



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

DIONÉIA APARECIDA DE OLIVEIRA BERNY GUEDES

**A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Florianópolis
2024

DIONÉIA APARECIDA DE OLIVEIRA BERNY GUEDES

**A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Área de concentração: Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Guedes, Dionéia Aparecida de Oliveira Berny
A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO /
Dionéia Aparecida de Oliveira Berny Guedes ; orientador,
Fabrício Augusto Menegon, 2024.
103 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. rede social
significativa . 3. modelo antimanicomial. 4. reabilitação
psicossocial. 5. centros de atenção psicossocial. I.
Menegon, Fabrício Augusto . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial. III. Título.

DIONÉIA APARECIDA DE OLIVEIRA BERNY GUEDES

**A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 17 de junho de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon (Presidente)
Universidade Federal de Santa Catarina

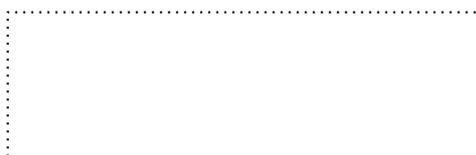
Prof.(a) Dr. (a) Magda do Canto Zurba (Membro)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues
(Membro Externo à UFSC)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof. Dr. Fabricio Augusto Menegon
Orientador

Florianópolis, 2024.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço e dedico esta dissertação a Deus pelo cuidado e proteção sobre a minha vida, sou grata inclusive pelos desafios enfrentados no decorrer do mestrado, pois me possibilitou passar por situações de grande aprendizado e crescimento. Tenho a clareza de que tudo concorreu para o melhor. Gratidão!

Ao meu marido, Hendrigo, pela parceria de sempre no cuidado dos nossos filhos e da casa, pelo amor, compreensão, incentivo, conselhos e apoio vital no decorrer do mestrado.

As minhas crianças, Olívia e Gregório, por tornarem a vida mais alegre, leve e colorida, pelo carinho, pelas brincadeiras, sorrisos, pelos tantos beijos e abraços, por darem sentido e concretude aos meus esforços.

Agradeço imensamente à minha mãe por seu apoio inabalável em todas as situações e por compartilhar comigo a alegria de cada conquista.

A memória do meu pai permanece sendo uma influência constante em minha vida, devido ao seu compromisso com a honestidade e o trabalho. Mesmo diante das dificuldades, irradiava alegria e calor humano, acolhendo a todos com seu grande coração.

As minhas amigas Aguida, Bahiana, Marilise, Solange e Pauline pelo apoio, carinho, conselhos, pelas trocas e incentivo, por desejarem o melhor pra minha vida.

Ao meu orientador, professor Fabrício, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, por seu comprometimento, competência e dedicação no processo de orientação.

Aos professores Jefferson e Magda pelas preciosas reflexões e contribuições para o amadurecimento do projeto na banca de qualificação.

Aos colegas de mestrado pelo apoio, pela troca de conhecimentos e informações, em especial a colega Helen, pela parceria e suporte no momento de maior dificuldade para prosseguir caminhando.

Aos meus colegas da equipe interdisciplinar do CAPS II, pela generosidade em dividir seus conhecimentos, pelo incentivo e apoio no decorrer do mestrado e contribuições para realizar coleta de dados, em especial a Alexandra, Inês, Mário e Passinho.

A gestão local do CAPS II, Bárbara pela disponibilidade, contribuição e profissionalismo no decorrer do mestrado e na coleta de dados.

Em especial aos usuários do CAPS II, que são o motivo pelo qual ingressei no mestrado, com o intuito de me aprimorar profissionalmente para lhes oferecer um serviço de maior qualidade, sou grata por todo aprendizado construído em conjunto com os usuários, pelo carinho dispensado, pelo reconhecimento, pelas contribuições, pelos afetos que perduram, pela oportunidade de fazer o que eu gosto e pela desafiadora tarefa de atuar na política nacional de saúde mental.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a rede social significativa dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) na Grande Florianópolis. Ele está vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e foi conduzido nas dependências do CAPS II. Utilizamos um método qualitativo exploratório, empregando entrevistas semiestruturadas. A análise e tratamento dos dados foram realizados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática de Lawrence Bardin. O público-alvo desta pesquisa foram pessoas usuárias do CAPS II que frequentam regularmente as atividades propostas no tratamento de saúde mental. Os resultados da pesquisa ressaltaram o papel relevante da rede social significativa no processo de reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS II. Embora o estudo tenha demonstrado redes sociais extensas, observou-se uma tendência maior de concentração dessas redes no âmbito familiar e no CAPS, aliada a hábitos de vida voltados ao âmbito doméstico, o que pode dificultar sua autonomia no território. Na rede social dos usuários, foram identificados fatores protetores e de risco nas suas relações sociais, as quais acabam interferindo no seu cuidado. Neste sentido foi identificado que a presença do estigma representa uma barreira significativa para ampliar o cuidado na perspectiva dos serviços comunitários de saúde mental, destacando a importância de investir em ações de conscientização em diferentes setores da sociedade. Essas descobertas têm implicações significativas para promover o cuidado em saúde mental, valorizando a perspectiva da atenção psicossocial em detrimento do viés asilar e fortalecendo o poder de contratualidade desses indivíduos em seu próprio território para alcançar a inclusão social. Em resumo, este estudo destaca a importância das relações sociais no cuidado formal e informal para a promoção da autonomia desses indivíduos em contextos sociais amplos, demonstrando o quanto esses vínculos são vitais para o seu cuidado. Recomenda-se que futuras pesquisas abordem os desafios do cuidado em serviços comunitários de saúde mental diante da complexidade do território.

Palavras-chave: rede social significativa, modelo antimanicomial, reabilitação psicossocial, centros de atenção psicossocial.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the significant social network of users treated at a Psychosocial Care Center (CAPS II) in Greater Florianópolis. It is linked to the Professional Master's Program in Mental Health and Psychosocial Care and was conducted on the premises of CAPS II. We used an exploratory qualitative method, employing semi-structured interviews. Data analysis and processing were carried out through content analysis in Lawrence Bardin's thematic modality. The target audience for this research were people using CAPS II who regularly attend the activities proposed in mental health treatment. The research results highlighted the relevant role of the significant social network in the psychosocial rehabilitation process of CAPS II users. Although the sample demonstrated extensive social networks, there was a greater tendency for these networks to be concentrated within the family and in the CAPS, combined with lifestyle habits focused on the domestic sphere, which may hinder their autonomy in the territory. In the users' social network, protective and risk factors were identified in their social relationships, which end up interfering with their care. In this sense, it was identified that the presence of stigma represents a significant barrier to expanding care from the perspective of community mental health services, highlighting the importance of investing in awareness-raising actions in different sectors of society. These findings have significant implications for promoting mental health care, valuing the perspective of psychosocial care to the detriment of the asylum bias and strengthening the contractual power of these individuals in their own territory to achieve social inclusion. In summary, this study highlights the importance of social relationships in formal and informal care for promoting the autonomy of these individuals in broad social contexts, demonstrating how vital these bonds are for their care. It is recommended that future research addresses the challenges of care in community mental health services given the complexity of the territory.

Keywords: significant social network, Anti-asylum model, Psychosocial rehabilitation, Psychosocial Care Centers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BDENF	Base de dados em enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição
ESF	Estratégia de saúde da família
EMBASE	Excerpta Medica Database (base de dados biomédicos que abrange literatura científica em medicina, farmacologia, ciências biomédicas e áreas relacionadas).
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Análise e Recuperação da Literatura Médica)
PubMed	Psychological Information Database - PsycINFO (Base de Dados Psicológica)
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDALYC	Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. REVISÃO INTEGRATIVA	19
3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA EM BANCO DE DADOS	19
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA ACERCA DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA	27
3.3 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNÇÕES DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA	28
3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS INTERVENIENTES NA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA	31
4. MÉTODO	37
4.1 LOCAL DE ESTUDO	37
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	38
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	39
4.5 TRATAMENTO DE DADOS	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	43

5.2 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA	.47
5.3 FUNÇÕES EXERCIDAS PELA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA51
5.4 FATORES INTERVENIENTES PRESENTES NA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS69
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO71
6.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS72
REFERÊNCIAS75
APÊNDICES83
ANEXOS99

APRESENTAÇÃO

Caro leitor, para iniciar esta dissertação, gostaria de compartilhar brevemente minha trajetória como trabalhadora na saúde mental. Iniciei minha atuação como Assistente Social num Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II da Grande Florianópolis em fevereiro de 2020. Foi uma grata surpresa quando soube, que trabalharia na área de saúde mental, uma área que sempre me instigou pessoalmente e com a qual sempre tive muita afinidade. Apesar disso, percebi logo de início o grande desafio que se colocava para atuar neste campo tão complexo, vasto e subjetivo.

Como Assistente Social, busquei instrumentalizar-me acerca das informações institucionais, leis, portarias, além de realizar cursos, e de literatura para compreender, ainda que de forma inicial, a atuação profissional em um CAPS II.

Um mês após ter iniciado a atuação profissional no serviço, foi deflagrada a pandemia de COVID-19, descaracterizando completamente o serviço e dando lugar a ações contingenciais devido ao imperativo da calamidade em curso.

Neste contexto de crise sanitária, medo, incertezas e instabilidade socioeconômica, percebi medidas cada vez mais hegemonicamente asilares ganhando espaço, em detrimento da perspectiva de atenção psicossocial. Em meio aos esforços do trabalho na saúde mental durante a pandemia e o sofrimento psíquico que se alastrava, atravessando a vida de toda uma coletividade, percebi como uma saída possível diante da minha inquietação: me aperfeiçoar profissionalmente. Nesta conjuntura, o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial veio ao encontro do meu propósito enquanto profissional da saúde mental e servidora em prestar um atendimento mais qualificado e humanizado às pessoas com dificuldades relacionadas à saúde mental.

Desta forma, o que motivou inicialmente a pesquisar a temática da rede social significativa da pessoa em sofrimento psíquico foi observar, no atendimento a esse público, barreiras atitudinais que dificultam sua inclusão social. Pude observar na minha prática profissional essas barreiras nos diferentes âmbitos sociais, por meio de atitudes conformadoras que reforçam a ótica manicomial e estigmatizam a

pessoa em sofrimento psíquico, até mesmo numa perspectiva substitutiva ao modelo hospitalocêntrico.

Neste sentido, a exclusão ou inclusão social deste segmento está diretamente relacionada às dinâmicas relacionais, envolvendo os mais diversos atores sociais, os quais podem adotar atitudes que reforçam fatores de risco ou atitudes que se apresentam como fatores protetivos, auxiliando sua reabilitação psicossocial. Desta maneira, percebe-se como oportuna a pesquisa acerca das redes sociais dos usuários do CAPS II para melhor desvendar o fenômeno e assim avançar rumo à inclusão social desse segmento.

1. INTRODUÇÃO

A mudança proposta para a assistência em saúde mental orientada pela reforma psiquiátrica ocorre num período de contrarreforma do Estado brasileiro, ou seja, num momento de desinvestimento massivo em políticas públicas e neste contexto socioeconômico e político é que avança a reforma psiquiátrica, porém o processo de desinstitucionalização ocorre de forma contraditória, sem a estruturação necessária dos serviços comunitários de saúde mental, ocasionando com isso uma negligência as necessidades das pessoas com desafios de saúde mental (Vasconcelos, 2000).

Com isso, embora os novos dispositivos intitulados “substitutivos” ao modelo asilar, acabam por atuar sob uma ótica similar, ou seja, suas práticas expressam parâmetros basilares ou paradigmas similares, os quais não refletem as mudanças da reforma psiquiátrica, bem como, a distinção entre dois paradigmas distintos, um caracterizado como modelo asilar e o outro como modelo de atenção psicossocial Costa-Rosa (2000).

Sendo assim, ainda que a reforma psiquiátrica traga em seu bojo político relevantes contribuições no que se refere aos avanços na assistência às pessoas com transtorno mental, também apresenta grandes contradições e desafios práticos. Entre esses desafios estão a necessidade de derrubar as barreiras atitudinais nas relações sociais, as quais podem tanto favorecer o cuidado como se interpor como obstáculos à reabilitação psicossocial.

Portanto, se busca analisar as contradições presentes nas mudanças da abordagem da política por meio dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Visto que na prática os serviços comunitários de saúde mental ainda podem permanecer atrelados ainda que de forma velada a práticas que remetem a uma ótica asilar, a qual o distancia da reforma psiquiátrica almejada.

O CAPS II é um dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS que se propõe substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo de cuidado em rede territorial. É justamente neste cuidado em rede, aberto e comunitário que reside o maior desafio para esta política pública, visto que é necessário a articulação e integração do cuidado a outras políticas setoriais e atores sociais, o que demanda tempo para o cuidado, distanciando-se de lógicas paliativas e contingenciais. Os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS II se caracterizam pelo cuidado a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, o qual Ribeiro (2003) define como uma gama extensa e heterogênea de características e necessidades, associando a duração do problema, grau de sofrimento psíquico, nível de incapacidade que afeta as competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico. Devendo ocorrer em seu território em caráter aberto e comunitário, a fim de promover a reabilitação psicossocial por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

Cabe destacar que a criação da Lei federal n. 10.216 de 2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, favoreceu o processo de organização e consolidação desses serviços. Assegurando direitos às pessoas com transtornos mentais, que passam a ser reconhecidos então como cidadãos, devendo, preferencialmente, serem tratados em serviços comunitários, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o relatório da OMS (2021) aponta que juntos, indivíduo, família, comunidade e fatores estruturais determinam as condições de saúde mental de um indivíduo. Esses determinantes interagem entre si de forma dinâmica. Por exemplo, o senso de autoestima da pessoa pode ser aumentado ou diminuído dependendo do seu apoio social e condições socioeconômicas no âmbito familiar, que, por sua vez, pode depender da estabilidade política, justiça e crescimento econômico em um país.

A OMS (2021) sinaliza também que as equipes dos serviços comunitários de saúde mental têm um importante tarefa no apoio à reabilitação psicossocial, a fim de que os indivíduos assistidos atinjam seu funcionamento ideal e inclusão na comunidade. Envolve tanto melhorar as habilidades sociais dos sujeitos, quanto promover mudanças ambientais para que as pessoas com transtorno mental possam viver uma vida funcional e produtiva no seio da comunidade.

Entretanto, Amarante (2007) expõe que a saúde mental é um dos campos do conhecimento e atuação em saúde mais complexo, plural, atravessado por diversos

saberes e que não pode ser exclusivo apenas da psiquiatria, mas de uma complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental. Desta forma, indo ao encontro do que preconiza a Lei 10.216 torna-se crucial ampliar a discussão acerca da atenção psicossocial em serviços comunitários de saúde mental e os desafios para a reforma psiquiátrica em curso.

Neste sentido compete frisar, que a reabilitação psicossocial dos usuários de um centro de atenção psicossocial, passa necessariamente pelo modo como se estabelecem as suas relações sociais e do apoio que recebem no âmbito familiar, comunitário e nos serviços, porém, para que seja possível uma intervenção nesta perspectiva, faz-se necessário romper com o paradigma biomédico e manicomial arraigado nos vários setores da sociedade, os quais, corroboram para estigmatização da pessoa com desafios relacionados à saúde mental, tornando-se uma barreira atitudinal a sua inserção social.

Conforme Fontes (2020) isso fica evidenciado em práticas medicalizantes, na prescrição indiscriminada de psicofármacos como uma panaceia para todos os infortúnios, até mesmo em aflições comuns da vida, a hegemonia do campo biomédico em detrimento de outras formas de conhecimento, incluindo as não formais, desconsiderando tantos recursos possíveis e que deveriam ser considerados no cuidado em saúde mental na perspectiva comunitária.

Sendo a participação da família e da comunidade decisiva no processo de reabilitação psicossocial, conforme prevê a Portaria 336 de 19 de fevereiro 2002, que dispõe sobre o atendimento familiar e o desenvolvimento de atividades comunitárias com enfoque na integração familiar e comunitária, abrangendo a integração do cuidado com outras políticas públicas setoriais, necessárias à totalidade do ser e ao princípio da integralidade prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Considerando a discussão realizada até o momento, busca-se problematizar a presente dissertação sobre as redes sociais significativas de pessoas com transtorno mental grave e persistente, usuárias de um CAPS II, visando identificar sua interface no processo de reabilitação psicossocial, o qual de acordo com Ludi (2006, p. 450): “[...] consiste em reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.

Para começar a discorrer acerca da temática rede social significativa, vale destacar que a rede social se insere como determinante social de saúde podendo tanto promover a saúde mental, como se apresentar enquanto fator de risco ao processo de reabilitação psicossocial.

A rede social enquanto um conceito interdisciplinar abarca várias disciplinas, se desenvolvendo num contexto complexo envolvendo diversos atores, os quais assumem diferentes papéis e manifestam interesses e lógicas de interpretação do real que não são necessariamente homogêneas (Landim et al, 2010).

Neste sentido, partiremos da rede social significativa conforme a perspectiva de Sluzki (1997) no que se refere às características e funções da rede social dos usuários e como essas interações sociais se desenrolam em seu contexto social, sendo imprescindível promover uma aproximação da realidade social desses sujeitos para melhor compreensão do processo de reabilitação psicossocial.

Analisar a rede social significativa da pessoa com transtorno mental pode contribuir para o avanço dos estudos acerca da temática, no sentido de melhor compreender os fatores de risco e protetores de uma determinada rede social para a reabilitação psicossocial.

Para tanto, Sluzki (1997) demonstra a importância de compreender o funcionamento da rede para a saúde dos membros da família e do contexto social em que está inserido, visto que quando pertencem a redes funcionais podem promover a saúde familiar. Por outro lado, também, os estudos de (Speck e Attneave, 2000) demonstram que podem se estabelecer redes patológicas em torno da pessoa com transtorno mental.

Por fim, a pesquisa sobre a rede social significativa num serviço de base territorial, pode favorecer a autonomia dos usuários em relação ao seu meio social, expandindo o cuidado em rede como técnica de intervenção da clínica ampliada, em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

Desta maneira se propõe a seguinte pergunta de pesquisa: Como se configura a rede social significativa de pessoas usuárias de um CAPS II no processo de reabilitação psicossocial? Partindo desta indagação se pretende analisar os principais aspectos intervenientes na rede pessoal significativa na perspectiva da pessoa em tratamento em saúde mental neste serviço.

Hipótese: A rede social significativa da pessoa com transtorno mental desempenha papel relevante para a busca da autonomia, visando o aumento do poder de contratualidade destes sujeitos em seu território, bem como contribui para o aprofundamento acerca de ferramentas para a promoção da reabilitação psicossocial dos usuários (as) num serviço comunitário de saúde mental.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a rede social significativa de usuários(as) de um CAPS II.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as funções e características da rede social significativa de usuários (as) de um CAPS II;
- Descrever os fatores intervenientes da rede social significativa de usuários (as) de um CAPS II.

3. REVISÃO INTEGRATIVA

3.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA EM BANCO DE DADOS

A presente revisão integrativa se propôs a identificar o que o campo do conhecimento tem produzido em termos de artigos acerca da temática rede social da pessoa em sofrimento psíquico na promoção da reabilitação psicossocial.

A revisão foi elaborada em agosto de 2023, a partir do método de (MENDES et al 2008), o qual, propõe seis etapas: sendo a primeira a seleção de tema, levantamento de hipótese e questão da pesquisa; na segunda etapa se definem os critérios de inclusão e exclusão e realiza busca na literatura, a terceira define-se quais informações serão extraídas dos estudos, na quarta etapa avaliação dos estudos incluídos na revisão; a quinta etapa se realiza a interpretação dos resultados e a sexta etapa consiste na síntese dos resultados. A fim de atender as referidas etapas se definiu como tema “A rede social significativa de usuários(as) de um Centro de atenção no processo de reabilitação psicossocial”, como pergunta de pesquisa foi levantada a seguinte questão: O que a literatura aponta como características importantes na rede social significativa para a reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS?

