onde operam de forma interdisciplinar para sua produção. Além de também estar em um âmbito de práticas, em que se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes, especializados ou não, no interior e fora do espaço do setor saúde. (OSMO e SCHRAIBER, 2015)

Na perspectiva da Saúde Coletiva e do Sistema único de Saúde, as ações de saúde vão além dos espaços institucionais, atingindo outros territórios de atuação profissional e este estudo aponta para que apesar de se preconizar um atendimento interdisciplinar, o poder médico, mesmo que na forma de violência simbólica ainda se mantém, quando se trata do cuidado ao usuário do SUS com problemas relacionados a saúde mental.

Além disso a necessidade de educação permanente se faz premente, o fortalecimento do NASF, com utilização do matriciamento, de consultas coletivas e da construção de grupos no território de moradia dos usuários, ajudará na aquisição de mais conhecimento por parte dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o repertório de ferramentas para o cuidado. O matriciamento propicia a construção de uma relação horizontalizada entre os profissionais, possibilitando a ampliação do olhar sobre os problemas relacionados a saúde mental, intensificação do vínculo e a garantia da longitudinalidade do cuidado. (KLEIN; D´OLIVEIRA, 2017)

Essas ações no território são grande reforço para desinstitucionalização, eixo importante na Reforma Psiquiátrica, pois produzem trocas sociais, subjetividades recém adquiridas e plurais. (AMARANTE, 2013) Entretanto os profissionais não estão preparados para o sofrimento que a longitudinalidade do cuidado e o vínculo podem trazer, no acompanhamento dos usuários. (LANCETI, 2000)

A Rede de Atenção Psicossocial representada neste estudo no sociograma demonstra a presença de vários pontos de atenção disponíveis para o compartilhamento do cuidado, porém nem todos se encontram na mesma área programática, o acesso e a acessibilidade nem sempre são fáceis, necessitando da utilização de transporte público para se chegar até alguns deles. Um estudo de demanda em saúde mental pode auxiliar o poder público na distribuição de

serviços e de profissionais pela cidade. Uma análise sobre o financiamento também é necessária para que as contratações e criação de novos serviços possam ocorrer.

No artigo de ALVAREZ, VIEIRA e ALMEIDA (2019), verificou-se ações isoladas de alguns profissionais, tanto das equipes de saúde da família, como do NASF, colocam como um desafio a ampliação dessa coresponsabilização pelo cuidado em saúde mental. Observou-se que as equipes de NASF procuram trabalhar numa lógica mais coletiva de trabalho e alguns profissionais da ESF relatam falta de tempo para atendimentos conjuntos, por excesso de atribuições e cobrança por produtividade, por exemplo.

Urge a necessidade de se reavaliar a forma de cobrança das equipes, focando mais no processo de trabalho, do que simplesmente em números de atendimentos para contabilizar produção e sim procurar produzir saúde no território.

Uma possibilidade de contribuição para as Equipes de Saúde da Família é a prática colaborativa.

Prática Colaborativa no cuidado à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços baseados na integralidade da saúde, onde os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade estão envolvidos para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (WHO, 2010).

Há uma busca em reduzir a competição e substituir o desequilíbrio das relações de poder no cuidado em saúde por relações pautadas na parceria entre os profissionais e seus saberes e responsabilidade coletiva, valorizando a participação do usuário do serviço de saúde, sua família e comunidade, com seus saberes incluídos. (PEDUZZI e AGRELI, 2018)

Já para a Enfermagem, na perspectiva de Bourdieu uma profissão refere-se a uma categoria social, edificada socialmente e a uma categoria mental, como um *habitus*, que confere ao agente, peculiaridades que servem como um sistema de classificação.

A forma deste *habitus* ficar marcado nos profissionais é advindo da socialização profissional, que se inicia nas instituições de formação. Há a possibilidade de modificação desse *habitus*, pois há movimentação do profissional por diversos campos (áreas de atuações diferentes, por exemplo), além da possibilidade de se realizar pós-graduações, cursos pós ensino médio para os técnicos de enfermagem, que agregam mais capital cultural aos profissionais permitindo apropriações diversas desses conhecimentos, que com outros capitais (econômico, social, científico...) formam uma distinção social, separando dentro da área (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem) e fora dela (demais profissionais de saúde).

Compreender a necessidade de se trabalhar em rede, tanto com outros profissionais

como com os usuários é fundamental para a enfermagem,

Estudo de NÓBREGA, FERNANDES, *et al.* (2021), constata que a atitude de enfermeiros na APS, frente a pessoas com sofrimento psíquico é mais negativa que positiva, sendo o autoritarismo uma atitude bastante frequente, mas há uma atitude benevolente também presente, mesmo que menos frequente.

A formação é colocada como ponto importante para a mudança de atitude, já que limitações no cuidado apareceram nos envolvidos no estudo.

Artigo de BERNIRI, HIRDES, *et al.* (2021) demonstra que fragilidades no cuidado em saúde mental, durante a pandemia de COVID-19, aconteceram com o uso de psicotrópicos em larga escala, falta de atendimento a família do usuário com sofrimento psíquico e falta de fluxo no atendimento dessas demandas.

Como propostas o estudo cita o enfoque integral no usuário e sua família, educação permanente sobre a temática para os profissionais, o desenvolvimento de ações voltadas à população sobre as questões de saúde mental, a implantação de espaços de lazer e atividade física no município e o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde mental para crianças e adolescentes. (BERNIRI, HIRDES, *et al.*, 2021)

Algumas dessas propostas tem uma viabilidade de serem implantadas nos municípios, sem muito investimento financeiro, com grandes chances de melhoria da assistência à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho não foi uma tarefa fácil. Principalmente pelo período que ele ocorreu. Ao entrar no doutorado, várias ideias brotaram e planos foram feitos, objetivos traçados, mas não contava que iria fazer parte de um momento histórico para saúde mundial, que foi a pandemia do COVID-19. Inicialmente o objetivo foi analisar as redes sociais onde atuam os profissionais da estratégia de saúde da família que estão no cuidado de usuários com sofrimento psíquico e que passou a ser uma análise neste período de pandemia.

Inicialmente um panorama de que estudar saúde mental no contexto da atenção primária era importante, incluindo a trajetória deste pesquisador por várias instâncias da secretaria municipal de saúde, com um olhar empírico, que se confirmou, inclusive no decorrer da pesquisa, visto que usuários e profissionais passaram por aumento de sofrimento psíquico, por conta da pandemia.

Estudos sobre redes sociais e saúde mental, se mostraram em pouca quantidade durante o levantamento teórico, entretanto esses estudos demonstram a importância de redes de apoio tanto para melhora de quadros de sofrimento individuais, como para de familiares e grupos de pessoas.

Na atenção primária os profissionais trabalham em equipe e era esperado que redes se formassem, tanto na unidade quanto fora da mesma. Havia uma expectativa para que essa rede fosse mais coesa e que ações de cuidado ocorressem pelo território. Mais uma vez a pandemia veio frustrar essa expectativa, visto que por grande parte do tempo os profissionais tiveram de se voltar para atividades dentro da unidade, como o cuidado a sintomáticos respiratórios e vacinação, mesmo assim o número de casos de sofrimento psíquico aumentou e a equipe e a rede de atenção da área teve de se reestruturar para o cuidado.

Utilizar a análise de redes sociais, em conjunto com o referencial de Pierre Bourdieu, trouxeram uma perspectiva nova sobre essa produção de cuidado em rede, o que permitiu ampliar a compreensão sobre o espaço social da unidade e seu território, a Atenção Primária como campo, os capitais em disputa e o *habitus* dos profissionais, enquanto agentes.