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais disponíveis na íntegra em português, inglês e espanhol dos últimos 10 anos de 2013 a 2023, que versassem sobre a rede social significativa de usuários (as) no contexto

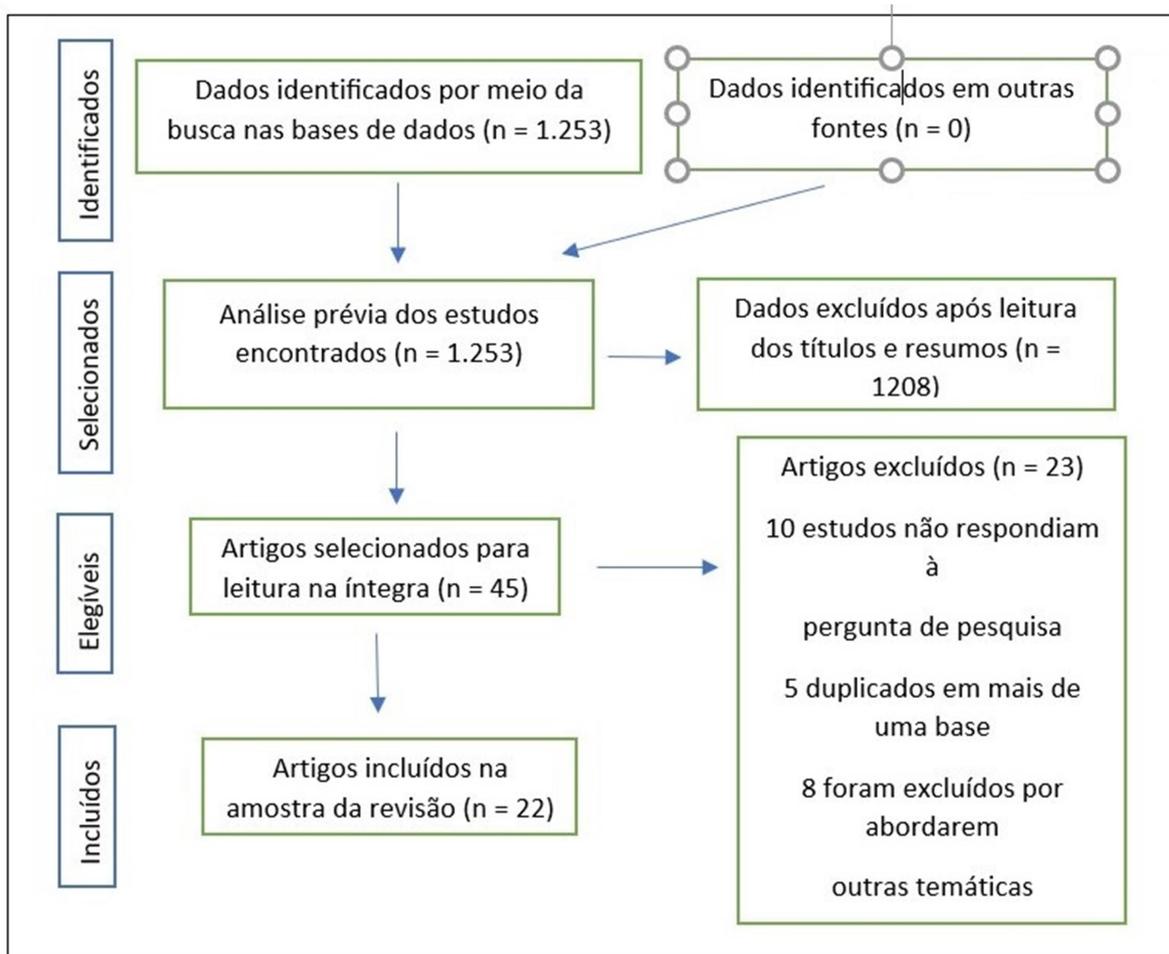
da atenção psicossocial e/ou em sofrimento psíquico, tendo como público alvo adultos com diagnóstico de transtorno mental. Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados os estudos que não contemplavam a temática rede social, rede de apoio ou similar, e os que não contemplavam o mesmo público alvo, também foram excluídos os estudos repetidos, que não se enquadraram nos últimos dez anos e que não possuíam o texto completo gratuito disponível.

A busca no banco de dados foi realizada nas seguintes bases de dados: BDEF, CINAHL (EBSCO), Embase (Elsevier), IndexPsi, LILACS, PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Redalyc, SciELO, Scopus e Web of Science, da qual retornaram **1.253** resultados.

Base de dados	Estudos encontrados no cruzamento	Estudos pré-selecionados para leitura na íntegra	Estudos selecionados para compor a amostra da revisão
PubMed/MEDLINE	19	4	2
Scopus	38	5	1
CINAHL	30	6	1
Embase	23	3	2
IndexPsi	36	0	0
LILACS	152	12	9
SCIELO	52	4	2
Redalyc	826	6	4
PsycINFO	3	0	0
BDEF	62	3	1
Web of science	12	2	0
TOTAL	1.253	45	22

Foram utilizadas nesta revisão onze bases de dados, das quais resultaram em mil, duzentos e cinquenta e três estudos, dos quais foram selecionados 22 artigos. Na base de dados LILACS foram selecionados nove artigos, na base REDALYC foram selecionados quatro estudos, na base SCOPUS foi selecionado um estudo, na PUBMED foram selecionados 2 estudos, na CINAHL um estudo selecionado, na

Embase dois estudos selecionados, na SCIELO foram selecionados dois estudos, na BDEF foi selecionado um estudo, nas bases de dados Web of science, IndexPsi e na PsycINFO não foram selecionados nenhum estudo. Dos vinte e dois estudos, quatorze estavam no idioma português e oito no idioma inglês.



Figura– Fluxograma de busca e seleção dos artigos, adaptado de PRISMA

No que se refere às características da rede social de usuários de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, os estudos apontam principalmente para a família e os profissionais dos serviços de saúde mental como principais vínculos e também são mencionados os vínculos comunitários de forma secundária. Sendo a família apontada como fonte primária de apoio aos usuários e chave para a efetividade do cuidado fornecido pela rede formal de serviços, porém o âmbito familiar foi apontado também como fonte de tensões, podendo ocorrer rupturas e distanciamentos, resultando inclusive em abandono e exclusão social desses indivíduos. Podendo ocorrer processos mais sutis de fragilização do vínculo familiar passando por

momentos de conflitos e também momentos de suporte (Krieck; Montanher; Leal, 2013; Rocha; Paula; Castro, 2021; Salles; Barros, 2013; Salles; Barros, Santos, 2019; Siqueira et al., 2018).

Neste sentido, (Prado et al., 2020) observou em seu estudo sobre intervenção em rede e acompanhamento terapêutico de um usuário de CAPS, que embora a rede primária do usuário seja atravessada por conflitos, também existem momentos de apoio, não havendo uma linearidade no âmbito das relações familiares.

(Montanher; Leal, 2013) expõe que as redes sociais são positivas para a experiência "recovery", o qual Duarte (2007) denomina como um processo dinâmico e complexo, que envolve tanto aspectos individuais como também é influenciado pelo contexto de interações sociais. Em outra definição:

O recovery é descrito como um processo profundamente pessoal, único de mudanças de atitudes da pessoa, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. É uma maneira de viver uma vida satisfatória, esperançosa, e contribuindo, mesmo com as limitações causadas pela doença. Recovery envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida de uma pessoa, um crescimento para além dos efeitos catastróficos da doença mental. (Anthony, 1993, p 527).

(Fontes, 2020) em um estudo ancorado em práticas comunitárias de saúde mental de CAPS e o programa saúde da família, ressalta a importância da saúde dialogar com os campos não formais do conhecimento e que desvendar a complexidade do cuidado em saúde mental só pode ser compreendido, a partir do estudo sobre a interconexão entre a rede social e os serviços de saúde mental e que aí reside a grande potência nesta nova perspectiva de cuidado em serviços comunitários de saúde mental.

Outro estudo destaca ainda a importância da intervenção do profissional de saúde no fortalecimento da rede do usuário e no aumento de sua autonomia, visto que evidenciaram que embora a profissional identificada no estudo estivesse trabalhando com o usuário à promoção da autonomia, quando o usuário tem uma atitude neste sentido isso não é bem acolhido em seu âmbito familiar, gerando conflitos que acabaram resultando na reinternação do usuário. Apontando para a necessidade de investimento na disseminação de informação acerca dos preceitos da atenção psicossocial e reforma psiquiátrica em outros âmbitos da sociedade (Prado et al., 2020).

Com isso, Macêdo et al. (2013) sugere que sejam realizadas palestras por profissionais capacitados em saúde mental em outros setores da sociedade, a fim de favorecer a conscientização acerca da “loucura” e romper com barreiras para a reabilitação psicossocial destes usuários. Neste estudo o autor traz importantes contribuições para a política de saúde mental ao identificar a capacidade dos usuários com esquizofrenia de realizar trocas afetivas e sociais com seus familiares, bem como a importância de olhar para as potencialidades e promover a ampliação da sua rede social.

Segundo o estudo de (Karanci et al., 2017) sobre a perspectiva de pessoas turcas com diagnóstico de esquizofrenia sobre o que consideram importante quanto se trata do apoio que recebem, consideraram importante serem recíprocos em suas relações e demonstram o anseio em poder contribuir e se sentir útil nos seus espaços de convivência social.

Neste sentido, SALLES (2013) refere que pertencer a uma rede social, onde se pode contar com o apoio de alguém e também poder oferecer ajuda de maneira recíproca é um dos aspectos que define a inclusão social.

Fontes (2014) por sua vez se refere às redes sociais através das comunidades online de pessoas ligadas ao que designou círculo social de transtorno mental, como importantes instrumentos para a criação de apoio social e disseminação de práticas e informações sobre cuidado, além de ser uma ferramenta para pessoas que vivenciam o isolamento social e estigmatização, podendo criar laços sociais, porém, afirma que esses vínculos virtuais são geralmente mais fracos e não substituem os vínculos territoriais.

(Siqueira et al., 2018) se refere a rede social formal e informal através do novo paradigma psicossocial, distinguindo no âmbito formal: os profissionais de saúde mental e serviços públicos e no âmbito informal: a família, amigos, vizinhos e comunidade. Destaca ser fundamental o suporte da rede informal para a efetividade do cuidado a pessoa em sofrimento psíquico no âmbito formal. Outro aspecto identificado como importante é a comunicação entre os membros da rede social da pessoa com transtorno mental com vistas à integralidade do cuidado.

(Argiles et al., 2013) aponta importantes caminhos através das vivências de moradores em um Serviço residencial terapêutico -SRT, o qual se apresenta como um dispositivo da RAPS inserido no contexto da cidade, como alternativa aqueles usuários que tiveram os laços familiares fragilizados e/ou rompidos, ou mesmo a

família não teve condições para fornecer o cuidado. Observou melhora na relação familiar quando não estão mais sob seus cuidados diretos da família, no entanto a família segue aparecendo de acordo com os relatos como importante para o seu processo de reinserção social, como fonte primária de sociabilidade e identificação desses indivíduos.

(Salles; Barros, 2013) demonstra a importância da rede social, através da família, dos serviços de saúde mental na ampliação da rede social dos usuários, na elaboração de projetos terapêuticos alinhados à necessidade peculiar de cada indivíduo, com vistas a sua reabilitação psicossocial. Foi identificado ainda que mesmo aqueles usuários inseridos em seu meio familiar, podem enfrentar barreiras atitudinais que acabam sendo um obstáculo ao seu cuidado.

Logo, (Silveira et al., 2013) em um estudo sobre a rede social de usuários do CAPS, expõe a existência de conflitos no âmbito familiar e comunitário como algo inerente às relações sociais, porém, que necessitam ser mediados pelos profissionais de saúde mental para evitar situações de risco, sendo o CAPS indispensável para ampliar as relações sociais dos usuários no seu território, não sendo factível pensar a reabilitação psicossocial, sem que se considere tal desafio.

Neste sentido é preciso reconhecer que o âmbito das relações familiares pode ser ambíguo e estar permeado por conflitos, os quais são intrínsecos a todas as relações sociais, podendo estar sujeitas a maiores tensionamentos as relações de maior proximidade e que isso faz parte do processo de sociabilidade, porém, é necessário levar em conta a especificidade desse público em particular, no que concerne a necessidade de cuidados específicos e vulnerabilidade devido ao sofrimento psíquico prolongado, deixando-os sujeitos a maior risco de violação de direitos.

As autoras Salles e Barros (2013) ressaltam o papel essencial do CAPS e de outros serviços da RAPS na articulação do projeto terapêutico singular dos usuários, visando combater o preconceito, o estigma e as concepções arraigadas na sociedade que consideram as pessoas em sofrimento psíquico como perigosas e incapazes. Isso envolve a transformação dessas visões preconceituosas em uma abordagem inclusiva, promovendo conscientização em diversos setores da sociedade para integrar essas pessoas em contextos sociais mais amplos além do ambiente familiar. Essa abordagem visa acabar com o isolamento social e criar condições para a efetiva consolidação da reforma psiquiátrica.

Em um estudo que investiga as potencialidades e limitações do modelo brasileiro de atendimento para promover a inclusão social de pessoas com transtornos mentais, Salles, Barros e Matsukura (2016) levantam reflexões importantes sobre a promoção da reabilitação psicossocial e inclusão social dos usuários para além do CAPS. Muitos usuários têm no CAPS uma das poucas opções de convívio social, o que é apontado como uma limitação do serviço na capacidade de promover a inclusão social fora dos seus muros. Apesar disso, o início do tratamento no CAPS é visto pelos usuários como uma quebra do ciclo de exclusão social e o início da inclusão. O CAPS é reconhecido como um espaço de acolhimento e validação, mas os autores alertam para o risco de se tornar um ambiente de inclusão marginalizada, não promovendo formas mais amplas de inclusão social.

Este grupo encontra-se concentrado e "protegido" dentro desses serviços, afastado da discriminação e do estigma presentes em outros setores sociais. No entanto, eles permanecem excluídos do convívio social e distantes da oportunidade de construir uma vida com liberdade, autonomia e significado social. Os autores até mesmo descrevem o CAPS como um "gueto" de saúde mental (Salles, Barros, Matsukura, 2016).

Posto isso, Saraceno (2001), elucida através que a palavra "entretenimento" pode ser usada para significar "para manter dentro de casa", entreter para manter dentro, seja dentro da internação ou dentro da psiquiatria, que em vez de produzir saúde, produz doença.

Outro fator que se deve levar em conta nos serviços comunitários é o contexto territorial. No estudo de Almeida e Arruda (2019) denominado "as fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em saúde mental", através da observação de um serviço de CAPS III, se evidenciou no cotidiano do serviço atravessamentos nas intervenções, as quais constantemente se vê em meio aos tensionamentos do território, tendo que apresentar respostas que necessitam acompanhar o movimento da realidade concreta desses indivíduos, permeada muitas vezes pela violência estrutural, tráfico e extrema vulnerabilidade social.

Os autores também apontam que o retorno a práticas manicomiais dificulta o acesso dos usuários aos direitos de cidadania, desafiando os profissionais a buscar soluções práticas para os desafios enfrentados pelos usuários em suas interações com o mundo (Almeida; Arruda, 2019).

Portanto, a análise dos estudos traz a premência de considerar a rede social e promover vínculos dos usuários com seu entorno ao implementar ações em saúde mental, assim como no planejamento e articulação do cuidado nessa área. A intervenção territorial, ao focar na rede social, favorece a reconstrução da autonomia do usuário e sua integração à vida familiar e comunitária.

A ampliação da rede social para além do núcleo familiar é um fator fundamental na movimentação da tríade reabilitatória rumo a uma sociedade antimanicomial e democrática, impulsionando a liberdade preconizada pela reforma psiquiátrica. Essa expansão da rede social envolve o fortalecimento dos vínculos comunitários e a inserção dos usuários em diversos contextos sociais, contribuindo para a reconstrução da autonomia e para a integração plena na vida familiar e comunitária. (Siqueira et al., 2018; Prado, et al., 2020; Amadei GN, et al., 2023; Montanher MK, Leal EM, 2013; Salles, M. M.; Barros, S, 2013; Argiles CTL et al, 2013; Macêdo et al., 2013; Salles M, Barros S, 2013; Ferreira et al., 2014; Carvalho M, Franco T, 2014).

Sendo necessário romper com as representações sociais acerca da doença mental associadas ao estigma para assim consolidar a sua inclusão social. Neste sentido, Salles e Barros (2013) ao se referir aos processos de exclusão e inclusão social, relatam que esses processos ocorrem no dia a dia dos usuários na forma que as suas relações sociais se desenvolvem, apontam ainda a necessidade de realizar campanhas para combater o preconceito contra as pessoas com transtorno mental.

A partir desta breve revisão foi possível observar através da literatura uma lacuna existente no cuidado sob o novo paradigma de atenção psicossocial em serviços substitutivos ao modelo manicomial, no que se refere ao cuidado aberto e territorial. Precisando considerar os desafios contínuos que se apresentam no cuidado em saúde mental, devido à complexidade do cuidado, visto a necessidade de integração do cuidado entre vários atores sociais envolvidos na tarefa do cuidado em "liberdade".

Por fim, o cuidado em 'liberdade' demanda garantias mínimas de segurança, incluindo o acesso a direitos de seguridade social. Sem essas garantias, os usuários e suas famílias se tornam ainda mais vulneráveis. É essencial considerar condições básicas de sobrevivência, como alimentação, moradia, vestuário, transporte até o serviço e acesso à medicação. Muitos usuários dependem da assistência de familiares para realizar essas tarefas fundamentais, o que impacta o núcleo familiar

como um todo. Quando alguém precisa assumir esse papel de cuidador, isso implica em dedicar tempo a essas atividades, afetando as condições socioeconômicas da família. Neste sentido, (Rocha, Paula e Castro (2021) evidenciam em seus achados a importância da realização de mais estudos acerca do papel da família dos usuários na atenção psicossocial.

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA ACERCA DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA

A rede social significativa vem ao encontro da perspectiva de atenção psicossocial ao abranger o cuidado dos indivíduos com desafios relacionados à saúde mental em seu território. Segundo Sluzki (1997, p. 41-42), a rede social se caracteriza como “a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. Além disso, uma rede social robusta favorece o próprio reconhecimento como indivíduo, sendo essencial para a configuração da identidade, bem-estar e sentimento de pertencimento, além de contribuir para melhores hábitos de saúde e no enfrentamento de situações de crise.

Quanto à expressão “rede social” foi denominada por antropólogos britânicos para descrever estruturas sociais de amplitude e grau de intimidade comparáveis às das famílias e também de relações para além do parentesco (Speck e Attneave 1973). O primeiro a empregá-la e melhor defini-la teria sido John Barnes em 1954:

Cada pessoa está, por assim dizer, em contato com certo número de pessoas, algumas das quais estão em contato direto entre si e outras não (...). Creio ser conveniente denominar de rede a um campo social deste tipo. A imagem que tenho é a de uma rede de pontos dos quais alguns estão unidos por segmentos de retas. As pessoas ou às vezes os grupos seriam pontos desta imagem e os segmentos de reta indicariam que interactuam entre si (BARNES 1954 apud SPECK, ATTNEAVE, 1973, P 19.)

Partindo de Landim et al (2010), a rede social significativa pode ser caracterizada por um sistema “nós” representados por sujeitos e/ou instituições, e conexões que são as interações entre estes, para descrever um conjunto complexo de relações entre os membros dos sistemas sociais.

Speck (1987) define a rede social como um grupo de pessoas da família, vizinhos, amigos e outras pessoas capazes de oferecer apoio tanto concretos como duradouros para um indivíduo ou família. Ou seja, seria como anteparo para um

núcleo familiar servindo para amortecer os impactos sociais. É o que permanece do aspecto tribal das sociedades primitivas.

De acordo com Dabas (1993) a rede social é um processo de:

... construção permanente tanto individual como coletivo. Nessa perspectiva diríamos que é um sistema aberto, que, através de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem. Cada membro de uma família, de um grupo ou de uma instituição se enriquece através das múltiplas relações que cada um desenvolve (p. 21).

3.3 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E FUNÇÕES DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA

Para Sluzki (1997), a rede social apresenta as seguintes variáveis: tamanho da rede, frequência dos contatos, papéis sociais desempenhados, satisfação e procedência do suporte: família, amigos, vizinhos, instituição religiosa, comunidade, serviços públicos, entre outros. Sendo registrada em forma de mapa mínimo, o qual inclui todos os indivíduos com quem interage uma determinada pessoa, sendo estruturado em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou de estudos e relações comunitárias e de serviços públicos.