O campo que é a atenção primária naquela localidade se encontra circunscrito pelas regras que a secretaria municipal de saúde normatiza, a partir do que é publicado pelo ministério da saúde. Isso impactou na conformação das equipes, que diminuíram, e agora retornam ao número necessário para o atendimento daquela população.

O *habitus* dos profissionais é bem característico de *habitus* coletivo, pois ainda é bem centrado no modelo biomédico e na especialidade, fazendo com que as redes se orientem muito para os médicos da unidade, para a especialista em saúde mental disponível, a psicóloga, e para equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial, pouco se valendo dos agentes comunitários de saúde e dos recursos locais, mesmo durante a pandemia, com o uso de modos criativos de cuidado e vigilância em saúde no território, como a possibilidade de se utilizar redes sociais, mensageiros de texto, rádios comunitárias, podcasts e o que houvesse de recurso no território.

O aparato social dos participantes da pesquisa mostra alguma uma formação voltada para atenção primária, pouca formação em saúde mental em sua maioria um aumento na escolaridade em relação aos pais, proporcionando um aumento de seu capital social e cultural.

Em sua percepção sobre o cuidado em saúde mental, os participantes percebem a dificuldade que se apresentou ao iniciarem o atendimento a pessoas com sofrimento psíquico, tendo a formação insipiente em saúde mental podendo ser um fator importante nesta insegurança, entretanto com o tempo ocorre um aprendizado no próprio campo que traz certo conforto aos participantes, aumentando sua segurança.

A pandemia pode também ter contribuído com o aumento do sofrimento psíquico tanto na população atendida, como nos próprios profissionais, sendo acometidos pela violência simbólica pela falta de cuidado do Estado e de algumas pessoas que não seguiram o caminho da ciência.

A qualificação se mostra um desejo pelos profissionais para melhorar a estrutura do cuidado ampliando o olhar para novas ferramentas para atenção aos usuários. Uma forma de aumentar esse ferramental é o matriciamento das equipes feito pelo NASF, para isso é preciso uma nova atitude dos profissionais, abrindo espaço para interconsultas, para absorver os métodos de cuidado tornando possível uma troca de saberes entre profissionais e em novos casos esse novo saber formado possa ser utilizado pela equipe para que o cuidado possa se dar no território, compartilhado quando necessário com

outros pontos de atenção, sem deixar de ser visto pela equipe de saúde da família.

Os profissionais da unidade pesquisada estão em uma rede social onde a rede de atenção psicossocial é citada pelos membros da equipe mostrando a presença dos equipamentos de saúde mental no território e algum vínculo com a unidade, entretanto a partir das métricas analisadas a densidade da rede não é forte, fazendo com que as informações circulem de forma dispersa. Chama atenção o pouco destaque dos agentes comunitários de saúde na rede da equipe, que são profissionais que por serem moradores do território poderiam ter um destaque maior no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, entretanto ainda há centralidade nos profissionais médicos, na psicóloga e no centro de atenção psicossocial. A equipe de saúde bucal também pouco está integrada com a equipe de saúde da família podendo também se beneficiar do matriciamento para um cuidado mais ampliado.

O período de pandemia foi um limitador deste estudo, pois não conseguimos ouvir todos os profissionais da unidade, fica uma possibilidade de ampliação deste estudo em outras unidades de atenção primária e em outros pontos de atenção da rede de atenção psicossocial.

Tanto a nova política de saúde mental como a nova Política de Atenção Primária mostram um possível cenário futuro mais difícil, pois os retrocessos, como a diminuição do número de agentes comunitários de saúde, o que diminui a possibilidade de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças no território, pois o número de famílias aumenta para cada agente e o tempo para dar conta das ações mais ligadas a doenças aumenta, além do acúmulo de ações administrativas, como a de recepção de usuários e preenchimento de planilhas e do prontuário, já que nem todos os municípios possuem aparato de informática suficiente para todos os agentes.