Para pensar a rede social no âmbito da saúde mental (Varella et al, 2006) enfatiza acerca da necessidade de estabelecer pontos de rede que promovam maior autonomia, reorganização cotidiana, bem como a inclusão da pessoa com transtorno mental nos diversos grupos sociais, bem como, observar na execução da política de saúde mental a:

organização de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é acompanhar as pessoas, ajudando-as a construir autonomia e independência: arrumar-se, preparar alimentos, ler jornais, ouvir rádio e ver televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, falar com as pessoas na rua, ir à igreja ou jogar futebol. (AMARANTE, 2007, p. 88).

Moré e Crepaldi (2012) caracterizam as redes sociais como um dos principais recursos que um sujeito dispõe no que se refere ao apoio recebido e percebido, havendo associação entre desenvolvimento humano saudável e qualidade das redes sociais que um sujeito possui. Sendo a qualidade das relações associada com a história, intensidade, frequência e mutualidade dos vínculos estabelecidos e interligados em um processo sistêmico.

De acordo com Sluzki a rede social observam características estruturais contendo os seguintes aspectos: tamanho, densidade, composição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade, que se relaciona a quantidade de pessoas que constituem a rede, sendo as redes entre oito a dez membros as mais efetivas, pois redes muito pequenas tendem a sobrecarregar os membros em momentos de crise e as redes muito grandes tendem a ser menos efetivas porque os membros acreditam que já tem alguém auxiliando o indivíduo quando necessita.

Quanto a densidade da rede social, seria de acordo com (Sluzki, 1997) a capacidade de cotejamento de impressões sobre o indivíduo alvo do cuidado e a capacidade de articulação e apoio mútuo entre os membros da rede, o que favorecendo àquele membro encarregado dos principais cuidados, diminuindo a sua sobrecarga e promovendo maior eficácia e potencialização do cuidado.

No que tange às funções dos vínculos estabelecidos na rede pessoal significativa Sluzki destaca: a companhia social: que indica a realização de atividades em conjunto ou estar junto; de apoio emocional: que envolve trocas que incluem empatia, estímulo e compreensão; de guia cognitivo e de conselho: que proporciona informações e modelos de referência; de regulação social: que evoca responsabilidades, neutralizando desvios de comportamento e fornecimento de auxílio financeiro ou de serviços especializados, como é o caso das políticas públicas, como a de saúde, que pode favorecer o acesso a novos contatos: o que possibilita o estabelecimento de novas relações sociais.

No que se refere aos atributos de cada vínculo, Sluzki os distingue da seguinte maneira: função predominante, a qual indica o predomínio de um ou mais vínculos em relação aos demais; multidimensionalidade relaciona-se à versatilidade no desempenho dos papéis e funções (conselhos e apoio emocional, por exemplo); reciprocidade quando há o desempenho mútuo das funções, ou seja, quando você desempenha funções compatíveis a que essa pessoa desempenha pra você; intensidade da relação que pode ser entendida como o grau de intimidade existente na relação; frequência dos contatos: quantas vezes acontecem e o modo como ocorrem os contatos, atentando para as peculiaridades da distância que podem exigir cuidado quanto à subsistência do vínculo e história da relação o tempo e experiências que o vínculo proporcionou.

Quadro 1: características estruturais e funções da rede social significativa.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA REDE
Tamanho: corresponde ao número de pessoas que compõem a rede, sendo mais efetivas as redes com tamanho médio (entre 8 a 10 pessoas).
Densidade: é a qualidade das relações entre os membros e a influência que isso exerce sobre o sujeito.
Composição/ Distribuição: proporcionalidade na distribuição das pessoas nos quadrantes e círculos do mapa (quanto mais distribuição, e menos centralização, maior a possibilidade de apoio e contatos).
Dispersão: compreende o quanto os membros estão distanciados geograficamente e o impacto que pode gerar nas relações e na velocidade do apoio em momentos de maiores necessidades ou crises.
Homogeneidade/heterogeneidade: marcadores de diferenças e/ou semelhanças entre os membros da rede – o que pode trazer vantagens ou tensionamentos nas relações.
Atributos de vínculos específicos: diz respeito à intensidade e durabilidade e compromisso na relação.
FUNÇÕES DA REDE
Companhia social: realizar atividades juntamente ou somente estar próximo em determinadas situações.
Apoio emocional: trocas que emanam compreensão, empatia, apoio e incentivo, geralmente interações de maior intimidade.
Guia cognitivos e conselhos: destinada ao compartilhamento de informações e conselhos.
Regulação social: intenta reiterar responsabilidades e deveres, bem como o controle das ações/leis.
Ajuda material, de serviços e acesso a novos contatos: auxílio material, de conhecimentos com profissionais especialistas em determinado assunto, serviços de saúde, estabelecimento de relações com novas pessoas ou redes

Fonte: Adaptado de Sluzki (1997) pela autora do presente projeto.

O quadro acima auxilia na investigação das redes sociais significativas, podendo considerar diversas características estruturais e funções. O tamanho da rede, definido pelo número de membros, pode ser classificado como pequeno, médio ou grande e seu impacto no bem-estar e suporte percebido pelos indivíduos deve ser avaliado.

A composição e a distribuição das relações dentro da rede também são cruciais. Redes bem distribuídas, com membros de diferentes áreas da vida, oferecem maior suporte social. A distância geográfica ou afetiva dos membros é outro fator relevante; redes com membros distantes geograficamente podem ter um tempo de resposta maior em momentos de crise, o que afeta a eficácia do suporte.

Os atributos específicos dos vínculos, como intensidade e compromisso nas relações, são essenciais para o suporte social. Medir esses atributos pode revelar sua influência na qualidade do suporte emocional, companhia social e ajuda material recebidos pelos indivíduos.

Além dessas características estruturais, as redes sociais podem desempenhar várias funções. A companhia social, que envolve realizar atividades conjuntas ou simplesmente estar próximo, está associada à satisfação com a vida e ao bem-estar. O apoio emocional, que inclui trocas de compreensão, empatia e incentivo, é fundamental para reduzir o estresse e a ansiedade.

Na função guias cognitivos e conselhos, obtidos através da rede, podem auxiliar na tomada de decisões e no crescimento pessoal. A regulação social, que envolve a reiteração de responsabilidades. A ajuda material, serviços e acesso a novos contatos proporcionados pela rede são vitais para melhorar a qualidade de vida e melhorar a autonomia. Identificar essas características permitirá uma compreensão abrangente das dinâmicas das redes sociais significativas e seu impacto na vida dos indivíduos.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS INTERVENIENTES NA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA

Para iniciar a discussão acerca dos fatores intervenientes, Bauman (2004) salienta que a partir de 1920 se inaugurou uma nova era mundial, passando da

sociedade de produção para a sociedade de consumo, refletindo diretamente nas relações sociais, as quais acabam por se tornar efêmeras e descartáveis, assim como os bens de consumo. Enfraquecendo e diluindo os laços sociais, resultando em situações de isolamento social, depressão e exclusão social. O sociólogo denominou este processo de Modernidade Líquida.

Dimenstein (2007) ressalta que o investimento das políticas públicas na família não é recente. Desde o século XIX, o Estado tem direcionado seus esforços no sentido de ter a família como aliada e multiplicadora de seus princípios visando à produção de um ordenamento social, tendo a família, lugar central no campo da política pública de saúde, desonerando assim o estado.

Todavia, Gutierrez e Minayo (2010, p.1498) trazem a concepção de Estado mínimo, desenvolvido a partir das proposições neoliberais, as quais, “tendem a devolver à família e aos indivíduos a responsabilização pela educação, pela saúde e pela segurança”, resultando na desresponsabilização e desmobilização das políticas públicas, as quais tendem a se apresentar de forma fragmentada e paliativa.

Gergên (1992), por sua vez expõe que o mundo ocidental, em seu esforço para manter o *status quo*, ignorou as diferenças e particularidades das populações e culturas locais e impôs concepções privilegiadas ou culturalmente dominantes para regular as interações e a vida das pessoas.

Estando essas alianças pautadas em perspectivas etnocêntricas e normativas acerca dos modelos familiares, do seu funcionamento, da sua dinâmica social e psicológica, bem como dos modos como cuidam uns dos outros. Seus saberes e práticas foram desconsiderados, tornando-os meros consumidores de prescrições calcadas no modelo biomédico e coadjuvantes dos mais diversos especialistas, o que remonta ao conceito de “psiquiatrização do social”:

Fenômeno histórico referente ao deslocamento de significativos problemas de ordem política, ética, social e existencial para uma questão de ordem médico psiquiátrica, traduzida em termos de sanidade/insanidade, instalada no indivíduo. Na base desse deslocamento está a manutenção da ética e da ordem econômica dominantes, já que tudo que escapa se torna passível de psiquiatrização (Leone, 2000, p. 122).

Desta forma, Sluzki (1997) compara os sistemas de redes com sistemas de narrativas, ambos sujeitos aos processos macro sociais. Torna-se essencial considerar uma visão "macro" que inclua variáveis históricas, culturais,

socioeconômicas e políticas, as quais afetam e moldam as configurações das redes sociais dos indivíduos.

Cabe destacar que os fatores de risco e de proteção podem ser pessoais ou ambientais, podendo estar associados ao funcionamento individual da pessoa ou à cultura de uma nação. Alguns exemplos de fatores de risco para a saúde mental podem ser: habilidades sociais incipientes, modo de enfrentamento negativo, baixa autoestima, baixa autoeficácia, negligência e maus-tratos parentais, exposição à miséria e violência na comunidade (Eriksson, Cater, Andershed e Andershed, 2010). Neste sentido:

Os princípios da reforma psiquiátrica remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimentos psíquico, pois as condições de vida de muitos desses sujeitos evidenciam todas as contradições que o modelo de reforma introduz, considerando a realidade sócio-histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros e das grades dos manicômios, encontram-se amarrados às estruturas sociais difíceis de serem quebradas. Estruturas estas decorrentes da realidade histórico-social das famílias, da comunidade, dos serviços públicos, da sociedade estabelecida e regente de todas as relações que se estabelecem entre as pessoas. (Rabelo, Tavares e Faria, 2009, p. 94).

Neste sentido, se pretende analisar os aspectos intervenientes a reabilitação psicossocial presentes na rede social significativa da pessoa com transtorno mental, a qual tanto pode possibilitar uma melhor organização da própria identidade, de sentir-se pertencente e validado, como também pode reafirmar o estigma, isolamento social, inclusive se lhes impondo barreiras à inclusão social (Sluzki, 1997).

As autoras Mângia e Muramoto (2007) afirmam que indivíduos que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes tendem a ter um melhor resultado no tratamento em áreas clínicas, laborais e sociais quando estão envolvidos em redes de apoio e troca fortes. Compreender como as pessoas se inserem nos diferentes aspectos de suas vidas e como interagem em suas relações é crucial, pois permite identificar fatores que podem proteger ou representar riscos. Um mesmo contexto social pode gerar processos positivos de inclusão e promoção da saúde, ou processos negativos que podem levar à exclusão ou ao abandono, dependendo das relações vivenciadas pela pessoa.

Os serviços de saúde mental devem estar atentos a essas configurações variáveis e influentes para pensar a perspectiva da reabilitação psicossocial, trabalhando com foco no poder de contratualidade, conforme (Saraceno, 1996). O

poder de contratualidade seria a capacidade do indivíduo de realizar suas trocas afetivas e materiais no seu meio social com autonomia.

Neste sentido, (Dimenstein et al, 2007) refere que o intuito é fortalecer a capacidade dos indivíduos com transtornos mentais de estabelecer laços sociais, participar ativamente da vida cotidiana e integrar-se em diferentes espaços sociais. A perspectiva de isolamento social associada ao paradigma manicomial é rejeitada ao valorizar e restabelecer a vida cotidiana e os vínculos sociais, definindo assim a Estratégia da Atenção Psicossocial como essencialmente territorial.

Além disso, cabe observar que as relações sociais são realizadas a partir de um valor atribuído para cada indivíduo dentro do campo social. Sendo essa uma pré-condição para qualquer processo de interação, esse valor pressuposto é o que daria ao indivíduo o poder contratual. No caso particular da pessoa com sofrimento psíquico, associa-se simultaneamente a negatividade, devido à ótica manicomial, anulando por assim dizer seu poder de contrato, limitando a sua autonomia e se tornando uma barreira a sua reabilitação psicossocial (Pitta, 2016).

Além disso, Pitta (2016) adverte para o prejuízo da pessoa com transtorno mental na participação social efetiva, sendo necessário restituir o seu poder contratual, através da promoção de ações que visem aumentar sua autonomia, iniciando pela relação que se estabelece com próprios profissionais que o atendem, na qual podem usar de seu poder contratual para aumentar o poder contratual do usuário e sua família, entendendo esse processo como de reabilitação.

Neste sentido, se torna mister que os serviços de saúde mental assistam os usuários não apenas nos sintomas, como também no contexto social de moradia, trabalho, educação, lazer, rede familiar, de amigos e vizinhos (Bates, Col., 2002).

As mudanças que vêm se processando no campo da saúde mental indicam uma perspectiva diferente em relação ao lugar da família, que vem sendo chamada a atuar como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros (Bielemann et al., 2009; Camatta; Schneider, 2009; Borba; Schwartz; Kantorski, 2008; Colvero; Ide; Rolim, 2004).

Neste sentido, o cuidado nesta nova perspectiva agora está atrelado ao território e suas relações sociais se tornam fundamentais para a busca e a adesão ao tratamento. Deste modo, a rede social significativa, pode afetar a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelerando os processos de cuidado e aumentando a qualidade de vida dos usuários. (Sluzki, 1997).

Sluzki (1997), aponta que a presença de uma doença grave tende a esgotar os membros da rede social, afastando-os do convívio. Assim é importante considerar incluir a família na assistência em saúde mental não apenas como co-responsável no cuidado, mas também como alvo de apoio e cuidado, para evitar a fragilização e/ou rompimento dos vínculos tão vital para a continuidade do cuidado. Compete atentar para o fato de que o cuidado pode gerar uma sobrecarga, sobretudo quando a rede social é reduzida e o cuidado recai sobre uma pessoa apenas, e que acaba por gerar um impacto não apenas econômico, como também emocional e social, afetando tanto a pessoa com transtorno mental quanto o seu núcleo familiar, que pode ficar fragilizado como um todo (Mihalopoulos, Vos, Pirkis, & Carter, 2011).

Portanto, acerca dos fatores intervenientes, compete a este estudo compreender a rede social significativa no processo de reabilitação psicossocial da pessoa usuária do CAPS II, identificando aspectos que a configuram enquanto protetivos, identificando também fatores de risco para o cuidado em saúde mental. Logo, se a rede social pode ser tida como protetiva quando atua no reconhecimento da pessoa em dificuldade de saúde mental enquanto sujeito, se contribui na construção da sua identidade, no sentimento de bem estar, pertencimento e autonomia (Sluzki, 2003).

Neste sentido, as relações sociais contribuem para dar sentido à vida de seus membros, favorecendo a organização da própria identidade através do olhar e validação do outro. Derivando da experiência de que existimos para alguém, servimos para alguma coisa, o que estimula a manter práticas de cuidados de saúde e, em última instância, continuar vivendo (Sluzki, 2003 p.76).

Favorecendo a inclusão social da pessoa com transtorno mental em campos de sociabilidade mais amplos tanto para reconstrução de seu cotidiano, como no apoio recebido por atores não inscritos no campo médico, saindo do escopo medicamentoso exclusivo e incluindo o sujeito como protagonista do seu próprio tratamento, incluindo o âmbito familiar e comunitário como lócus da clínica ampliada, onde se localizam os agentes fundamentais desta nova lógica de intervenção, movendo esforços para a superação da ótica manicomial (Nunes, 2008)

Entretanto, cabe frisar, que a presença da doença pode gerar um efeito aversivo, gerando posturas evitativas em relação a este sujeito, podendo inclusive diminuir a oportunidade de contatos sociais, devido aos agravos de saúde mental,

com a perda da capacidade produtiva, provocando fatores de risco para estes indivíduos e suas famílias Sluzki (1997, p. 77).

Existem evidências da correlação direta entre a rede social e a saúde mental dos indivíduos conforme estudo social clássico de Durkheim, evidenciou que “o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte, da sociedade religiosa, doméstica e política” (Durkheim, 1973, p.233).

Dito isso, a pessoa com sofrimento psíquico grave pode enfrentar grandes obstáculos para a sua inserção social, devido ao estigma que perpassa suas vivências, afetando a própria identidade, como é visto e tratado a partir da definição de um diagnóstico de transtorno mental e o quanto isso pode afetar a sua qualidade de vida, bem como, adesão ao tratamento, posto que pode impactar negativamente sua rede social e com isso favorecer o seu isolamento social agravando os fatores de risco, conforme o autor expõe a seguir:

“Os comportamentos de cuidados que a presença de uma doença crônica gera tendem a esgotar os membros da rede social, ‘queima-os’, numa proporção inversa ao peso da dívida de lealdade, da história em comum e dos valores éticos dos participantes, podendo afetar não só os cuidadores, mas os profissionais que participam desses cuidados” (Sluzki, 1997, p. 77-78).

O estigma e a discriminação resultam também em serviços de saúde mental mais desestruturados e menos organizados do que noutras áreas de saúde, e na própria desvalorização dos profissionais envolvidos na saúde mental (Abbey et al., 2011).

Cabe frisar a influência das percepções e conteúdos socialmente compartilhados acerca dos transtornos mentais se refletem em barreiras à inclusão social, compreendendo a inclusão social como mecanismos que aumentem e/ou viabilizem o acesso aos direitos sociais e oportunidades em igualdade de condições, bem como reduzem o impacto das debilidades na melhoria de desempenho dos papéis sociais, atingindo os pressupostos da reabilitação psicossocial conforme (Sayce, 2001).

4. MÉTODO

A pesquisa foi realizada através do método qualitativo de cunho exploratório sobre as redes sociais de pessoas com transtorno mental grave e persistente usuárias do CAPS II. Esta pesquisa pretende incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2013). Flick (2008) aponta a pesquisa qualitativa como método relevante ao estudo das relações sociais, tendo em vista a possibilidade de abarcar-se a pluralidade das esferas da vida.

Fraser (2004) refere que a entrevista na pesquisa qualitativa privilegia a fala dos atores sociais, permitindo ao pesquisador “atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio do discurso” (p. 140). A autora ainda ilustra que as entrevistas são apropriadas para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem seu contexto, estabelecem opiniões, crenças, valores e significados endereçados a si próprias, a suas histórias e à sua relação com os outros e com o mundo.

Dentre as diferentes técnicas de entrevista, elegemos a entrevista semiestruturada para compor nosso percurso metodológico.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial no município de São José na grande Florianópolis, serviço de saúde mental vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, sendo um dispositivo essencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS II trabalha na modalidade porta aberta, podendo o

usuário ser encaminhado de qualquer ponto da rede para atendimento, inclusive acessando o serviço por demanda espontânea.

Atualmente, o serviço conta com 587 usuários ativos em acompanhamento multiprofissional de saúde mental. A equipe é constituída por: duas assistentes sociais, duas enfermeiras, duas médicas clínicas, um médico psiquiatra, duas psicólogas, quatro técnicos em enfermagem, um terapeuta ocupacional, uma farmacêutica, uma agente administrativa, uma atendente, uma auxiliar de serviços gerais e três vigilantes.

O serviço oferece diferentes ações, sendo vinte e cinco grupos terapêuticos semanais organizados em abordagens de conversação, exercícios físicos, jogos, artesanato e/ou práticas manuais, CINECAPS mensal, grupo mensal para familiares e rede de apoio, assembleia bimestral para usuários, familiares e/ou rede de apoio, atividades externas na comunidade, atividades festivas internas para confraternizações e aniversariantes mensais, acolhimento inicial e diurno, atendimentos individuais por todos membros da equipe multidisciplinar, atendimentos em situações de crise, visitas domiciliares individuais ou conjuntas com redes intersetoriais e intrasetoriais, articulação de redes (podendo ocorrer com atenção primária à saúde, secretaria de assistência social, secretaria de esportes, secretaria de cultura e turismo, secretaria de meio ambiente, ministério público, centro de atendimento socioeducativo e outros), matriciamentos com atenção básica, componente hospitalar ou rede de urgência e emergência,.

Minayo (2004) demonstra que a relação do pesquisador com os sujeitos a serem estudados é de suma importância. Tendo em vista que a pesquisadora em questão também é parte da equipe multiprofissional do CAPS II, algumas pontuações são importantes para o delineamento metodológico. Essa perspectiva demonstra que a pesquisa qualitativa não é imparcial, pois o pesquisador assume um papel ativo na construção conjunta da realidade que está sendo estudada. Sendo o fato de a pesquisadora estar frequentemente no local de tratamento da pessoa com transtorno grave e persistente que irá participar da pesquisa traz o desafio de manter a atenção constante em suas possíveis interferências subjetivas ao longo da coleta de dados, bem como no momento posterior de análise dos dados e interpretação dos resultados.

Além disso, Minayo (2004) atenta para um cuidado mais incisivo ao processo de pesquisa quando o pesquisador possuir familiaridade àquilo que pesquisa, a fim

de não presumir que os resultados estarão prontos à primeira vista, tampouco chegar a conclusões precipitadas e superficiais.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram os usuários assistidos pelo serviço, com diagnóstico de transtorno mental, sem prejuízos cognitivos que inviabilizassem a participação na entrevista, maiores de 18 anos, que vêm frequentando regularmente as atividades propostas em seu tratamento de saúde mental no CAPS II. A escolha dos potenciais participantes da pesquisa contou com o auxílio da equipe, tendo em vista que cada técnico poderia indicar à pesquisadora aqueles usuários que apresentam questões relacionadas à temática da pesquisa.

A quantidade de participantes para este estudo foi composta de acordo com o conceito de “saturação teórica” (GUEST et al 2006). Fontanella et al (2008) e Duarte (2002) apontam que a amostragem por saturação é comumente utilizada em diversas áreas da saúde e que os critérios de seleção e a quantidade dos participantes devem responder juntos aos questionamentos lançados nos objetivos da pesquisa, sendo avaliados de maneira crítica pelo pesquisador.

Gaskel (2014) ilustra que as primeiras entrevistas são permeadas de surpresas, porém, à medida que o pesquisador avança começa a perceber similaridade nas narrativas, o que permite maior confiança para a compreensão do fenômeno, levando o pesquisador progressivamente a perceber que não haverá mais surpresas, sendo a sugestão do autor para entrevistas individuais entre 15 a 20 entrevistas. Foram pré-agendadas 19 entrevistas, sendo selecionadas 15 entrevistas, tendo em vista incompatibilidade de agenda nos dias disponíveis para pesquisa no campo, assim como critérios de exclusão no que se refere à curatela.

Foram utilizados nomes fictícios para garantir o anonimato dos participantes. As informações sociodemográficas dos participantes estão descritas de forma coletiva nos resultados e discussão.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

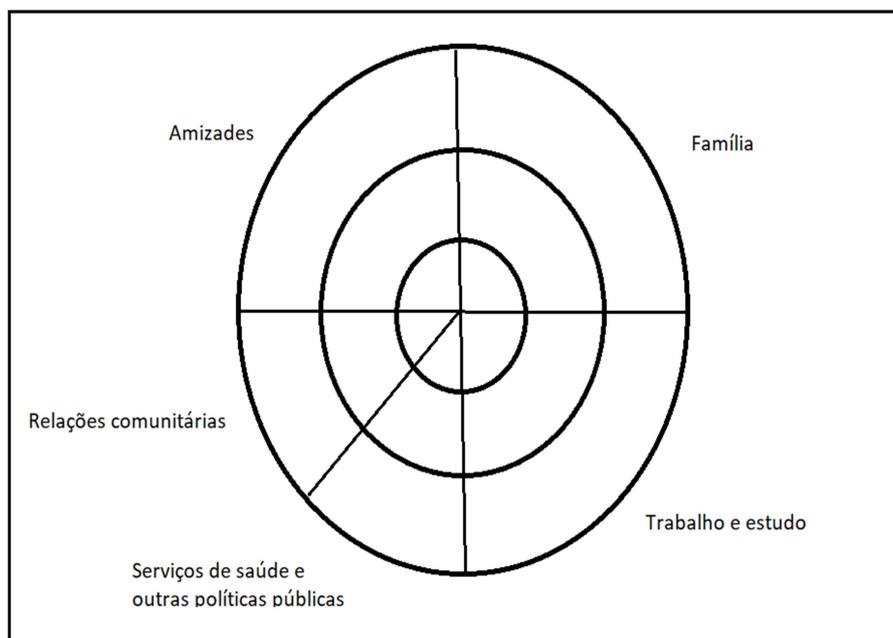
Foram selecionados para a pesquisa os usuários que estivessem com seus Projetos terapêuticos ativos, participando em atividade de grupo no CAPS II, bem como, estivessem aptos para responder a entrevista e discurso organizado.

Não foram elegíveis para a pesquisa os usuários curatelados e/ou com incapacidade civil, com prejuízos cognitivos que inviabilizasse a sua participação, em situação de crise, ou que não estivessem com Projeto Terapêutico ativo no serviço.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da entrevista semiestruturada entre os meses de setembro e outubro de 2023. Foi elaborado e utilizado um roteiro dividido em duas partes: a primeira com perguntas para levantar informações sociodemográficas dos participantes e a segunda com perguntas elaboradas pelos autores e fundamentadas no referencial teórico, precedido do preenchimento do diagrama do mapa de redes sociais de Sluzki.

O mapa de rede é um instrumento para facilitar a visualização e compreensão com maior profundidade da rede social significativa, foi utilizado o mapa de rede social proposto por Sluzki (1997), composto por quatro quadrantes com todas as pessoas com as quais um indivíduo mantém relação social, sendo o círculo do meio representando as relações mais íntimas e na medida que estas relações estão mais periféricas no mapa, representam menor grau de proximidade. Ali estão representados (família, amigos, colegas de trabalho/escola, profissionais da rede de serviços públicos ou pessoas de uma mesma religião), posicionados em círculos



que
des
crev
em
a
prox
imid
ade
da

relação (íntima, de pouco compromisso e/ou ocasional). Assim, faz-se necessário avaliar os aspectos da rede, conforme exposto na figura 2.

Figura 2 Mapa de rede social (Fonte: Sluzki, 1997).

A primeira abordagem ao usuário e o convite para a participação da pesquisa foi feito pela pesquisadora antes ou após os atendimentos de grupo coordenados pela mesma. As entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio CAPS II, às segundas e quintas-feiras. Após o aceite do convite, foi feito o esclarecimento ao usuário acerca dos objetivos do estudo, os procedimentos utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento de qualquer dúvida. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Para a entrevista, foi garantido que o usuário e a pesquisadora estivessem em um ambiente adequado que resguardasse a privacidade necessária e o sigilo das informações. A pesquisadora informou que a entrevista seria gravada e que, em caso de desconforto com a entrevista, o usuário poderia sinalizar o desejo de não seguir com a entrevista.

Ademais, a pesquisadora utilizou um diário de campo para poder anotar suas percepções e informações não verbais adicionais que pudessem contribuir com a produção de dados, posteriormente.

Foi garantido aos participantes que os dados coletados para a pesquisa não iriam compor o prontuário do serviço.

4.5 TRATAMENTO DE DADOS

A análise dos dados coletados foi realizada a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática, sugerida por Bardin (1977), adaptadas ao contexto da presente pesquisa. Esta metodologia foi escolhida por sua capacidade em identificar temas que emergem das narrativas dos participantes, trazendo uma melhor compreensão sobre a rede social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de reabilitação psicossocial a partir do referencial teórico da pesquisadora.

A análise de conteúdo foi realizada em quatro etapas, foram elas: pré-análise, exploração do material, codificação e categorização, e interpretação dos resultados.

1. Pré-análise: Inicialmente, os dados foram organizados e preparados para análise. Isso incluiu a transcrição das entrevistas e a familiarização inicial com o material.

Nesta etapa foram retomados os objetivos específicos e questões de estudo e se desenharam as orientações, as quais a análise deveria seguir.

2. Exploração do material: a seguir, procedemos à leitura minuciosa de todas as transcrições, buscando identificar padrões, repetições e conceitos-chave, foram extraídos dados e informações relevantes para melhor compreensão da rede social dos participantes no contexto da reabilitação psicossocial.

3. Codificação e categorização: Os trechos significativos foram destacados de acordo com os temas e identificados durante a exploração do material. Esta codificação foi realizada de forma sistemática e interativa, com várias revisões para garantir a consistência e a validade dos códigos atribuídos. Posteriormente, os códigos foram agrupados em categorias mais amplas, representativas dos principais temas abordados na pesquisa.

4. Interpretação dos resultados: Por fim, os temas identificados foram interpretados com base nos objetivos da pesquisa e do referencial teórico adotado. Buscando compreender o significado mais profundo desses temas, considerando a sua relevância para a compreensão da rede social dos usuários do CAPS no processo de reabilitação psicossocial. Essa interpretação foi enriquecida pela constante reflexão sobre a convergência entre as diferentes categorias identificadas.

Essas etapas foram essenciais para a análise sistemática e rigorosa dos dados qualitativos coletados, permitindo a identificação de padrões e tendências significativas na rede social dos usuários do CAPS no processo de reabilitação psicossocial.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo, sobre a entrevista que foi realizada, a garantia do sigilo da pesquisadora, sobre o direito de escolha de participarem ou não da pesquisa e que caso aceitassem poderiam, a qualquer momento, desistir. A pesquisa foi realizada mediante concordância livre e espontânea dos mesmos e expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (APÊNDICE 1).

As entrevistas foram gravadas a partir do consentimento dos entrevistados e transcritas para análise posterior. O roteiro que serviu de base para a condução das entrevistas está disponível no APÊNDICE 2.

A apreciação dos aspectos éticos da pesquisa se deu por meio de parecer consubstanciado de deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC, com o número de aprovação do CAAE: 71910123.3.0000.0121, seguindo o que está preconizado na resolução 466/2012 CNS. Além disso, a proposta de pesquisa foi analisada e anuída pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do município de São José, o qual averiguou a relevância e pertinência da pesquisa para o serviço.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias foram definidas com o intuito de compreender como as relações sociais dos usuários influenciam no processo de reabilitação na perspectiva da atenção psicossocial, tanto partindo do conceito de Sluzki (1997) sobre redes sociais significativas, como através de revisão de literatura na busca em base de dados no sentido de identificar os fatores intervenientes presentes nessas relações no processo de reabilitação psicossocial, a qual forneceu a intersecção entre ambas temáticas e uma base sólida para a seleção e aplicação desses conceitos na análise dos dados.

Dito isso, foram levantadas quatro categorias amplas e subcategorias conforme segue: Perfil dos Participantes, contemplando características sociodemográficas, contexto familiar, rotina, hábitos e diagnóstico em saúde mental e comorbidades ; Características estruturais da rede social significativa, no que se refere ao tamanho, composição e distribuição, nesta etapa se utilizou o diagrama de Sluzki como instrumental de apoio para auxiliar na identificação dos integrantes da rede social; Funções da rede social significativa no que tange os atributos dos vínculos, apoio emocional e material, reciprocidade, suporte social de grupo e acesso a novos contatos e/ou serviços através do CAPS. Fatores intervenientes na rede social significativa, onde se destacaram as seguintes subcategorias: fatores de risco e de proteção, mudanças na rede social após o adoecimento psíquico, e apoio que gostariam de receber de sua rede social significativa.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A análise revelou uma diversidade de perfis entre os participantes, no que se refere a variações em idade, com uma faixa etária que abrangia desde jovens adultos até idosos, refletindo a diversidade de experiências de vida dentro do estudo. Além disso, uma variedade de diagnósticos psiquiátricos foi observada entre os participantes, destacando a heterogeneidade do grupo em termos de necessidades e desafios para a saúde mental.

No entanto, apesar dessas diferenças individuais, os participantes apresentaram similaridades marcantes em relação ao contexto familiar e à situação ocupacional. Em geral, a maioria dos participantes compartilhavam a experiência de ter um suporte familiar presente em suas vidas, seja composto por membros da família consanguínea ou a que escolheram.

Além disso, uma característica comum entre os participantes foi a ausência de atividade laboral remunerada e uma rotina diária predominantemente voltada para atividades do lar. Nove participantes estão aposentados, quatro estão afastados por auxílio doença, um recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e um está desempregado.

Podemos inferir que a ausência de participação no mercado de trabalho pode ser resultado do agravamento do transtorno mental e condições de saúde dos usuários, podendo trazer implicações significativas para a autonomia financeira e a autoestima dos participantes, bem como para sua integração social e comunitária.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos entrevistados, oito são mulheres e sete são homens, refletindo uma distribuição equitativa de gênero no estudo e indicando uma diversidade representativa nas experiências relatadas. Quanto à faixa etária, os participantes têm idades variando entre 27 e 67 anos.

Em relação ao estado civil dos participantes, o estudo inclui quatro pessoas casadas, quatro solteiras, cinco divorciadas ou separadas e dois viúvos. O estado civil pode afetar a rede de apoio disponível para lidar com questões de saúde mental ou outras dificuldades. Por outro lado, pessoas divorciadas, separadas ou viúvas podem enfrentar desafios sociais e emocionais diferentes daqueles enfrentados por pessoas solteiras ou casadas. Portanto, compreender o estado civil dos participantes é essencial para desenvolver abordagens de cuidado mais adequadas e sensíveis às necessidades específicas de cada usuário.

Além de considerar o estado civil dos participantes, é relevante notar que a maioria dos entrevistados (doze) reside com familiares próximos, como cônjuge, pai,

mãe ou filhos. Dois usuários vivem sozinhos, enquanto um mora com um amigo. Esses arranjos familiares e de convivência podem influenciar significativamente as interações sociais e o suporte emocional disponível para cada indivíduo, destacando a importância de compreender o contexto doméstico e as dinâmicas familiares ao desenvolver estratégias de cuidado personalizadas e sensíveis às necessidades específicas de cada usuário. Isso sugere um importante indicador de inclusão social através do âmbito familiar, que pode desempenhar um papel significativo no suporte social e no cuidado dos indivíduos com transtornos mentais. A proximidade familiar também pode influenciar a dinâmica de convivência e as relações interpessoais, impactando no bem-estar emocional e social dos entrevistados.

É relevante notar que muitos desses usuários compartilharam que seus familiares enfrentam problemas de saúde, especialmente entre os idosos, o que os coloca, assim como suas famílias, em uma situação de maior vulnerabilidade emocional e socioeconômica, requerendo abordagens de cuidado mais abrangentes e adaptadas às suas circunstâncias individuais.

Ao questionar os usuários acerca da sua rotina diária, responsabilidades, incluindo atividades de lazer, a maioria refere passar os seus dias dentro casa, sendo que muitos relataram auxiliar nos afazeres domésticos quando estão com maior disposição, porém, no geral não mencionaram desenvolver atividades de lazer ou circular por outros espaços da cidade, alguns mencionaram visitar parentes ou amigos próximos às vezes, porém, no geral não costumam circular muito por outros espaços de sociabilidade, ficando mais restritos ao ambiente doméstico e também aos serviços de saúde mental.

O tempo excessivo passado em casa pode acentuar o isolamento social e a falta de integração comunitária dos usuários do CAPS. Ao restringir suas interações a um ambiente doméstico, os usuários enfrentam dificuldades em acessar oportunidades de interação social significativa, o que pode resultar em sentimentos de solidão, alienação e desconexão com o mundo externo, conforme acentua Sluzki (1997).

Além disso, a falta de circulação por outros setores da sociedade além do CAPS e de suas casas pode também reforçar o estigma e a exclusão social enfrentados pelos usuários. Ao limitar suas interações a um ambiente restrito, os usuários podem se sentir segregados socialmente. Isso pode contribuir para uma

percepção negativa de si mesmos e uma sensação de não pertencimento à comunidade mais ampla (Amadei et al. 2023).

Ademais, a limitada interação a outros contextos sociais pode representar um obstáculo para o aprimoramento das habilidades de enfrentamento e adaptação diante de diferentes situações. Isso pode levar os usuários a não se sentirem preparados para enfrentar os desafios do dia a dia além dos ambientes familiares e do CAPS, prejudicando sua capacidade de agir de forma autônoma e se integrar de maneira plena à sociedade.

Dos quinze entrevistados, sete indicaram possuir diagnósticos compatíveis com esquizofrenia, três relataram possuir diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, três mencionaram diagnóstico de depressão. Um participante relatou enfrentar ansiedade e depressão, enquanto outro não soube fornecer informações sobre seu diagnóstico, mas relatou que o que motivou a busca por tratamento em saúde mental foram sintomas psicóticos. Sintomas psicóticos são definidos pelo DSM-5 como: "delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia". (2014, p. 138).

Entre os participantes da pesquisa, houve maior prevalência de diagnóstico de esquizofrenia e menor prevalência de transtorno de ansiedade. Cabe destacar que os usuários em acompanhamento no serviço são caracterizados com transtornos mentais graves e persistentes, como por exemplo, transtornos de humor, transtornos psicóticos e de personalidade. Esses transtornos se destacam por sintomas severos e debilitantes, os quais têm potencial para impactar de forma substancial o desempenho social, ocupacional e pessoal dos afetados, conforme o (DSM-5, 2014).

Foi observada alta incidência de tabagismo e que muitos usuários apresentam também comorbidades, condições de saúde que coexistem com o transtorno mental, essas condições também foram observadas em seus familiares, apontando para a importância de ações integradas e articuladas a estratégia de saúde da família no sentido de atender também às necessidades dos usuários e seu contexto familiar atingindo a integralidade do cuidado como um dos princípios fundamentais do SUS.

Esses achados destacam a necessidade de intervenções abrangentes e integradas no âmbito do CAPS, que troquem uma perspectiva biomédica centrada nos sintomas para uma abordagem psicossocial dos transtornos mentais, levando

em conta também os contextos sociais, familiares e econômicos em que os usuários estão inseridos.

A compreensão desses perfis e suas nuances é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes e centradas na realidade concreta de existência dos usuários, visando promover a recuperação e a reintegração social dos indivíduos atendidos pelo serviço. Visto que o cuidado na ótica da atenção psicossocial ocorre fora dos muros dos serviços, envolvendo a parceria entre profissionais, família e comunidade, no convívio com as pessoas da rede social do usuário (AMADEI et al., 2023).

4.2 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA REDE SOCIAL

A análise das redes sociais revelou que a maioria dos usuários possui redes extensas, com mais de dez membros, identificadas em nove dos quinze entrevistados. Observou-se que muitos dos integrantes dessas redes aparecem de forma mais distante em relação aos usuários no diagrama de Sluzki, apenas alguns membros mais próximos. Dessa forma, mesmo que uma pessoa tenha uma rede social ampla, identificando vários integrantes em sua rede social, os laços de maior compromisso e frequência são frequentemente encontrados dentro do âmbito familiar e do serviço de saúde mental, o CAPS.

A figura 3 apresenta uma síntese das representações apontadas pelos participantes sobre suas respectivas redes sociais significativas, a partir do diagrama proposto por Sluzki (1997).

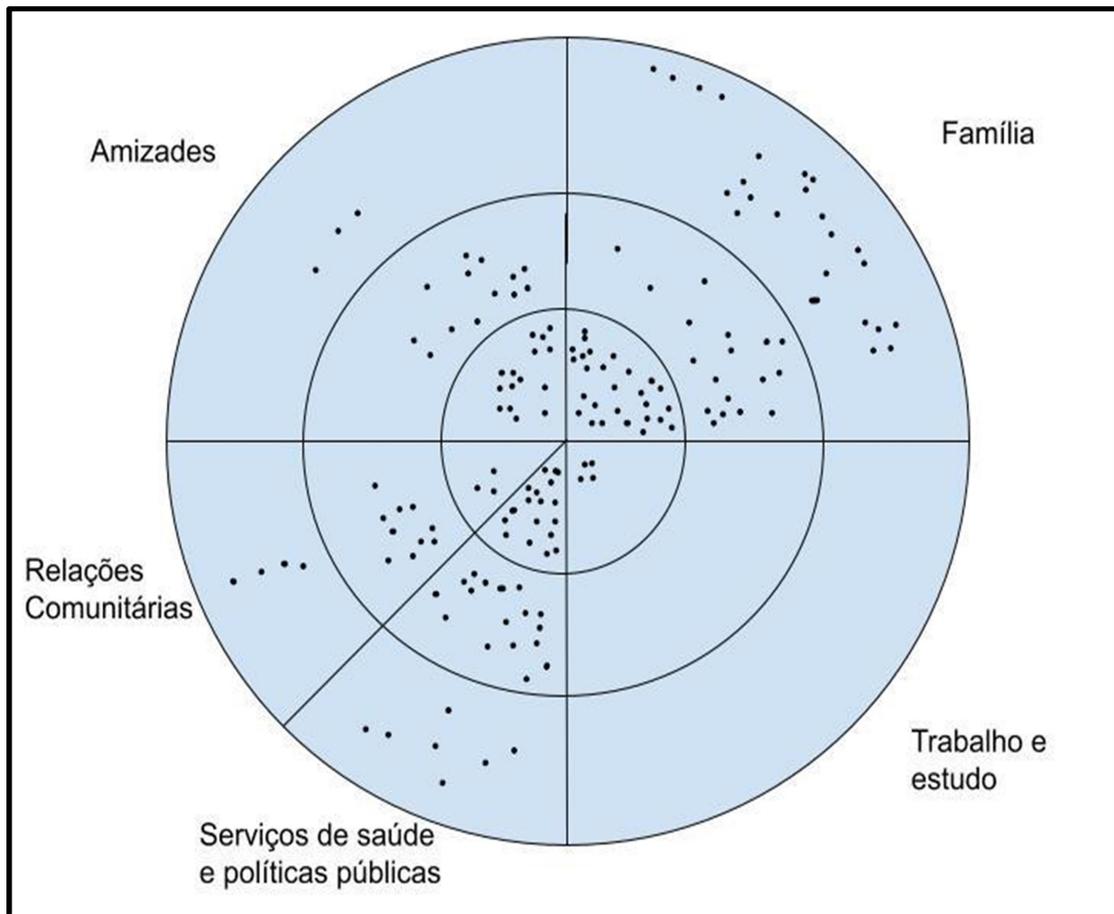


Figura 3
Diagrama adaptado pela pesquisadora (Fonte: Sluzki, 1997).

zki, 1997).