A forma de financiamento deixa de valorizar a expansão de saúde da família, podendo induzir, por questões financeiras, ao retorno de um modelo mais fragmentado, sem agentes comunitários, com a aproximação ao modelo tradicional, com maior valorização as consultas e pouca possibilidade de trabalho integrado.

Já a política de saúde mental também prenuncia um cenário futuro difícil, sem nenhuma forma de debate com a sociedade civil, como quando se deu a reforma psiquiátrica brasileira. Há a ameaça ao retorno ao paradigma manicomial, quando o esforço para a desinstitucionalização vem sendo feito há anos, com diversos casos de

sucesso pelo Brasil.

Como historicamente acontece no Brasil, é necessário que ocorram movimentos de resistência contra o avanço das duas políticas e desse retrocesso. A organização de profissionais de saúde, sociedade civil organizada, pessoas que utilizam os serviços de saúde e outros agentes possíveis é muito importante, formando redes tanto para manutenção do cuidado da população, como para cobrar aos governantes mais investimentos, que as necessidades dos usuários seja um ponto principal para o planejamento, que as informações circulem pelas redes formadas e que a saúde brasileira continue integral, universal, gratuita e principalmente de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. L. et al. SABERES EM SAÚDE MENTAL E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, 9, 2022. 27-42. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/7865>>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 29, 2019. Acesso em: 15 dez. 2022.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D. D.; FAYLLANE, A. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 29, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>>. Acesso em: 29 jul. 2022.
- ALVES, B. H.; OLIVEIRA, E. F. T. Alguns Conceitos da Sociologia de Pierre Bourdieu Relacionados com a análise de redes sociais. **Informação e Sociedade: Estudos**, 3, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/40892>>. Acesso em: 02 nov. 2022.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- ANDRADE, D. M. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 6, nov/dez 2015. 852-855.
- ARAGÃO, E. I. S. et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 23, Julho 2018.
- AZEVEDO, M. D. A. J. D. **Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018. 93 p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, A. J. D. S.; LEHFELD, A. D. S. **Fundamentos de metodologia Científica**. 3ª. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BERNIRI, J. et al. Fragilidades no cuidado em saúde mental: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19. **Research, Society and Development**, 10, 2021.
- BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BOURDIEU, P. **Metitações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: EDUSP, 2007.

BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 9ª. ed. Campinas: Papyrus, 2008.

BOURDIEU, P. A gênese do conceito de habitus e campo. In: BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. [S.l.]: Edições 70, 2011. p. 460.

BRANDÃO, Z. Operando com conceitos: com e para além de Bourdieu. **Educação e Pesquisa**, 36, n. 1, 2010. 227-241. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ep/a/Wh3V3GH79HTWmJg3SsDdDQy/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 Maio 2020.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília. 2005.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436**. Ministério da Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436**. Brasília. 2017.

BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde**, 29 Abril 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirj.def>>.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. [S.l.]. 2018.

BRASIL. **LEI 13.840**. Presidência da República. [S.l.]. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirj.def>>. Acesso em: 16 Março 2021.

CALLEWAERT, G. Bourdieu, um Crítico de Foucault. **Educação Sociedade e Cultura**, 19, 2003. 131-170.

CAMINHA, E. C. C. R. et al. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde e Debate**, 45, n. 128, Jan-Mar 2021. Acesso em: 16 Julho 2022.

CAMINHA, E. C. C. R. et al. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde:usuários da Atenção Primária à Saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, Jan-Mar 2021.

CATANI, A. M. et al. **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

CAVALCANTI, M. L. V. D. C. Drama, Ritual e performance em Victor Turner. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, 3, novembro 2013. 411-440.

CHEN, J.; DUODUO, X.; XIAOGANG, W. Seeking Help for Mental Health Problems in Hong Kong: The Role of Family. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services. **Administration and Policy in Mental Health**, 2, Março 2019. 220-237. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30460592/>>.