As redes sociais dos usuários tendem a se concentrar principalmente no âmbito familiar, com poucos membros diretamente envolvidos no apoio e cuidado. Essa dependência exclusiva da família pode ser uma restrição importante em momentos de crise ou urgência, tornando tanto os usuários quanto seus familiares mais vulneráveis.

A rede social da maioria dos entrevistados é composta predominantemente pela família e serviços de saúde, sobretudo o CAPS, a UBS aparece de forma mais periférica em relação aos usuários. Também se distinguem as relações sociais de amizade, de vizinhança e a igreja enquanto relações comunitárias. Sendo que a família e o CAPS aparecem como as relações de maior frequência e proximidade dos usuários, as quais se mostram presentes no cuidado diário formal e informal.

Por conseguinte, ficou demonstrado através do estudo, que a rede social da maioria dos usuários está mais concentrada nos âmbitos familiar e de saúde,

estando pouco distribuída no território, dificultando assim a sua inclusão social, bem como o processo de reabilitação psicossocial.

A centralidade dos familiares enquanto a rede primária no cuidado informal levanta a importância da inserção da família como alvo das ações de saúde mental, bem como suporte da rede formal para o cuidado informal, estruturando a política de saúde mental sob a perspectiva da atenção psicossocial com vistas à sustentabilidade das ações neste campo.

(Siqueira et al., 2018) aponta a importância dos profissionais de saúde mental promover o apoio à família dos usuários a fim de os fortalecer frente aos desafios do cuidado informal. As autoras ressaltam ainda que a ótica de atenção psicossocial prevê o envolvimento da família no cuidado e que essa perspectiva possibilita intensificação dos laços afetivos, sob uma perspectiva de atuação no território, sendo a família uma ponte para formas de sociabilidade mais amplas.

Isso é essencial para prevenir o esgotamento ou a fragilização da rede social, uma vez que, à medida que a doença avança e persiste, a rede social próxima tende a se saturar e diminuir. Geralmente, ela se restringe a uma única pessoa da família responsável pelo cuidado, conforme observa Sluzki (1997).

No que diz respeito aos serviços de saúde, o CAPS se destaca como o principal ponto de apoio e cuidado para a maioria dos entrevistados. Todos os usuários mencionam o CAPS como uma parte essencial de seu cuidado formal. A Unidade Básica de Saúde é reconhecida como parte da rede social de quatro dos quinze entrevistados, embora seja vista de forma secundária em relação ao CAPS. A UBS é mencionada como parte da rede social de alguns participantes, sendo considerada um apoio institucional mais periférico no diagrama, no quadrante de serviços.

O CRAS é mencionado por apenas uma usuária como um ponto de apoio social importante e significativo. Por fim, a escola é apontada por apenas uma usuária como uma parte significativa e ativa de sua rede social, a localizando de maneira central no diagrama.

Com base nas informações apresentadas, observa-se que, de maneira geral, os usuários tendem a acessar menos outros serviços públicos, principalmente ao iniciar o acompanhamento no CAPS, limitando sua circulação principalmente ao contexto de cuidados à saúde mental. Além disso, muitos usuários parecem deixar em segundo plano os cuidados com outros aspectos de saúde após iniciar o

tratamento em saúde mental, o que evidencia uma dicotomia entre os aspectos físicos e mentais de saúde.

Isso ressalta a necessidade de implementar ações que facilitem a integração tanto nos serviços que compõem a RAPS, quanto entre diferentes setores e políticas sociais. Ações que visem promover a inclusão social dos usuários em seu próprio território, reconhecendo a importância de abordar não apenas as necessidades de saúde mental, mas também as necessidades físicas e sociais dos indivíduos.

Em relação ao aspecto de trabalho, o estudo revelou que nenhum dos usuários está desenvolvendo atividade laboral, com muitos já aposentados ou afastados por auxílio doença. Muitos usuários enfrentam desafios socioeconômicos devido à perda da capacidade laboral devido ao sofrimento psíquico prolongado. Os benefícios previdenciários ou assistenciais frequentemente representam a única fonte de renda e segurança financeira, porém não atende suficientemente as suas necessidades básicas de vida, conforme demonstraram os relatos.

Este fato aponta para um agravamento do quadro de adoecimento psíquico, além de representar uma redução nas oportunidades de socialização e suporte disponíveis para os usuários. No relato a seguir fica demonstrada a relevância deste âmbito na vida dos usuários:

“eu trabalhava aí não pude mais trabalhar e daí fiquei ruim, uma porque não recebia mais né e outra por falta das amigadas que eu tinha no trabalho”. (Otília)

“colega tinha mais de trinta, quarenta pessoas que nós nos reunimos na beira da rua, mas gente que trabalhava né, aí ficava lá conversando agora não se vê mais ninguém, não conversa com ninguém eu mesmo nem saio, nem quero ver muita gente” (Arnaldo)

Nas relações comunitárias, a igreja foi mencionada por sete dos quinze entrevistados como parte integrante e significativa de sua rede social, como fator de apoio emocional e espiritual, se apresentando como mais uma fonte de socialização, pertencimento e suporte.

No âmbito das relações de amigadas, nove dos quinze entrevistados mencionam possuir vínculos de amigadas, estando em sua maioria próximos de sua convivência, se distingue a maioria nas relações de vizinhança. O fato de a maioria dos entrevistados ter mencionado vínculos de amizade indica a importância dessas relações em suas vidas.

A proximidade nas relações de amizades sugere que os entrevistados encontram suporte social e afetivo em seu entorno imediato, o que pode ser crucial para sua saúde mental e bem-estar emocional, conforme ilustra o relato a seguir:

“quando eu contei pra minha amiga, olha amiga é eu sou bipolar, tua amiga aqui é doida, ela disse, doida eu sempre soube que tu era, então aquilo ali já me tranquilizou sabe tipo pô realmente eu posso confiar nela” (Ieda)

A presença de vínculos de amizade, especialmente próximos da convivência e da vizinhança, pode contribuir para a redução do isolamento social e para a promoção do bem-estar psicossocial dos entrevistados.

Essas relações de amizade podem servir como recursos importantes para enfrentar desafios e adversidades, além de proporcionar um senso de pertencimento e conexão comunitária.

Desse estudo, podemos inferir que a rede social da maioria dos usuários se concentra principalmente nos círculos familiar, do CAPS, de amizades e religioso. No entanto, notamos uma ausência geral de relações nos ambientes de trabalho e estudo, o que pode restringir suas oportunidades de receber apoio em outros domínios sociais, levando a uma concentração maior de sua rede social. Ademais, o CAPS é frequentemente percebido como uma das poucas opções de contato e interação social disponíveis para esses usuários.

Em contrapartida, Amadei e Barbosa (2023) observaram uma distinção nos resultados, ao constatarem em seu estudo que a rede social dos usuários é principalmente composta por membros da família e profissionais do CAPS.

Diante disso, é crucial reconsiderar as estratégias de assistência em saúde mental. Isso implica não apenas capacitar e apoiar as famílias no cuidado em saúde mental, mas também reconhecer a fragilidade que pode afetar esses vínculos devido ao adoecimento psíquico prolongado. O objetivo é preservar os vínculos familiares e sociais existentes, ao mesmo tempo em que se promove a formação de novos laços para facilitar a integração social dos indivíduos no contexto social mais amplo (Salles; Barros, 2013).

5.3 FUNÇÕES EXERCIDAS PELA REDE SOCIAL

A rede social desempenha um papel vital no contexto do cuidado e tratamento de pessoas em sofrimento mental, além de exercer influência significativa

na promoção da sociabilidade, inclusão social e autonomia dessas pessoas. Nesta categoria, exploraremos as diversas funções que a rede social desempenha na vida dos indivíduos afetados por transtornos mentais, abordando tanto o aspecto do cuidado e tratamento quanto a importância para sociabilidade e integração social, englobando aspectos ampliados para o cuidado psicossocial.

Acerca das funções exercidas pela rede social dos entrevistados, onze relataram receber apoio emocional no âmbito familiar e quatro relataram não receber mesmo que alguns residam junto a família. No âmbito comunitário sete mencionaram a igreja como apoio emocional ou subjetivo através da dimensão da fé ou espiritualidade, sete usuários mencionaram receber apoio emocional de amigos.

Na maioria dos relatos os entrevistados referem estar inseridos em um contexto familiar, de onde provém apoio material, apenas dois moram sozinhos, um mora com amigo e relatam não recebem apoio e/ou cuidado neste âmbito. Ressalta-se que esse apoio se expressa através de suporte financeiro, alimentação, administração de medicamentos, levar a consultas e atendimentos, a depender do nível de gravidade e dependência de cada caso em particular, sendo alguns por vivenciarem o sofrimento psíquico por longo período, também estão envolvidos e adaptados na rotina doméstica e de cuidados de saúde, tendo uma maior autonomia.

No âmbito de serviço oito relataram apoio emocional por parte de profissionais, sendo que destes, três referem também vínculos com seus pares, descrevendo o apoio neste âmbito como uma fonte significativa de apoio emocional e informação. Suas narrativas sugerem que a presença do CAPS em sua rede social é percebida como um recurso valioso para lidar com desafios relacionados à saúde mental. Uma usuária refere receber apoio no âmbito da educação, foi a única a estar envolvida em atividade produtiva de estudo.

A exclusividade deste relato sugere que outras pessoas que vivenciam a mesma dificuldade em relação à saúde mental possam ter dificuldade no acesso ou oportunidade de se envolver em atividades semelhantes, destacando a necessidade de programas e intervenções que incentivem e apoiem a inserção produtiva. Indivíduos com transtornos mentais graves podem enfrentar dificuldade na participação em atividades produtivas, como o estudo.

O estigma associado aos transtornos mentais pode impactar a autoestima e a motivação desses indivíduos, levando ao isolamento social e à evitação de

atividades potencialmente benéficas. Além disso, a falta de uma rede de apoio adequada pode limitar as oportunidades de desenvolver atividades produtivas, tornando difícil superar as barreiras impostas pelos transtornos mentais.

O acesso a recursos educacionais e ambientes de aprendizado favoráveis também pode ser restrito para pessoas com transtornos mentais graves, com a falta de acessibilidade através de adaptações apropriadas nas instituições educacionais, sobretudo no que se refere a capacitação dos recursos humanos, representando uma barreira em potencial.

No entanto, envolver-se em atividades produtivas, como o estudo, pode proporcionar um senso de propósito e realização pessoal. Para a usuária, o estudo representa um meio de crescimento pessoal e esperança em um futuro melhor, aumentando sua autoestima e confiança em suas capacidades. Embora enfrente dificuldades, os benefícios obtidos, juntamente com o apoio de professores e colegas, superam esses desafios. Ainda assim, a usuária expressa o desejo de que suas dificuldades sejam melhor compreendidas neste âmbito no que tange às especificidades do seu quadro de saúde mental.

Esse relato evidencia a importância de intervenções específicas que promovam o acesso, o suporte e a inclusão, permitindo que mais indivíduos se beneficiem do envolvimento em atividades significativas e produtivas, como estudo, trabalho e cursos.

No que se refere ao apoio afetivo é percebido identificou-se na rede social dos usuários através de atitudes de compreensão, acolhimento, de fazer companhia ou apenas estar junto, incluir a pessoa em atividades e conversas, proporcionando interações sociais e um senso de pertencimento, de prestar conselhos, de atitudes de carinho e afetividade, o que foi relatado pela maioria dos entrevistados no seu âmbito familiar, denotando que apesar das relações no âmbito não serem lineares, havendo momentos de apoio e outros de conflitos, trazem o aspecto de suporte que é visto e experimentado pelos usuários como algo de grande relevância para o seu bem estar. Segundo Montanher e Leal (2013, p.189), "isso sugere que a rede deve ser sempre considerada em sua dimensão processual e impermanente"

No âmbito do CAPS todos relatam receber apoio no que tange o cuidado formal e apoio especializado em saúde mental, isso se distingue e é mencionado pelos usuários no que concerne ao acesso aos grupos, a consultas, medicamentos e atendimentos individuais, a alimentação fornecida no local, apoio informacional,

assim como o conjunto de atendimentos, atividades e ações ofertadas, as quais são suporte formal para o tratamento em saúde mental.

A UBS apareceu como apoio institucional secundário no estudo, pouquíssimos relataram um vínculo mais próximo seja como um apoio institucional em si ou vínculo com algum profissional. Também, se verificou que pouquíssimos usuários acessam outras políticas públicas setoriais, ou mesmo setores produtivos como trabalho e estudos por exemplo, os quais poderiam lhes conferir oportunidades de inserção social, lhes possibilitando maior autonomia e sentimento de pertença e utilidade, assim como mais possibilidades de convívio social.

No que tange a participação regular em atividades de grupo, pode-se observar que isso lhes permite estabelecer uma rotina regular, o que auxilia na estruturação de suas vidas diárias e na promoção da estabilidade psíquica. Essa rotina consistente proporciona aos usuários um senso de propósito e previsibilidade em suas vidas, o que pode ser particularmente vantajoso para a sua reabilitação psicossocial.

Ao participar de atividades de grupo com pessoas que compartilham experiências semelhantes, os usuários podem se sentir parte de algo maior do que eles próprios. Isso promove um senso de pertencimento e identidade compartilhada, que é essencial para o seu bem estar emocional e a recuperação.

Neste sentido, Juliano e Yunes (2014, apud Pesce, Assis, Santos e Oliveira, 2004, p.137), referem que “seja o que for que se constitui em risco, é possível aprender formas de enfrentamento a partir da convivência com indivíduos que o vivenciaram e ultrapassaram com sucesso”.

No entanto, apesar das incontestáveis vantagens proporcionadas pelo grupo, enfrenta-se um desafio para alcançar a integração social dos participantes e estabelecer conexões significativas com seus pares. Essa dificuldade pode ser atribuída a diversos fatores, como estigma, limitações individuais, falta de oportunidades de interação entre pares, recursos limitados e a necessidade de intervenções adicionais para facilitar a integração social dos envolvidos.

Assim, ao reconhecer o potencial do CAPS na reabilitação e compreender as barreiras que podem impedir a sociabilidade desse público, os profissionais de saúde mental podem buscar abordagens mais eficazes para promover a melhor forma para a sua integração social. Neste sentido, o CAPS é considerado por alguns

usuários como o único lugar onde se sentem verdadeiramente acolhidos, aceitos e seguros, conforme os relatos a seguir:

E porque no CAPS são todas pessoas que pensam igual a mim sabe elas se identificam eu me identifico com elas porque elas não te julgam não te criticam elas brincam contigo elas fazem mesmo trabalho que tu fazes entende eu e assim eu me sinto bem assim que fosse minha segunda casa. E quase que eu boto como primeira tá” (Neusa)

“Essa rejeição é que faz que a gente se sinta gostando de vir aqui. Então para mim é o melhor lugar, porque aqui todo mundo entende, os profissionais daqui nos entendem, os pacientes entendem os amigos, aqui nós temos amigos” (Deise)

“é um lugarzinho assim para cuidar da gente que tem problema é um lugarzinho que tem de tudo que a gente precisa até café dão até aquela comida dão ali”. (Arnaldo)

Em vista disso, vale salientar que em meio a tamanhas contradições que se apresentam para o cuidado voltado à pessoa com transtorno mental e o histórico arraigado pela exclusão social deste segmento, o CAPS pode se apresentar enquanto espaço de acolhimento, onde a pessoa em sofrimento psíquico pode ser quem é, estabelecendo novas formas de sociabilidade (SALLES, 2013).

Através dos relatos apresentados, fica claro que muitos usuários reconhecem no CAPS um lugar de acolhimento, onde se sentem integrados. Marcando o início do tratamento no CAPS como a quebra da exclusão e início da inclusão (Salles; Barros; Matsukura, 2016). Embora essa percepção seja positiva para eles, o primeiro relato reflete a persistência do estigma, indicando que o ambiente do CAPS serve como uma espécie de refúgio contra a sociedade. Isso pode resultar em uma ligação mais exclusivista com o CAPS, em detrimento de outras esferas sociais, indo de encontro aos princípios da reforma psiquiátrica. Essa situação representa um risco de o CAPS se tornar um lugar *per se* para inclusão social, indo de encontro às prerrogativas da reforma psiquiátrica.

Com isso, é preciso atentar-se para o risco do CAPS torna-se um espaço de segregação social e não um potencializador e multiplicador para a inserção social desses usuários, acabando por desempenhar uma função similar a perspectiva manicomial, tornando-se uma nova geografia para exclusão social, conforme expõe (Salles ; Barros ; Matsukura, 2016).

Aqui seguem as falas de alguns usuários acerca da possibilidade de realizar novos vínculos através do serviço: Frequentar o CAPS lhe trouxe a oportunidade de fazer novos vínculos, seja com outros usuários e/ou serviços? ao que respondem:

“sim, tem bastante oportunidade, só que não consigo, hoje em relação a amizades eu perdi a esperança assim sabe de ter amizades verdadeiras na questão de confiança mesmo” (Fábio)

“não saio, não tenho vida social, antigamente eu tinha as amizades, mas todas se afastaram de mim após o adoecimento” (Karina)

“mas assim eu não quero, eu quero aqui dentro da casa” (Neusa)

“eu acho que não daí né, mais aqui”(Lúcia)

Assim como os relatos acima sobre a possibilidade de acesso a novos vínculos por meio do serviço, a maioria relatou não ter estabelecido novos laços com outros usuários e/ou outros serviços públicos, demonstrando a dificuldade da maioria em estabelecer novos vínculos sociais. Isso pode estar associado a estigmatização vivenciada pelos usuários em outros setores da sociedade, resultando em uma série de consequências negativas. Uma delas é a retração da sociabilidade por parte daqueles que sofrem com o estigma, levando esses indivíduos a se sentirem desvalorizados e rejeitados pela sociedade.

Como forma de autoproteção, alguns usuários podem optar por fazer ações “dentro da casa” como menciona a “Neusa” ao se referir ao CAPS e isso se repete em muitos relatos que denotam o conformismo e a resignação em estar apenas no CAPS. O que remete a ideia de Franco Basaglia em sua crítica ao modelo manicomial sobre “entretenimento como sendo manter dentro”. Dessa forma, muitas vezes, os indivíduos tendem a evitar interações com ambientes fora do CAPS para evitar o julgamento e a discriminação, evitando assim situações sociais que possam expô-los ao estigma e ao preconceito.

Além disso, a estigmatização pode levar à “guetificação” em serviços de saúde mental. Isso significa que as pessoas com problemas de saúde mental podem ser segregadas em ambientes específicos, como CAPS, onde se sentem seguras e acolhidas em suas necessidades. Essa “guetificação” pode reforçar uma perspectiva asilar, perpetuando a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são diferentes e devem ser mantidas separadas do restante da sociedade (Salles; Barros; Matsukura, 2016).

Nesse contexto, nota-se uma diminuição do poder contratual após o surgimento da doença, o que demanda uma ação conjunta dos serviços para aumentar o poder contratual dos usuários. Isso inclui os profissionais envolvidos no cuidado compartilhando seu próprio poder contratual com os usuários e familiares, visando preservar os laços existentes e promover sua autonomia, como ressalta

Pitta (2016). Essa abordagem visa prevenir a perda de vínculos e estimular a mobilização social da rede social dos usuários, fortalecendo e ampliando o cuidado no território.

Embora o cuidado em saúde mental ocorra em uma perspectiva ampliada, a ótica asilar ainda se expressa enquanto um paradigma vigente e hegemônico, o qual é reproduzido através de barreiras atitudinais que limitam ao invés de expandir o cuidado, que cerceiam ao invés de emancipar os indivíduos, os mantendo limitados através de mecanismos velados, os quais expressam a mesma ótica do manicômio.

Portanto, para sair deste circuito fechado é essencial articular o cuidado a equipamentos que promovam a integração social em diferentes setores, como espaços de arte, bibliotecas, cinemas, museus, locais para apresentações artísticas, além de escolas de artes e ginásios esportivos, entre outros. Esses espaços possibilitam que outros setores colaborem para o cuidado e a promoção da autonomia das pessoas que enfrentam sofrimento psíquico (Neto; Amarante, 2013).

Ao indagar os usuários acerca do apoio que gostariam de receber de sua rede social, a maioria relatou sentir falta de compreensão e que a sua rede deveria saber mais informações acerca de saúde mental, referem sobretudo os seus familiares, os quais estão mais diretamente ligados ao cuidado informal, também mencionam que gostariam de receber mais compreensão e apoio de outros integrantes de sua rede social.

Nota-se que mesmo aqueles usuários que não contam com o apoio da família, estão afastados ou com laços fragilizados evocam com muita emoção a importância desse apoio, expressando um profundo desejo de maior proximidade, aceitação e conexão afetiva. Neste sentido, a presença ou ausência da família assume um papel crucial no processo de reabilitação psicossocial dos usuários, podendo funcionar tanto como um fator protetor quanto como uma fonte de suporte emocional e prático, como de risco, conforme os relatos distintos a seguir:

"principalmente da família, que se fossem mais chegada né às vezes eu sinto falta de uma conversa, algum um apoio [...] a solidão vem muito né então isso dispersa meus pensamentos, foge, vai longe" (Bernardo)

"Eu gostaria que as pessoas me tratassem como um ser humano que está cheio de erros e cheio de acertos então que eles pudessem ouvir de mim aquilo que eles acham que é proveitoso e que eles pudessem eliminar dentro de mim aquilo que veem que é errado para eles, que eles pudessem me julgar não de uma maneira ríspida, mas de uma maneira que favorecesse a vida deles que eles pudessem tomar experiência de mim para a vida deles" (Geraldo)

"O apoio que eu queria mais é que as pessoas da escola soubessem a verdade sobre a minha pessoa e me apoiassem, e que minha família me procurasse para me ajudar com essa questão da doença. Na sociedade, eu gostaria que eles viessem aqui no CAPS para conversar com um profissional e entender melhor o que o profissional tem a dizer sobre minha situação... Se eles abrissem um pouco mais a cabeça, talvez eu melhorasse um pouco mais, mudariam de atitude, fariam uma coisa diferente, sei lá." (Eduarda)

Conforme relato dos usuários, existe uma expectativa de uma mudança de atitude na sua rede social através de uma maior abertura, compreensão e conhecimento acerca de saúde mental, e que isso resultaria em uma melhora em seu estado de saúde mental, pode-se perceber através dos relatos a existência de barreiras atitudinais, refletindo a falta de informações acerca de saúde mental em sua rede social, acarretamento na vivência de discriminação e estigma, denotando a necessidade de derrubar sobretudo o estigma para que de fato se possa alterar o paradigma manicomial que pelos relatos dos participantes ainda permanece hegemônico em suas relações sociais, causando obstáculo a inclusão social, limitando o seu poder contratual, comprometendo a sua autonomia e a sua capacidade de realizar trocas materiais e afetivas no território.

Dessa forma, o acompanhamento terapêutico surge como uma proposta que pode responder a algumas das dificuldades apresentadas pelos usuários. A partir de ações de resgate da cidadania, por meio da vivência partilhada das práticas cotidianas, o AT constrói formas de cuidado que se apoiam na singularização do sujeito. Essas ações envolvem o indivíduo em sua dimensão sociocultural, sem demarcações de territórios e fragmentação dos saberes e das práticas (Fiorati, 2006). Sendo assim, o acompanhamento terapêutico (AT) se apresenta como um valioso recurso para promover a autonomia dos usuários no território, frente a perda de seu poder contratual após o adoecimento.

Outro fator que os usuários relataram é que as relações de maior frequência, intensidade e compromisso se apresentam no âmbito familiar, embora esses vínculos possam estar fragilizados, a família aparece como parte primordial da rede social significativa dos usuários. Ora se apresentando como um fator de proteção e pertencimento favorecendo e facilitando o tratamento dos usuários junto aos serviços de saúde mental, ora como fator de risco, com atitudes que reforçam o estigma e a ótica asilar. Essa situação pode ser atribuída ao processo de saturação, no qual a família não consegue atender plenamente às necessidades de apoio

emocional e prático dos usuários. Isso resulta no esgotamento das possibilidades de receber apoio por parte da família (Martí, 2006).

Quanto a novos contatos e/ou vínculos através do CAPS a maioria relatou que não fez novos vínculos, alguns expuseram dificuldades individuais associadas ao quadro de sofrimento psíquico para socializar, ainda que tenham a oportunidade através das atividades coletivas que realizam no serviço.

Denotando a necessidade de desenvolver ações para prevenir, reabilitar e/ou manter as habilidades sociais dos usuários, bem como promover a expansão da sua rede social com vistas a melhorar a capacidade adaptativa, viabilizando a autonomia dos mesmos em seu território. E assim prevenir a fragilização e rompimento de vínculo no âmbito das relações sociais, o que no pior cenário pode acarretar em violação de direitos, assim como o abandono.

Neste sentido, faz-se necessário o investimento em ações para o desenvolvimento de habilidades sociais necessárias à manutenção e expansão da rede social, sempre respeitando as limitações, capacidades e desejos de cada usuário, promovendo o fortalecimento e expansão de vínculos vitais para a sua recuperação e/ou cuidado em saúde mental.

Outro aspecto fundamental é o investimento em ações de mobilização social e sensibilização dos atores sociais envolvidos no cuidado, assim como de outros setores sociais, no sentido de derrubar barreiras criadas pelo estigma, seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica e assim perceber a pessoa em sofrimento psíquico como alguém capaz de contribuir enquanto membro atuante na sociedade, participando da vida familiar, comunitária, nos serviços e na cidade com autonomia e realizando suas trocas afetivas e sociais de forma plena. Acerca desse processo necessita da:

[...] organização de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é acompanhar as pessoas, ajudando-as a construir autonomia e independência: arrumar-se, preparar alimentos, ler jornais, ouvir rádio e ver televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, falar com as pessoas na rua, ir à igreja ou jogar futebol. (AMARANTE, 2007, p. 88).

Também se observou a capacidade dos usuários de realizar trocas afetivas e sociais, visto que a maior parte dos entrevistados relata que são solicitados a prestar apoio às pessoas de sua rede social, o que lhes confere um papel social na família e na comunidade, bem como denota a sua competência social em realizar trocas

afetivas e materiais com as pessoas da sua rede, podendo inclusive expandi-las para além do circuito de cuidado em saúde mental. Lúcia diz:

“tenho uma vizinha lá que de vez em quando eu faço um pão para ela e faço um bolinho para ela. Os meus netinhos, eu sempre ajudo a cuidar quando ela precisa sair assim eu fico com eles”.

Cabe destacar que a reciprocidade nas relações sociais, denota fator protetivo, visto que confere um papel social em relação a sua rede social, bem como sentimento de utilidade e competência, melhorando sua integração social, através do fato de ser útil para alguém, conforme aponta Sluzki (1997).

À medida que os usuários são reconhecidos e assumem um papel significativo na sua rede social, as relações se transformam em relações de cooperação e solidariedade, rompendo com o padrão de cuidador e cuidado. Tanto o usuário quanto sua família oferecem apoio mútuo e compartilham os desafios da vida. Criando vínculos positivos que beneficiam a todos quebrando o ciclo de isolamento e segregação (Salles, Barros, Santos, 2019).

“Conviver com outros seres humanos, significa interagir de forma recíproca, a partir de trocas, principalmente afetivas, que possibilitam o desenvolvimento na diversidade de papéis, alteração e equilíbrio de poder, conjunção de olhares, contato físico, respeito mútuo, entre outros elementos a depender da situação”. (Juliano e Yunes, 2014, p. 137).

Por outro lado, quando o usuário não está em condição de realizar trocas sociais e afetivas, devido ao agravamento do seu quadro, seja de forma temporária ou permanente, isso pode afetar sua capacidade de recuperação, na medida em que lhe coloca em isolamento social, afetando sua autonomia, identidade, autoestima e relações sociais vitais inclusive ao seu cuidado, se tornando um fator de risco e uma barreira a sua reabilitação psicossocial.

De acordo com Sluzki (1997) a presença de uma doença tende a debilitar a pessoa, reduzindo a sua iniciativa de ativação da rede, além diminuir na pessoa a capacidade de expressar comportamentos equivalentes àqueles de quem cuida dela, dependendo da duração e intensidade do vínculo para que haja o sentimento de lealdade e tolerância à assimetria na interação, destaca ainda que todas as relações se baseiam no princípio de *quid pro quo*.

Na maioria dos casos a família aparece com um papel fundamental atuando no cuidado informal destes usuários, no entanto, embora apareça como fonte

primária de apoio material e afetivo, também aparece perpassada por conflitos e antagonismos, desgastes e fragilização dos vínculos.

Nas relações institucionais a UBS aparece enquanto relação institucional e em alguns casos aparece o médico de saúde da família como a profissional de vinculação. As instituições religiosas também se apresentam como vínculo comunitário e significativo em muitos dos relatos.

O âmbito familiar aparece como um dos mais vitais ao cuidado, pois é de onde provém o apoio material informal e os cuidados básicos de saúde, sem os quais fica inviabilizado o cuidado formal nos serviços de saúde. Sendo necessário envolver a família dos usuários no processo de cuidado desde o início, os percebendo como corresponsáveis e estratégicos para o tratamento. A família é quem percebe e viabiliza o acesso e o deslocamento aos serviços para iniciar e dar continuidade ao tratamento, também é a família quem dá o suporte necessário na administração dos medicamentos e nos cuidados básicos diários.

No entanto, é crucial garantir que essa conexão não diminua a autonomia e o poder contratual do usuário, evitando que seja objeto de compaixão e visto apenas como alguém que precisa ser cuidado, conforme expõe Salles e Barros (2013), corroborando com a narrativa da usuária:

“Ah as pessoas acham que você é inválido né, às vezes filho mesmo não tem mais aquela confiança que eles tinham de deixar sozinha de deixar sair” (Otília)

Esta fala indica uma preocupação e a perda de confiança por parte dos familiares. Essa mudança de atitude pode estar relacionada à percepção de risco associado ao transtorno mental, levando os familiares a se sentirem menos seguros em permitir certas atividades independentes.

Como também, poderíamos identificar a presença do estigma, percepção de incapacidade, mudanças nas relações familiares e perda de autonomia. Esses temas podem ser importantes para compreender a experiência vivida pela pessoa com transtorno mental e como ela percebe a interação com os outros e a sociedade.

A partir dos relatos a seguir pode-se notar que após os usuários perderem as relações sociais que possuíam antes do adoecimento, como por exemplo o trabalho, logo que podem, tendem a buscar novas formas de interação e relações comunitárias, como igrejas. Alguns dos usuários encontram nesses novos espaços um papel social significativo por meio do voluntariado. Essa experiência pode

reforçar a identidade pessoal e fortalecer o seu senso de propósito e pertencimento, conforme os relatos que seguem:

"isso me ajuda, me fortifica, me estima fazer, estou fazendo estou ocupando minha cabeça fazendo alguma coisa de útil para as pessoas (se referindo ao trabalho voluntário que realiza através da igreja)"(Bernardo)

"é o único vínculo que eu tenho que é a igreja que aos domingos eu procuro quando eu estou bem mentalmente às vezes quando não estou bem eu me forço aí porque eu sei que lá eu terei um refrigerio" (Fábio)

"faz visita em conjunto com outras integrantes da igreja, visitamos pessoas doentes, pessoa que estão com problema" (Lúcia)

"parece que eu fiquei no chão sozinha sem ninguém daí lá na igreja começou de novo sabe, me animar e cada dia cada vez que é para ir eu estou pronta para ir eu gosto de ir". (Otília)

Essas novas conexões sociais e engajamento podem desempenhar um papel importante no processo de adaptação e resiliência frente às mudanças nas relações sociais causadas pelo adoecimento. Ao se envolverem em atividades comunitárias, os indivíduos podem encontrar um novo propósito e significado em suas vidas, além de reforçar sua sensação de bem estar, pertencimento a uma comunidade ou grupo social.

Amarante (1995), enfatiza a importância em respeitar a dimensão cultural dos indivíduos, no que tange práticas de curas espirituais, tradicionais que podem ser integradas ao tratamento formal. Destaca a importância de reconhecer e valorizar essas práticas, trabalhando em colaboração para proporcionar um cuidado mais holístico e integrado ao contexto cultural dos usuários.

5.4 FATORES INTERVENIENTES PRESENTES NA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA

Os fatores intervenientes desempenham um papel crucial na experiência dos usuários em saúde mental, influenciando diretamente sua jornada de tratamento e recuperação. Dentre esses fatores, destacam-se os riscos associados à discriminação, que emergem como uma realidade frequente e impactante nas vivências dos indivíduos afetados. Nesse contexto, a discriminação se manifesta de diversas formas, sendo percebida pelos usuários por meio de estigmatização, incompreensão, falta de informação e juízos de valor negativo acerca da saúde mental. Esta categoria busca explorar mais profundamente como tais fatores intervêm no

processo de cuidado em saúde mental, examinando suas implicações e desafios para os usuários e sua rede social.

É importante ressaltar que esses fatores, quando são de risco, podem tornar os usuários mais vulneráveis, levando ao enfraquecimento dos laços familiares e comunitários, e resultando em situações de isolamento social. Isso pode se manifestar de forma subjetiva, com laços familiares e sociais frágeis, falta de comunicação, comportamentos evitativos ou estigmatizantes, ou até mesmo levar a situações de risco e exclusão social. O relato a seguir demonstra conflitos no âmbito familiar:

“a minha irmã é na verdade uma pedra no meu sapato porque ela é explosiva e boca suja né é quando ela começa a chamar palavrão e bichinho de chifre é para parece que é um é algo que afeta se é porque ela como se ela transmitisse uma energia pesada uma energia negativa e isso acaba me afetando” (Geraldo)

Em vista disso, cabe destacar o estudo de (Montanher; Leal, 2013) realizado com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, partindo de sua própria narrativa sobre sua rede social, identificou que a família tem papel de destaque, ora como fator de apoio, ora atravessada por conflitos, porém na maioria das vezes presente, antagônica e em processo constante de mudança. Também se observou que quando se trata deste público em particular, a situação pode se agravar, chegando a situações de risco para o usuário, como abandono e violação de direitos.

O estudo também apontou que o próprio usuário por vezes opta por se afastar de sua rede social no intuito de proteger-se. Assim sendo, é possível compreender a premência da família ser alvo das ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental, a fim de apoiá-las e instrumentalizá-las para prestar assistência necessária ao usuário com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos mentais graves (Montanher; Leal, 2013).

Cabe refletir, o âmbito familiar acaba sendo o mais visado e responsabilizado pelo que dá certo ou errado no tratamento em saúde mental, visto que são as relações que se mostram mais presentes e vitais no dia a dia dos usuários, as quais não se apresentam de forma linear e muitas vezes estão permeadas por conflitos e fragilidades. Estas, por sua vez, estão invariavelmente associadas à estrutura social e econômica vigente, resultando em grandes vulnerabilidades sociais e na desestruturação e fragmentação das políticas públicas.

Neste sentido, destaca-se o desafio do cuidado em saúde mental sob o paradigma da atenção psicossocial, dada a sua complexidade, tanto para os profissionais de saúde mental quanto para os outros atores sociais envolvidos neste cuidado. Torna-se imperativo pensar na estruturação dos serviços substitutivos para incluir os atores informais e vitais para o cuidado, promovendo a mobilização social dos diversos setores sociais no sentido de fornecer as informações e instrumentalização necessárias para que a rede possa assumir o cuidado no território.

A maioria dos usuários referem que após o adoecimento mental observaram que as pessoas tiveram dificuldade em compreender ou aceitar o sofrimento psíquico gerando assim um afastamento gradual dessas relações. Muitos observaram por parte de pessoas próximas atitudes que reforçam o estigma, o que aumentou o afastamento e o isolamento social.

De acordo com Bowlby (1988), acerca da teoria do apego, as pessoas têm uma necessidade fundamental de estabelecer vínculos afetivos estáveis, e interrupções ou conflitos nesses vínculos podem levar a distúrbios de ordem psicológica, psicossociais ou psicossomáticos.

Cabe destacar que o estigma aparece de forma contundente nos relatos dos usuários, atribuindo-lhes um baixo poder de contratualidade nas suas relações sociais. Sendo necessário lançar mão de estratégias de mobilização social e fortalecimento dos seus vínculos sociais no território, a fim de atenuar os efeitos nocivos da discriminação, os quais se levantam como barreiras a sua reabilitação psicossocial. Além do estigma nas suas relações, muitos também internalizam o estigma associado ao seu quadro, o que acaba por afetar sua autoestima, autoconfiança e iniciativa para interagir socialmente. Conforme ilustra as falas dos usuários:

"nas pessoas acho que não, mas em mim mesmo [...] para mim eu olhava pra você, você não vale nada. Aí fui me isolando, me isolando aí ia ficar perto das pessoas as pessoas que iam caindo fora" (Arnaldo)

"no início eu cheguei a contar para algumas pessoas que eu tinha transtorno bipolar e percebi que elas me olhavam com um olhar de preconceito e se afastaram" (leda)

"chamam a gente de louco e doido de várias coisas, que a gente deveria estar 24 horas internado que a gente é um risco pra população" (Eduarda)

"Querem levar a gente pra igreja que é o capeta que tá ali no corpo da gente sabe" (Neusa)

Os resultados que demonstram a ótica manicomial, expressa por meio do estigma e de visões estereotipadas, evidenciam uma realidade preocupante na rede social dos usuários. É preocupante notar a presença do medo, a associação com a preguiça, a questões associadas à possessão espiritual, é usada para justificar a segregação social desses indivíduos. Essas visões distorcidas que não apenas revelam uma falta de compreensão sobre questões de saúde mental, mas também contribuem para perpetuar o estigma e a exclusão social, contribuindo para a formação da percepção de que indivíduos com transtornos mentais são perigosos, incapazes e devem ser excluídos (Salles; Barros, 2013).

Em contraponto, Salles e Barros (2013) em um outro estudo sobre representações sociais sobre doença mental e inclusão social referem que o conceito de inclusão social deve ser incorporado na base para políticas de saúde mental, visto que este conceito prevê a inclusão social para todos, sem exceção, a fim de construir práticas que ampliem as possibilidades de inserção das pessoas com transtornos mentais no contexto em que vivem, considerando suas escolhas e seus projetos de vida pessoais.

Desta forma, uma rede social pode apresentar características que impactam negativamente a saúde mental do indivíduo quando apresenta aspectos como intrusão, estigmatização, extremo controle, falta de atitudes empáticas e ausência de recursos materiais conforme aponta estudo realizado com pacientes diagnosticados com esquizofrenia (KARANCI; GÖK; YILDIRIM, 2017).

Wanderley (2002) destaca que a naturalização da exclusão é reforçada e reproduzida por meio de representações, crenças e estigmas. O autor define estigma como uma cicatriz, algo que marca, denotando claramente o processo de qualificação e desqualificação do indivíduo na lógica da exclusão.