CUNHA, N. V. fantasma da reinfestação: a epidemia de dengue no Rio de Janeiro como drama social., 7, 2004. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/341164012_O_fantasma_da_reinfestacao_a_epidemia_de_dengue_no_Rio_de_Janeiro_como_drama_social>.

DA SILVA FILHO, J. A. et al. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Nursing**, 220, 2020. 3638-3642.

DAVID, H. M. S. L. et al. Análise de redes sociais na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, 2018. 108-115.

DE ALMEIDA, W. D. S. et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33439938/>>.

DE BARROS, A. J. D. S.; LEHFELD, N. A. D. S. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3ª. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

DOS SANTOS, D. C.; CARDOSO, A. L. Do modelo asilar à entro de atenção Integral à saúde em consonância com o movimento da reforma psiquiátrica. **Revista Uninga**, 46, 2015. 58-62. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1241/863>>. Acesso em: 01 maio 2018.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. D. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de saúde Pública**, 35, n. 6, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. D. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, São Carlos, 26, n. 4, 2018.

FIALHO, J. Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, 29, 2015. 59-79.

FIALHO, J. et al. **Redes Sociais. Como compreendê-las? Uma Introdução à Análise de Redes Sociais**. Lisboa: Sílabo, 2020.

FONSECA, J. D. S. A. Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 95.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 2022.

GARSON, G. D. **Network Analysis**. 2ª. ed. North Carolina: Statistical Associates Publishers, 2012.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 24, n. n.07, 2008. 1641-1650. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700019>>. Acesso em: 29 abril 2018.

GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu: Conceitos Fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

GULJOR, A. P. F. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013. 356 p.

HIGGINS, S. S.; RIBEIRO, A. C. **Análise de Redes em Ciências Sociais**. Brasília: ENAP Fundação Escola de Educação Pública, 2018.

IBGE. **Panorama das cidades**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 01 maio 2018.

KOEHLER, C.; CARVALHO, M. J. S. ANÁLISE DA COESÃO EM UMA REDE SOCIAL ACADÊMICA. **Revista de Educação Pública**, 31, jan/dez 2022. 1-18. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/13393>>.

KOOPMANS, F. F. **O campo e o habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas**. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 156. 2020.

KUIPER, J. S. et al. A longitudinal study of the impact of social network size and loneliness on cognitive performance in depressed older adults. **Aging Ment Health**, 24, n. 6. 889-897.

LEITE, L. D. S.; ROCHA, B. K.; DOS SANTOS, M. L. A Tessitura dos Encontros da rede de atenção psicossocial. **Trabalho, educação e saúde**, 16, n. n. 01, Janeiro - Abril 2018. 183-200.

LEITE, L. D. S.; ROCHA, K. B.; DOS SANTOS, L. M. A TESSITURA DOS ENCONTROS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Trabalho, Educação e Saúde**, 16, n. 1, 2018. 183-200.

LIMA, D. S. **CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: ANÁLISE DE REDE SOCIAL DO ENFERMEIRO**. Fortaleza: [s.n.], 2015.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 34, n. 1, 2012. 85-93.

MARTELETO, R. M. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades, 2007. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000004821/d38285a73eb91a57a6f4f9b9c532cf6d/>>. Acesso em: 01 maio 2018.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, 3, n. 1, 2010. 27-46. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000009339/e02c06fa980a4788118f8ef357e2d5c0/>>. Acesso em: 01 maio 2018.

MARTELETO, R. M. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Informação & informação**, 12, n. 1 especial, 2007. 46-62. Disponível em:

<<https://brapci.inf.br/index.php/res/v/34831>>. Acesso em: 05 maio 2018.

MARTELLETO, R. M. **Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, p. 27-46. 2010.

MARTELLETO, R. M.; SILVA, A. B. D. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, 33, n. 3. 41-49.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, Setembro 2018. 38-51.

MINAYO, M. C. D. S. Trabalho em Campo: o contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. D. S., et al. **Pesquisa Social: Teoria e Criatividade**. 31^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 61-77.

MINAYO, M. C. D. S. Trabalho em Campo: o contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 61-77.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11, n. 2, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qbgm45G78Gns44Gmfwhw4tG/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 agosto 2020.

NÓBREGA, M. D. P. S. et al. Enfermeiros de atenção primária à saúde: atitudes frente à pessoa com transtorno mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2021. Acesso em: 28 dez. 2022.

NOGUEIRA, M. L. et al. **BOLETIM DA PESQUISA "MONITORAMENTO DA SAÚDE, ACESSO À EPIS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, ENFERMEIROS, MÉDICOS E PSICÓLOGOS, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM TEMPOS DE COVID-19"**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, p. 40. 2021. O campo e o habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal. 2009.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, 24, 2015. 205-218. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpdTnz7YNJyMzjN/?format=html#ModalArticles>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, 2, 2018. Acesso em: 17 dez. 2022.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do**

CEAS: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, 2019. 6-14.

PORTAL SUBPAV. **Equipes de Atenção Básica**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 01 maio 2018.

PORTAL SUBPAV. **Equipes de Atenção Básica**. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2022.

POTUGAL, F. B. et al. SOCIAL SUPPORT NETWORK, MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN PRIMARY CARE. **Cadernos de Saúde Pública**, 32, n. 12, 2016. 1-11. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28103>>.

QUERINO, R. A. et al. Rede de atenção psicossocial: percepção de gestores e tensionamentos do campo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/8Rxcc3XZ6XFqkKmb44BbMJM/?format=pdf&lang=en>>.

ROCHA, J. M. D. S. DOENÇA MENTAL E CONTROLE SOCIAL: RELEITURA A PARTIR DE MICHEL FOUCAULT. **Revista Sociais e Humanas**, 30, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/25953>>. Acesso em: 19 junho 2022.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, 37, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMnc4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>>. Acesso em: 17 maio 2022.

SANTOS, A. L. A. **ENTRALIDADES, DENSIDADE E TROCA DE CONHECIMENTO: UM ESTUDO SOBRE A REDE SOCIAL FORMADA PELOS FUNCIONÁRIOS DA GERÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE BENS DA PETROBRAS/SE**. Universidade Federal de Sergipe. São Cristovão, p. 67. 2019.

SILVA, T. F. D. et al. Características e especificidades da Metodologia de Análise de Redes Sociais. **RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT**, 10, n. 3, 2021.

SILVA, T. F. D.; DAVI, H. M. S. L. O Campo da Atenção Básica : Uma reflexão epistemológica pela lente de Pierre Bourdieu. **Revista Sociais e Humanas**, 32, 2018. 129-144.

SILVA, T. F. D.; DAVID, H. M. S. L. original502Análise do campo da Atenção Básica à luz da teoria de Pierre Bourdieu. **Revista de APS**, jul/set 2020. 502-525.

SOARES, C. G. D. S. et al. Saúde Mental na Atenção Primária: um Estudo sobre a Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, 4, mai/jun 2021. 11755-11781.

SOUZA, D. F.; SILVINO, Z. R. A Sociologia de Pierre Bourdieu: potencialidade teórica para o subcampo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018. 2175-2180.

STARK, A. et al. A qualitative study on older primary care patients' perspectives on depression and its treatments - potential barriers to and opportunities for managing depression. **BMC Family Practice**, 1, n. 2, 2018. 1-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5751798/>>.

STOTZ, E. N. Redes Sociais e Saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. **Informação, Saúde e Redes Sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Cap. I, p. 176.

SWEET, D. et al. Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study. **British Journal of Psychiatry**, Cambridge, 2018. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/personal-wellbeing-networks-social-capital-and-severe-mental-illness-exploratory-study/5622A7942CC0C86BCDD14D5288305A68>>.