Ao interpretar o sofrimento psíquico por meio de uma ótica distorcida e carregada de preconceito, a rede social acaba contribuindo para a segregação dos usuários, privando-os do apoio e da compreensão necessários para sua reabilitação psicossocial. Além de dificultar o acesso e adesão ao tratamento adequado junto a serviços de saúde mental, muitas vezes protelando a procura o que pode resultar em prejuízos para a pessoa em sofrimento.

A falta de entendimento e/ou reconhecimento do sofrimento psíquico como algo real aparece de forma bastante frequente nos relatos. Visto a natureza subjetiva e intangível dos transtornos mentais, os usuários relatam sofrerem discriminação, falta de compreensão e validação do seu sofrimento, o que acaba os fragilizando

frente ao seu quadro, desmotivando-os quanto ao tratamento, assim como a sua convivência social, o que se coloca como barreira a sua recuperação e até mesmo em situação de risco.

Desta forma, muitos usuários relataram preocupação para manter seus benefícios previdenciários e isso acaba sendo uma barreira para a sua inclusão produtiva. Esta situação não apenas perpetua o estigma, mas também agrava o sofrimento psíquico e impede a reintegração social e a recuperação plena. É crucial que as políticas públicas sejam reformuladas para oferecer suporte de maneira digna e incentivadora, sem exigir a perpetuação de uma imagem negativa.

Embora alguns usuários encontrem um papel social, não se pode afirmar tratar-se de uma inclusão social plena, visto que não são validados em seus desejos, opiniões. O seu modo peculiar de perceber o mundo não é facilmente acessado ou validado pela sociedade, o que lhes causa invariavelmente um sentimento de solidão e menos valia, ainda que se encontrem “inseridos” nos variados setores sociais.

Neste sentido, o isolamento social se apresenta como resultado da estigmatização e se apresenta como fator de risco para agravos de saúde mental. Neste sentido, cabe destacar que muitos dos usuários relatam a perda de relações sociais e afastamento das pessoas após seu adoecimento psíquico. De acordo com Sluzki (1997), as doenças de modo geral podem resultar em um comportamento interpessoal aversivo, de afastamento e mesmo uma resistência da rede social do indivíduo para realizar o contato, aumentando assim a situação de isolamento de quem está em sofrimento. Outro ponto abordado pelo autor é o fato de o próprio sofrimento gerar o isolamento, no sentido de que reduz a mobilidade do sujeito.

Podemos atribuir a estigmatização vivenciada pelos usuários também ao fato de vivermos em uma sociedade de “culto à performance”, na qual se individualizam os processos de sofrimento e há uma busca constante pela felicidade e produtividade. A felicidade torna-se, então, um assunto privado, e o sofrimento é visto como uma falha pessoal, em vez de resultado de condições sociais ou estruturais, conforme a obra “A sociedade do cansaço” do filósofo sul-coreano Han (2010).

No que concerne aos fatores de proteção pode-se observar através dos relatos da maioria dos usuários que recebem apoio, afeto, compreensão da sua rede social e que isso favorece e melhora o seu estado de saúde mental e os usuários

que não identificaram esses fatores de proteção em suas relações relataram o anseio por mais apoio, compreensão e proximidade por parte de seus familiares e de sua rede em geral. Os relatos a seguir demonstram a importância da família para o cuidado em saúde mental:

"o que mantém vivo é a minha família, os meus pais, eles são meu alicerce mais forte, o que me motiva a buscar a melhora da saúde mental" (Fábio)

[...] é uma família de ouro. Quando tem que ir no médico, eles estão sempre prontos para me levar" (Arnaldo)

Desta forma, Juliano e Yunes (2014) reitera que quando a rede social é efetiva, quando proporciona suporte afetivo nos momentos de crises, auxilia na diminuição de sintomas psicopatológicos, assim como previne situações de violência, na medida em que aumenta o senso de pertencimento e melhora a qualidade das relações sociais.

Sluzki (1997) por seu turno, discorre que a rede social pode estimular o indivíduo a desenvolver atividades pessoais que se associam à sobrevivência, tais como melhorar a alimentação, a prática de exercícios, a melhoria do sono, a adesão à medicação e aos acompanhamentos de saúde em geral.

A rede social desempenha um papel crucial na vida dos usuários durante os períodos de crise. Nesses momentos, eles buscam na sua rede de relacionamentos apoio, solidariedade e empatia, o que lhes proporciona a resiliência necessária para enfrentar momentos de intensa angústia e vulnerabilidade. Esse suporte é fundamental para sua estabilização.

De acordo com a análise realizada no estudo de (SALLES; BARROS, 2013), no que tange o apoio que recebem dos familiares, que ao conseguirem superar os estigmas associados ao sofrimento mental na relação com os usuários, esse novo tipo de relacionamento pode começar a influenciar a sociedade, servindo como um modelo. A família pode servir como um ponto de partida para os usuários desafiarem o estigma em torno da doença mental e iniciarem sua jornada em direção à inclusão social mais plena.

Abaixo seguem alguns relatos dos usuários que demonstram a importância do laço afetivo enquanto um fator protetivo nos momentos de crise:

“Se não fosse ele mesmo, acho que eu não estaria aqui mais não” (Cláudio diz em relação ao filho)

“uma vez que eu estava era de madrugada eu estava escrevendo uma é uma carta para minha filha que me despedindo dela explicando um por quê, uma choradeira, uma choradeira e ali eu mesma desisti, só que ia ser na grade ia tentar me enforcar colocar uma corda e ia subir na mesa de sinuca e ia tentar fazer isso. E aí só que eu mesma desisti quando enquanto eu estava escrevendo a carta para ela” (leda)

“O que me mantém vivo é a minha família, os meus pais. Se não tivesse ninguém eu acho que já tinha até feito besteira” (Fábio)

“aí quando eles me trouxeram para cá dessa última vez que eu tentei suicídio e eu prometi a mim mesma que não ia tentar mais né pelos meus filhos porque eu vi o quanto eles sofreram” (Karina)

O vínculo afetivo pode ser comparado a um fio invisível que sustenta e une indivíduos, formando uma conexão de valor inestimável e de extrema importância, especialmente quando se trata de lidar com algo tão complexo e debilitante quanto o sofrimento psíquico intenso. Essa ligação, embora não tangível, é crucial para evitar que a pessoa se coloque em situações de risco ou até mesmo se precipite ao suicídio.

A presença de uma rede social significativa desempenha um papel vital na prevenção do suicídio, oferecendo apoio emocional, assistência prática e um sistema de conexões sociais que podem combater o isolamento e promover um senso de pertencimento e valor pessoal. Quando alguém está enfrentando um sofrimento mental intenso, o apoio e a compreensão de amigos, familiares e outros membros da rede social são fundamentais para ajudar essa pessoa a superar momentos de crise.

Além disso, a presença de uma rede social forte e solidária pode ajudar a identificar sinais de alerta precoces de comportamento suicida e facilitar o acesso a recursos e serviços de saúde mental. Os membros da rede social podem estar atentos a mudanças no comportamento, expressões de desesperança ou ideação suicida e agir como aliados na busca de suporte junto aos serviços de RAPS.

Acerca do apoio que gostariam de receber de sua rede social os usuários demonstraram o anseio por entendimento e empatia, isso apareceu como sendo uma necessidade compartilhada por muitos entrevistados. Ser verdadeiramente compreendido e apoiado durante períodos de maior fragilidade psíquica é crucial para o bem-estar e a recuperação desses indivíduos. É comum que os familiares e pessoas de sua rede social enfrentam dificuldades para compreender plenamente a

situação de saúde mental dos usuários, o que pode levar a respostas inadequadas ou falta de apoio emocional eficaz. Diante desse cenário, os usuários expressam o desejo genuíno de que seus familiares se esforcem para entender mais profundamente suas vivências, demonstrando solidariedade em vez de julgamento ou estigma. A empatia não só fortalece os laços familiares, mas também cria um ambiente de apoio positivo que é essencial para o processo de recuperação. Os relatos a seguir ilustram o apoio e atitudes que gostariam das pessoas:

“Eu gostaria que as pessoas me tratassem como ser humano que está cheio de erros e cheio de acertos que eles pudessem ouvir de mim aquilo que acham como algo proveitoso e que eles pudessem eliminar dentro de mim aquilo que eles veem como errado para eles que eles não me julgassem de maneira ríspida, mas de uma maneira que favorecesse a vida deles que eles pudessem tomar experiência de mim para a vida deles”. (Geraldo)

“a doença de saúde mental deveria aparecer na televisão para as pessoas saberem mais como é que é a doença e ir em busca de soluções para saúde mental, palestras para também deveria ser feita deveria ser mais divulgado, porquê é um tabu” (Euarda)

Diante do exposto, é imprescindível fomentar uma análise crítica acerca dos estigmas e preconceitos enraizados em relação à saúde mental, visando desmistificar concepções equivocadas e implantar uma cultura de humanização e respeito. É crucial sensibilizar a rede social dos usuários por meio da disseminação de informações claras e educativas sobre saúde mental, desafiando visões preconcebidas e promovendo uma postura empática e solidária.

Adicionalmente, é vital investir em iniciativas de conscientização e capacitação, tanto para os membros da rede social quanto para a sociedade em geral, com o intuito de combater o estigma e adotar uma abordagem mais humanizada e inclusiva em relação às pessoas que enfrentam dificuldades de saúde mental. Apenas por meio de uma mobilização coletiva e esforços conjuntos será possível transcender as barreiras do preconceito e construir uma sociedade mais justa e igualitária para todos Salles e Barros (2013).

Visto que as pessoas com condições graves de saúde mental estão mais propensas à condição de vulnerabilidade socioeconômica, devido a prejuízos no seu funcionamento, perda da capacidade laboral e concomitantemente ao aumento dos gastos com saúde, necessidade de cuidados familiares, gerando fragilidade ao grupo familiar. Resultando em um espiral descendente de recursos perdidos e exclusão social que pode piorar a saúde mental existente e aumentar os fatores de risco, fragilização dos vínculos familiares ou fracasso laboral e escolar, reforçando o ciclo vicioso entre vulnerabilidade e doença mental (OMS, 2021).

De modo que, se faz necessário a capacitação de equipes de saúde mental para compreender a complexidade de trabalhar a saúde mental no território levando

em conta todos os aspectos e determinantes sociais envolvidos. Entendendo os preceitos da reforma psiquiátrica percebendo o cuidado em saúde mental para além de condutas médico centradas e medicalizantes, levando em conta o papel e a importância das interações sociais e da qualidade dessas relações, as quais podem atuar com papel protetor, gerando bem estar, em contrapartida podem atuar como agravante para a saúde mental, sendo determinante para a reabilitação psicossocial desses usuários.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das categorias identificadas foram reveladas inicialmente as características sociodemográficas, as quais denotam aspectos individuais e do contexto social dos usuários, onde ficou demonstrada a importância da articulação intersetorial e intrasetorial para atender em conjunto as necessidades dos usuários em seu contexto familiar e territorial.

As informações pessoais adicionam importantes contribuições para ampliar o entendimento acerca das características estruturais e funções exercidas pela rede social dos usuários no que concerne a identificação tanto acerca do tamanho, composição e distribuição, assim como das funções exercida pela rede social, e de que forma influenciam no cuidado sob a perspectiva da atenção psicossocial.

No que se refere às características estruturais, os usuários do CAPS II possuem redes sociais concentradas principalmente no âmbito familiar, com poucos membros envolvidos diretamente no apoio e cuidado. Essa dependência exclusiva da família representa uma restrição significativa, especialmente em momentos de crise ou urgência, tornando tanto os usuários quanto seus familiares mais vulneráveis. A família e os serviços de saúde, especialmente o CAPS, constituem as relações de maior frequência e proximidade, oferecendo cuidado diário formal e informal.

A rede social da maioria dos usuários está limitada ao contexto familiar e de saúde, com pouca distribuição no território, o que dificulta a inclusão social e o processo de reabilitação psicossocial. A centralidade da família como rede primária no cuidado informal destaca a importância de ações que integrem a família nas estratégias de saúde mental, promovendo suporte tanto da rede formal quanto informal.

Quanto às funções, a rede social significativa dos usuários oferece suporte emocional, material e afetivo. A família é a principal fonte de apoio material e emocional, embora também seja permeada por conflitos e desgaste. O CAPS proporciona apoio formal em saúde mental, enquanto a igreja e amigos fornecem apoio emocional e subjetivo. A participação em atividades de grupo no CAPS é crucial para estabelecer uma rotina e promover estabilidade psíquica, embora a integração social permaneça um desafio devido ao estigma e limitações individuais.

Os relatos indicam uma expectativa de maior compreensão e apoio por parte da rede social, especialmente da família, que necessita de mais informações sobre saúde mental. O estigma e a falta de recursos informacionais resultam em discriminação e isolamento, comprometendo a autonomia e a capacidade de realizar trocas sociais e afetivas no território. A estigmatização também pode levar à “guetificação” em serviços de saúde mental, reforçando a segregação e perpetuando uma perspectiva asilar.

Na categoria fatores intervenientes foi identificado tanto fatores de risco, os quais se apresentam como barreiras à reabilitação psicossocial dos usuários, como também fatores protetivos em suas relações sociais, os quais favorecem o seu cuidado no território. No entanto, cabe destacar que mesmo em uma perspectiva de atenção psicossocial foi identificado que o estigma está presente nas suas vivências, o que acaba por desestimular a iniciativa de contato social, resultado em isolamento social, além de desmotivar os usuários para a criação de novos vínculos sociais, até mesmo em condições mais propícias à interação, como é o caso das atividades em grupos realizadas junto ao CAPS.

No que concerne aos aspectos protetivos das interações sociais, identificou-se que estas experiências têm a capacidade de atenuar e ressignificar a vivência do sofrimento psíquico, auxiliando no seu processo de recuperação.

Assim, é necessário compreender que o sofrimento psíquico está interconectado com dinâmicas sociais mais amplas e que seu tratamento e prevenção exigem abordagens que considerem esses contextos sociais e estruturais. Isso implica não apenas intervenções individuais, mas também a promoção de mudanças sociais e políticas que abordem as raízes sociais do sofrimento psíquico e promovam a justiça social e o bem-estar para este segmento.

O estudo ressalta a necessidade de informação e conscientização em outros setores da sociedade, visando derrubar as barreiras atitudinais que impedem a verdadeira inclusão social dos usuários.

As barreiras atitudinais referem-se a preconceitos, estigmas e atitudes negativas direcionadas a pessoas com transtorno mental, sendo frequentemente mais difíceis de identificar e superar, mas não são mais prejudiciais do que às barreiras físicas ou estruturais (Corrigan, 2002). Essas atitudes podem se tornar conformadoras quando aceitas como norma social, perpetuando a discriminação.

Portanto, incluir de forma significativa indivíduos segregados na sociedade pode desafiar e transformar essas atitudes, reduzindo o estigma e promovendo inclusão. Ações de inclusão social que incorporam educação e sensibilização social podem mudar percepções distorcidas, promovendo aceitação e integração. Em suma, a inclusão social é o cerne da reforma psiquiátrica, um objetivo que demanda esforços contínuos e abrangentes (Amarante, 1995).

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Conforme descrito na metodologia, o público alvo da pesquisa se caracteriza por pessoas com transtorno mental grave e persistente que não apresentem prejuízos cognitivos que impactem a coleta de dados, porém, podem trazer prejuízos na sua capacidade adaptativa e sintomas residuais, necessitando observar essa singularidade para viabilizar a coleta de dados, necessitando reformular e retomar algumas perguntas para melhor compressão. Contudo, levando em conta as especificidades deste público, foi possível conduzir a entrevista e mesmo aqueles usuários, nos quais se observaram maior dificuldade, trouxeram preciosas contribuições à pesquisa.

Se observou que em sua maioria, os usuários demonstraram satisfação em participar da pesquisa, se dispondo prontamente a participação, inclusive desejando continuar a conversa após terminada a entrevista. Neste processo se observou que os entrevistados puderam através da participação da entrevista exercer seu protagonismo, sendo este um importante indicativo para ações futuras em saúde mental com vistas à inclusão social deste segmento.

Durante uma das entrevistas, um dos participantes apresentou conteúdo delirante ao ser questionado sobre sua rede social. Ele inicialmente demonstrou

hesitação e depois começou a expressar um conteúdo delirante, sugerindo que o tema abordado talvez tenha sido sensível para ele. O conteúdo de sua narrativa foi ouvido, validado em seus significados subjacentes, e posteriormente foram retomadas as questões da pesquisa com tranquilidade.

Cabe destacar que mesmo desconectado da realidade objetiva, seu “delírio” trouxe uma lógica interna cuidadosamente elaborada, denotando o quão criativo e vasto é o seu mundo interior. E que apesar disso, trouxe em outro momento da entrevista um notável senso de coerência por meio de suas ideias. Este aspecto da entrevista fez refletir acerca dos desafios enfrentados pelas pessoas que sofrem de transtornos psicóticos e também acerca de suas potencialidades.

Sua contribuição para o estudo foi verdadeiramente valiosa, demonstrando uma sabedoria e clareza de pensamento que levaram a refletir sobre os profundos ensinamentos da obra do século XIX de Erasmo de Rotterdam que exaltou a loucura como uma divindade em o "Elogio da Loucura". “Na loucura há sabedoria e na sabedoria há loucura” (Rotterdam, 2002).

6.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

A partir dos resultados do presente estudo pode-se perceber o grande desafio que se coloca a execução da política de saúde sob o paradigma de atenção psicossocial, assim como a imperativa necessidade de desenvolver mais estudos voltados ao cuidado na perspectiva de atenção psicossocial em serviços comunitários de saúde mental. Da pertinência em pensar o cuidado a partir do território e dos atores sociais que fazem parte deste contexto, os quais são fundamentais para o fortalecimento desses usuários a fim de promover a autonomia, visto a perda do poder de contratualidade dos usuários frente ao adoecimento.

Outra sugestão, seria pesquisas relacionadas a medidas preventivas na atenção básica de saúde para evitar agravos à saúde mental. Isso envolve investimentos na capacitação e no aumento das equipes interdisciplinares que acompanham os usuários nos serviços de atenção primária, já que muitas pessoas em sofrimento psíquico moderado a grave buscam esses serviços inicialmente. Outro ponto fundamental é quebrar com a dicotomia entre a saúde física e mental, reconhecendo que estas se influenciam mutuamente, realizando uma abordagem que leve em consideração a totalidade do indivíduo e sua existência.

A falta de investimentos em saúde mental em todos os níveis de atenção em saúde mental, resulta em medidas fragmentadas e contingências, acarretando em prejuízos para os usuários em vários setores sociais, incluindo perda e/ou fragilização das relações familiares, de trabalho e participação na comunidade. Esses prejuízos poderiam ser evitados ou minimizados se houvesse investimentos adequados em políticas e programas de prevenção de agravos em saúde mental, bem como a estruturação da assistência em saúde mental em todos os níveis da RAPS, a começar pela Atenção Primária de Saúde, onde chegam um grande volume de demandas de saúde, incluindo as de saúde mental.

Neste sentido, Fontes (2020) aponta em seu estudo, que embora não haja estimativas de prevalência de transtornos mentais precisas devido à complexidade do fenômeno, estes se apresentam como um dos principais problemas de saúde pública, estudos sugerem que os transtornos mentais moderados atingem de 20% a 35% da população brasileira.

Representando um grande desafio para as as Equipes de Saúde da Família (ESFs) devido à extensa demanda que abarcam e escassos recursos humanos para que englobam desde a prevenção de doenças até o manejo de casos crônicos. Nesse contexto, a atenção em saúde mental muitas vezes pode não receber a devida prioridade, o que pode acarretar em dificuldades para identificar precocemente transtornos mentais, encaminhar adequadamente os pacientes para tratamento especializado e prover acompanhamento contínuo para aqueles que necessitam de cuidados psicossociais neste nível de atenção.

Para lidar com essas questões, é fundamental investir no aumento e capacitação das equipes da APS em saúde mental, promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e fortalecer as parcerias com serviços especializados em saúde mental na comunidade. Essas medidas podem ajudar a melhorar a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento dos transtornos mentais na atenção primária, contribuindo para uma abordagem mais integral e eficaz da saúde, conforme propõe a Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde.

De modo que, quando se pensa em cuidado em saúde mental é necessário pensar em todos os determinantes sociais de saúde que influenciam no processo de saúde e doença dos usuários, os quais estão presentes no seu contexto social e no âmbito das suas relações familiares, comunitárias, de trabalho, estudo e no acesso às políticas públicas e a cidade. Compreendendo o princípio da integralidade

pensando o indivíduo como um todo englobando todas as necessidades para a inclusão social, levando em conta inclusive as peculiaridades e vulnerabilidades que assolam este público em particular.