VAN RENSBURG, A. J. et al. State and non-state mental health service collaboration in a South African district: a mixed methods study. **Health policy and planning**, 33, n. 4, 2018. 516-527. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29462292/>>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: TEIXEIRA, C. F. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 15-40. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/hpttj/pdf/teixeira-9788523220211-02.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

WANG, J. et al. Epidemiology of loneliness in a cohort of UK mental health community crisis service users. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, 2019, 55, n. 7. 811-822. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01734-6>>.

WYNGAERDEN, F. et al. The structure of social support: a multilevel analysis of the personal networks of people with severe mental disorders. **BMC Psychiatry**, 22, 12 Novembro 2022.

YAWN, B. P. et al. TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. **Annals of family medicine**, 10, n. 4, 2012. 320-329. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22778120/>>.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Dados de Identificação

1 Nome: _____

2 Natural de: _____

3 Município de Residência: _____

4 Bairro de Residência: _____

5 Idade: _____

6 Raça/ Cor: _____

7 Estado Civil _____

8 Escolaridade: _____

8.1 Escolaridade do Pai: _____ 8.2 Escolaridade da Mãe _____

9 Profissão: _____ Ano de término da última formação _____

10 Pós Graduação: _____

11 Estudou em Instituições: () Privada () Pública

12 Tempo de atuação nesta Unidade: _____

13 Tem outro emprego? _____ Se sim () Publico ()

Privado () autônomo

Questões Específicas:

1 – Como é trabalhar com usuários com problemas em sua saúde mental?

Foi uma escolha?

2 – Se pudesse escolher, esse grupo continuaria na sua lista de atendimento?

3 – Como se sente no atendimento a essas pessoas?

4 – Há dificuldades nesse trabalho, se sim, quais?

5 – Você considera que quais tipos de casos devem ser tratados na Atenção Primária em Saúde?

6 - Você atende casos diferentes destes?

7 – Houve diferença nos atendimentos com a pandemia?

7 – Cite 5 pessoas e de onde são, que você pode contar na atenção em saúde mental:

8 – O que gosta de fazer nas horas de folga?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada (o), a participar como voluntária (o), do estudo intitulado: **Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de pandemia**, conduzido por Rogério Bittencourt de Miranda. O objetivo desse estudo é: Analisar as redes sociais construídas pelos profissionais da estratégia de saúde da família que atuam no cuidado de usuários portadores de transtornos mentais. Você foi selecionado por estar ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, trabalhar em uma unidade com mais de três anos de atuação na atenção primária, ser relevante para o processo de cuidado dos usuários portadores de transtornos mentais. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar da mesma, sem prejuízo de qualquer espécie a sua pessoa. Sua participação não será identificada e apresenta riscos mínimos, como possível constrangimento ao relembrar de atitudes e ações no trabalho, caso se sinta constrangido, em qualquer momento, as perguntas serão imediatamente interrompidas. Questões ligadas ao emocional também podem ocorrer e caso ocorram, o pesquisador fará o acolhimento e possível encaminhamento para rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Sua participação não é remunerada nem implicará em gastos de qualquer espécie. Sua participação consiste em responder um questionário semiestruturado, com duração aproximada de trinta minutos, que será gravada e posteriormente transcrita integralmente, preferencialmente faremos essa coleta de dados no seu próprio local de trabalho. Na divulgação dos resultados será necessária a gravação feita em áudio, mesmo que transcrita, como já citado. Você precisa concordar com esse procedimento. Os dados serão sigilosos e confidenciais, não expondo sua participação de nenhuma forma. Caso concorde em participar, solicito que assine este termo, em duas vias, sendo que uma ficará em sua posse e a outra, com o pesquisador. Qualquer dúvida sobre o teor da pesquisa, seu andamento e sua participação, não se furte em entrar em contato através do telefone (21) 98822-9242 e do e-mail: rogbitt@gmail.com.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

- Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Ou com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ CEP: 20031-040 Telefone: 2215-1485 - e-mail: cepmsrj@yahoo.com.br ou cepms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

Assinatura da (o) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO – Plataforma Brasil

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes sociais na linha de cuidado de saúde mental em tempos de pandemia.

Pesquisador: Rogério Bittencourt de Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45266221.8.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.717.204

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado de Rogério Bittencourt de Miranda orientado por Prof. a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem.

Este projeto tem como objeto de estudo as redes sociais de trabalhadores das equipes de saúde da família, que lidam com a linha de cuidado de saúde mental, dando atenção a usuários com sofrimento psíquico. Objetivos: Estabelecer a configuração das redes sociais no atendimento aos casos de transtornos mentais; compreender os processos que constituem as redes sociais no cuidado aos casos de transtornos mentais e descrever a importância dos membros dessas redes sociais no cuidado aos usuários portadores de transtornos mentais. Estudo descritivo com abordagem

quantiquantitativa, tendo como cenário unidades de atenção básica com equipes de saúde da família, onde serão entrevistados os profissionais das equipes, através de um questionário semiestruturado, que será posteriormente analisado através da Análise de Redes Sociais e pela análise de conteúdo de Bardin.

Metodologia:

Este será um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos, visando o aprofundamento da realidade estudada. A abordagem qualitativa permite explorar as relações sociais, será utilizada a Análise de Redes Sociais (ARS). Este método possui aplicabilidade em estudos nos mais diversos setores. Trata-se

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Página 01 de 04

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO; 

Continuação do Parecer: 4.717.204

de um estudo de caráter quantitativo, também denominado de Análise Estrutural de Redes Sociais, e oferece uma visão da estrutura e relações em rede no momento da coleta de dados.

Na parte qualitativa, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

O cenário será uma Unidade de Saúde da família, com pelo menos 3 equipes na área de planejamento 2.2, área da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

Pretende-se utilizar como instrumento de coleta de dados a entrevista em profundidade para fase qualitativa do estudo. Será utilizado um gravador para coletar as falas dos profissionais selecionados e posteriormente serão transcritas para análise.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as redes sociais onde atuam os profissionais da estratégia de saúde da família que atuam no cuidado de usuários com sofrimento psíquico

neste período de pandemia.

Objetivo

Secundário:

- Estabelecer a configuração das redes sociais no atendimento aos casos de sofrimento psíquico;
- Compreender os processos que constituem as redes sociais no cuidado aos casos desses usuários;
- Descrever as diferenças das redes sociais em períodos de pandemia e fora dela;
- Descrever a importância dos membros dessas redes sociais no cuidado aos usuários em questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possível constrangimento ao lembrar de atitudes e ações no trabalho, caso se sinta constrangido, em qualquer momento, as perguntas serão imediatamente interrompidas. Questões ligadas ao emocional também podem ocorrer e caso ocorram, o pesquisador fará o acolhimento e possível encaminhamento para rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Benefícios:

Entender melhor o processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante pois estuda as redes sociais de trabalhadores das equipes de saúde da família, que lidam com a linha de cuidado de saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto carimbada e assinada pela Diretora da Faculdade de Enfermagem. Tem carta de anuência do local onde serão realizadas as entrevistas

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Página 02 de 04

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.717.204

Apresenta Roteiro de Entrevista Semiestruturada

adequado a pesquisa. Tem TCLE adequado.

Tem orçamento próprio.

Tem cronograma para iniciar em maio de 2020 a coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Aprovado, pois atendeu as exigências, apresentando carta de anuência do local onde serão realizadas as entrevistas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1710115.pdf	05/05/2021 19:44:25		Aceito
Outros	Pendencias.docx	05/05/2021 19:43:16	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_Anuencia.pdf	05/05/2021 19:41:26	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.717.204

Justificativa de Ausência	Termo_de_Anuencia.pdf	05/05/2021 19:41:26	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_Qualificacao_revisado.docx	21/03/2021 08:15:16	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/03/2021 08:13:24	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/03/2021 18:26:56	Rogério Bittencourt de Miranda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Maio de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))