Por fim, outra sugestão seria estudos para identificar se a ótica manicomial está presente nas relações sociais dos usuários, tanto nas relações institucionais no que se refere ao cuidado formal em serviços da RAPS e políticas setoriais, quanto às relações com as pessoas que compõem o território onde vivenciam suas experiências cotidianas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. T. ARRUDA, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em saúde mental: a experiência de um serviço aberto e territorial. *Pesqui. prá. psicossociais*, v. 14, n. 2, p. 1–12, 2019.

AMADEI, G. N. et al. Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27: p. e 220163, 26 maio de 2023.

AMARANTE, P. (1995). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2049–2058, jul. 2013

AUN J. G. “et al’ Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: volume 3 desenvolvendo práticas com a metodologia de atendimento sistêmico. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a implementação de serviços de saúde mental de atenção diária, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento a indivíduos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 49*.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio a pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2011, v. 20, n. 1 [Acessado 15 outubro 2022], pp. 33-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>>. Epub 05 Jul 2011. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>.

BUSS, P. M. "et al" A Saúde e seus Determinantes Sociais, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.25 n. 3: p.863-884, 2015.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

CORRIGAN, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

DABAS, E.N. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Editora Pai-dós.

DIMENSTEIN, Magda et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 20, n. 4 [Acessado 11 dezembro 2022], pp. 1209-1226. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>>. Epub 20 Jan 2011. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.

DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

FERREIRA, G. et al. The contributions of the social network in the process of deinstitutionalization of madness. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 3, p. 976–986, 1 jul. 2014.

FERREIRA, TP et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Apr;21(61):373–84. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>

FIORATI, R. C. (2006). *Acompanhamento terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

FONTES, B. Tecendo Redes, Suportando o Sofrimento: sobre os círculos sociais da loucura. *Sociologias*, vol. 16, n. 37, p. 112-143, 2014.

FONTES, B. A. S. M. Networks, sociabilities and health: the role of mental health support in Brazil. *Sociologias*, v. 22, n. 53, p. 282-286, 2020.

FRANÇA, M. S. et al. Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* v. 39 e20170303. 2018.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 64-89, 2014.

GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

GUATTARI F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

HAN, Byung-Chul. *A sociedade do cansaço*, Petropólis, Editora Vozes, 2010.

HIRDES A. Kantorski, LP *Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores* Enferm UERJ 2004; 12:217-21

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KANTORSKI LP et al. Metodologia de análise de redes do cotidiano num serviço residencial terapêutico: um estudo de caso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 61–70, 2013.

KARANCI, N. A. et al. Social support perceptions of Turkish people with schizophrenia: What helps and what doesn't help. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 63, n. 7, p. 657–665, 1 nov. 2017.

LANDIM, F.L. P. "et al" *Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental*. *Cad.Saúde Colet.*, 2010, Rio de Janeiro, 18 (4): 527-35

Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

Lei nº 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

LOZANO, Leonor Perilla; CADAVID, Bárbara Zapata Cadavid. Redes sociales, participación e interacción social. Trabajo Social, n. 11, p. 147-158, 2009.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira, Pereira, Maria Alice Ornellas e Pereira Junior, Alfredo A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2006, v. 14, n. 3 [Acessado 14 Julho 2022], pp. 448-456. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>>. Epub 10 Jul 2006. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>.

MACÊDO, T. E. P. M. et al. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. Estudos de Psicologia (Natal), v. 18, n. 4, p. 639–647, 2013.

MÂNGIA, E.; MURAMOTO, M. (2007). Redes Sociais e a construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviços substitutivos em saúde mental. Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, 18(2), 54-62.

MARTÍ, JB. La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. Redes – Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales [periódico na Internet]. 2006

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA R.C.C.P; GALVÃO C.M. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. v. 17, n. 4, p. 758–64, 2008.

MONTANHER, M.K. LEAL, E M. As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery Social networks by the perspective of people with the

diagnosis of schizophrenia in treatment in a “CAPS” from Campinas and the implications in recovery. *Rev Ter Ocup*, 2013.

MORE, C. L.O.O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário, *Santa Catarina, Paidéia*, 15 (31), 287-297, 2005

MURAMOTO, M. T. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviços de saúde mental no município de Santo André. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), 2008. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3263.

Acesso em: 15 out 2022.

MURTA, S. G. et al. *Prevenção e Promoção em Saúde Mental, Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*, Novo Hamburgo. Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2014

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira, Brêda, Mércia Zeviani e Albuquerque, Maria Cicera dos Santos do adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, n. 54 [Acessado 22 outubro 2022], pp. 479-490. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0194>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0194>.

NETO, Manoel de Lima Acioli; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

ONOCKO, C. Rosana Teresa e Furtado, Juarez Pereira Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 5 [Acessado 3 Novembro 2022] , pp. 1053-1062. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>. Epub 02 Maio 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022

PRADO, F. K. M. et al. Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, p. e20180161, 10 fev. 2020.

RABELO, Ionara V. M.; TAVARES, Rosana C.; FARIAS, Yuza R. Prefácio. In: _____ et al. (Orgs.). *Olhares: experiências de CAPS*. Goiânia: Editora Kelps, 2009

ROCHA, T. H. R.; PAULA, J. G.; CASTRO, F. C. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. *VínculorevistadoNesme*, v. 18, n. 1, p. 95–105, 2021.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22 n.3 p. 704-12, 2013.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18 n.7 p.2129-2138, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde E Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1059–1071, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial *Saúde em Debate* Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S.; MATSUKURA, T. S. The Brazilian Community Mental Health Care Services: Social Inclusion and Psychosocial Rehabilitation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, v. 3, n. 2, p. 89–94, 1 dez. 2016.

SALLES MM, Barros S, Santos JC Relacionamentos de pessoas com transtornos mentais: processos de exclusão e inclusão social. *Rev Enferm UERJ*, v. 27:26923. Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, v.6, n. 1, p.383-387. Disponível em

<http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em 12 de set. 2022.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 4a ed. São Paulo: Hucitec Editora; 1996. p. 13-8..

SAYCE, L. Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, London, v. 25, n. 4, p. 121-123, 2001.

SLUZKI, C. E. (2003). A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SILVA, M. A. et al Efeitos emancipatórios da participação de uma mulher em um projeto comunitário: Estudo de caso. *Nova perspectiva Sistêmica*, v.30, n.71, p 85-105, dezembro de 2021.

SILVA, M.N M.O, Costa II. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(1):19-29

SILVA, M. N. R. M. O. Redes sociais significativas na saúde mental: (des) cobrindo relações no sofrimento psíquico grave e redes) cobrindo elos de encontro. Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Brasília. Brasília 2010.

SILVEIRA, C. et al. MEDIATORS COLLABORATORS AND INHIBITORS IN THE SOCIAL NET OF USERS FROM A PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 5, n. 4, p. 696–705, 1 out. 2013.

SIQUEIRA, D. F. DE et al. Redes sociais de apoio no cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 8, n. 4, p. 859, 14 dez. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa, *Rev Saúde Pública*, SP, 39 (3): 507-14, 2005

VARES, S. F. O problema do suicídio em Émile Durkheim, *Revista do Instituto de Ciências Humanas –vol. 13, nº 18, 2017*

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2016, v. 20, n. 57 [Acessado 21 Julho 2022] , pp. 313-323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>.

WANDERLEY, M. (2002). Refletindo sobre a noção de exclusão. Em B. Sawaia (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 16-26). Petrópolis: Vozes.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado a participar da pesquisa intitulada: A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, esta pesquisa está ligada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC. A pesquisa será conduzida por mim, Dionéia Aparecida de Oliveira Berny Guedes - (RG: 7586102 SSP/SC), sob a orientação do Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon (RG:37.575.989-X SSP/SP).

Nome do(a) Participante: _____

Telefone:(__) _____ Data nascimento: __/__/__

Data da entrevista: ____/____/____

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo, antes de decidir se deseja participar do estudo.

1. *Objetivo do estudo:* Analisar a rede social significativa de usuários (as) do Centro de atenção Psicossocial no processo de reabilitação psicossocial; identificando as funções e características da rede social significativa; descrevendo os seus fatores intervenientes para reabilitação psicossocial.

2. *Justificativa:* o estudo acerca da rede social significativa é relevante na medida que propicia o conhecimento acerca dos recursos presentes na rede social significativa, podendo favorecer a autonomia dos usuários em relação ao seu meio social, possibilitando a ampliação da rede de cuidados em saúde mental no território onde vive.

3. *Procedimentos:* A sua participação consiste em responder a perguntas pré-definidas, como também terá liberdade para falar sobre outro assunto que surgir, com tempo que considere necessário para responder as perguntas. Conquanto, estima-se que a entrevista durará em média de 30 a 60 minutos. A entrevista ocorrerá nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, após contato prévio, esclarecendo sobre a natureza da pesquisa e a devida concordância e interesse em participar, será marcado horário conveniente ao participante e após leitura e assinatura do TCLE a entrevista dará início em ambiente tranquilo e sigiloso. Será utilizado um gravador para registrar as informações e posterior transcrição pela pesquisadora.

4. *Riscos:* O procedimento utilizado nesta pesquisa não intenciona oferecer riscos à integridade e obedece aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme legislação vigente. Contudo, o risco que envolve sua participação resume-se ao cansaço de responder a entrevista, pode ser também que mobilize sentimentos ou evoque lembranças nem sempre agradáveis, ou mesmo cause desconforto e constrangimento devido a gravação da entrevista, assim sendo, caso sinta-me desconfortável com algum tópico ou questão relacionada a entrevista, deverei comunicar imediatamente à pesquisadora, que interromperá a gravação e irá fazer o manejo necessário para que a situação seja controlada, incluindo assistência da equipe interdisciplinar de saúde mental do serviço e/ou outros encaminhamentos e assistência que se façam necessários.

5. *Benefícios:* Minha participação é voluntária e não trará qualquer benefício direto. Contudo, proporcionará um melhor conhecimento sobre a temática rede social significativa. Ademais, poderá contribuir para estudos futuros na área de saúde mental, da atenção psicossocial e suas interfaces com outras áreas de conhecimento.

6. *Direitos do participante:* posso me negar a participar e me retirar deste estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo; caso venha a sofrer qualquer tipo de dano diretamente causado pelo procedimento proposto neste estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido, terei direito a indenização, bem como a assistência imediata e integral. Terei acesso ao registro do consentimento sempre que solicitar; terei direito de acesso aos resultados da pesquisa, bem como a qualquer etapa do estudo, podendo esclarecer eventuais dúvidas. Bastando entrar em contato com os pesquisadores, e, se necessário, com o Comitê de ética em pesquisa com seres humanos - CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina.

7. *Compensação financeira:* Não existirão despesas e/ou compensações financeiras relacionadas à minha participação no estudo. Entretanto, foi-me assegurado que, caso ocorra alguma despesa financeira decorrente do estudo, me será assegurado o ressarcimento pelos pesquisadores.

8. *Confidencialidade:* O anonimato, sigilo e privacidade do participante será preservado na utilização de qualquer dado pelos pesquisadores, porém, existem a possibilidade ainda que remota de quebra de sigilo de forma totalmente involuntária e não intencional, o que caso venha a ocorrer, poderá causar implicações na vida pessoal dos participantes e as consequências serão tratadas conforme legislação vigente. Compreendo que os resultados deste estudo poderão ser publicados ou apresentados em congressos a fim de contribuir à comunidade científica. Nenhuma informação pessoal servirá para quaisquer outros fins. Nenhuma informação será incorporada a banco de dados.

9. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e também pelo Núcleo de Educação Permanente da Prefeitura Municipal de São José. Cabe destacar que o Comitê de ética em e pesquisa com seres humanos é um órgão, colegiado e independente vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribui no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Está situado no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.

10. Em caso de dúvidas quanto à pesquisa descrita, posso contatar com os pesquisadores envolvidos no projeto a qualquer momento através dos seguintes endereços e contatos: R. Marília Borges Vaz, s/n - Areias, São José - SC, 88113-828 Contato: (48) 3346-8525 (48) 98473-1923 dioneiaberny@gmail.com (pesquisadora principal) e UFSC/CCS Bloco H, Sala das secretarias das pós-graduações - Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n, Trindade, Florianópolis CEP 88040-900, Contato: (48) 3721-9388 E-mail: fabricio.menegon@ufsc.br (pesquisador assistente).

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo e em ceder meus dados à pesquisadora. Permito que os achados observados e registrados pela pesquisadora sejam utilizados por ela. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Este formulário será elaborado em duas vias, receberei uma cópia assinada e rubricada deste formulário de consentimento.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2

Roteiro para a Entrevista Semiestruturada

Iniciarei a entrevista cumprimentando o usuário em seguida explicando os objetivos e métodos da pesquisa, apresentando a temática da pesquisa e o conceito de rede pessoal significativa, assim como, o mapa de rede social para preenchimento pelo sujeito da pesquisa, como também disponibilizarei o Termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura e formalização da etapa inicial da pesquisa.

1° PARTE: INFORMAÇÕES PESSOAIS

- Nome, idade, estado civil?
- Composição familiar (com quem mora)?
- Ocupação?
- Possui renda ou recebe algum benefício social?
- Me conta sobre sua rotina, responsabilidades, tarefas e lazer.
- Possui outros problemas de saúde?
- Na família alguém possui algum problema de saúde?
- Faz uso de álcool, cigarro ou drogas?

2° PARTE: IDENTIFICANDO A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA

- Quais pessoas você identifica como parte da sua rede social? (mapa sluzki) família, amigos, vizinhos, comunidade, rede social (facebook, instagram etc...), igreja, escola, trabalho, profissionais de serviços públicos
- Me conte como está sua rede de relações sociais?
- Me fale sobre o tipo de apoio que recebe das pessoas que compõem sua rede social? Companhia () Apoio emocional () Recebe conselhos e informações () Reitera responsabilidades () Recebe apoio material e financeiro () acesso a novos contatos ()
- As pessoas da sua rede te pedem apoio também?
- Você observou alguma mudança na atitude das pessoas em relação a ti após o seu adoecimento psíquico?
- Sua rede de relações sociais favorece ou prejudica a sua saúde e bem estar? justifique
- Frequentar as atividades no CAPS II te trouxe a possibilidade de novos vínculos: de amizades, com profissionais e/ou com outros serviços públicos?
- Que tipo de apoio você gostaria de receber das pessoas da sua rede social?

APÊNDICE 3

Quadro – resumo dos achados – Revisão integrativa

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Siqueira D, Xavier M, Serbim A et al., 2018 BDENF	Refletir acerca das redes sociais de apoio formais e informais no cuidado à pessoa com transtorno mental centrado no paradigma psicossocial	A família é fonte primária de recurso na rede social de apoio informal e, por vezes, é a chave para a efetividade do cuidado fornecido pela rede formal de serviços.	A rede social de apoio é um aspecto que necessita ser valorizado pelo profissional de saúde, pois a partir dela é possível planejar o cuidado em saúde mental.
Salles MM, Barros S, Santos JC, 2019, CINAHL	Identificar e analisar os processos de exclusão e inclusão social que acontecem na família da pessoa com transtorno Mental	Neste estudo se observou que podem ocorrer conflitos, distanciamento e rompimento no âmbito familiar, podendo resultar em abandono e exclusão social desses indivíduos. Por outro lado, se identificou melhoria na convivência familiar quando há articulação do profissional com a família.	identificou-se que a exclusão social dos usuários na família pode ocorrer pela ruptura e distanciament o ou de uma maneira mais sutil. os relacionament os se constroem em um processo dialético, passando por conflitos e

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
			situações de reciprocidade.
Prado FKM, et al, 2020, Embase	Analisar o Acompanhamento Terapêutico e a Intervenção em Rede como dispositivos para construção da rede social/pessoal de usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Rede social do participante do estudo composta pela família e por profissionais do CAPS, a qual, no entanto, apresenta densidade e se mostrou atuante na vida deste usuário, embora no âmbito familiar, permeada por conflitos e momentos de apoio, não apresentando linearidade.	O acompanhamento Terapêutico e intervenção em rede resultaram em maior participação social, autonomia e reorganização dos papéis familiares e tratamento no CAPS, melhorando e ampliando suas interações, na proposição de ações,

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
			melhora no comportamento e tratamento.
Amadei GN, Barbosa GC, Pinho PH, Oliveira MAF, Domingos TS, 2023, Embase	Analisar as características estruturais, as funções e os atributos dos vínculos, nas redes sociais, de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps).	Neste estudo se identificou que a rede social desses usuários é em sua maioria formada por familiares e profissionais do CAPS, predominando as funções de apoio emocional, ajuda material e companhia social. Não foi identificado guia cognitivo, de conselhos e estímulo a novos contatos.	a expansão das redes sociais significativas movimentada a tríade reabilitatória e avança no projeto da construção de uma sociedade antimanicomial e democrática.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Montanher MK, Leal EM, 2013, LILACS	Conhecer como as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS da cidade de Campinas compõem e experimentam as suas redes sociais e que implicações as redes sociais tem o seu processo de "recovery".	Se identificou fatores de apoio, na família, entre os próprios usuários, de instituições religiosas, por parte dos profissionais, porém, se observou também fatores de risco nas relações familiares, as quais por vezes são permeadas por conflitos.	A partir das narrativas que as redes são positivas para a experiência de recovery, se vivenciadas com alguma capacidade de proporcionar esperança, incentivo e suporte.
Kantorski LP, Guedes AC, Cortes JM, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, 2013 LILACS	Compreender as redes sociais e de serviços dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico.	Foi identificado que a maioria dos usuários sente falta do apoio e do vínculo familiar e relatam conflitos com outros moradores do SRT, o que afeta seu sentimento de pertença/identidade.	É uma metodologia que valoriza a experiência do usuário no cotidiano; as trocas que estabelece, os conflitos e alianças; e permitiu apontar saídas que além de fortalecerem a pessoa individualmente, contribuem para um

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
			senso comunitário.
SALLES, M. M.; BARROS, S, 2013 LILACS	Identificar os processos de exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde.	Neste estudo foi identificado que mesmo os usuários sem internação prévia permaneciam excluídos em seu meio familiar. Todavia, o CAPS aparece como espaço de acolhimento, assim como de romper com isolamento, com o preconceito e de promover a inclusão social.	Com os usuários circulando na comunidade. Se destaca a importância de articular de seus projetos terapêuticos para a integração desses indivíduos na vida comunitária, respeitando seus desejos e necessidades, no que se refere a trabalho,

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
			estudo, lazer e a criação de novos laços sociais.
Argiles CTL et al, 2013, LILACS	Conhecer a rede de sociabilidade dos usuários do serviço residencial terapêutico de Alegrete/RS, a partir de um estudo de caso	A família, a vizinhança, as amizades constituem redes que permitem ao indivíduo o sentido de pertencimento. Porém, se observou aspectos como tutela, preconceito	Os SRT, enfrentam o desafio da inserção social de seus moradores na família, comunidade e serviços de forma a alcançar uma vida autônoma no território.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Silveira CGS, Kantorski LP, Jardim VMR et al, 2013, LILACS	Conhecer a rede social dos usuários que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial e a contribuição para o desenvolvimento de sua autonomia, identificando os fatores colaboradores e inibidores desta rede	Na rede social da maioria dos usuários a família aparece como fonte de apoio e cuidado, porém em alguns casos também tensionada por conflitos, o CAPS aparece como importante fator de apoio e mediação de conflitos e também por parte de vizinhos e comunidade.	O estudo aponta a necessidade dos profissionais da área de saúde mental em não se centrar apenas na pessoa doente, mas promover os vínculos sociais com o seu entorno. Não sendo possível promover a reabilitação sem que se considere esta tarefa essencial para reconstrução da autonomia.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Salles M, Barros S, 2013, LILACS	Identificar e analisar as concepções expressas pelos entrevistados sobre inclusão social e doença mental	Os usuários expressaram que ter um trabalho, renda, estudar e ter uma rede social, se sentir capaz e ser aceito é estar incluído socialmente, por outro lado demonstrou que esses usuários se sentem excluídos justamente por vivenciar situações em que carecem dessas condições, associada ao estigma que vivenciam.	O estudo refere a importância de trabalhar o contexto social desses usuários, assim como as representações sociais acerca da doença mental, acreditando que é possível que tenham vidas significativas para que possam romper com as barreiras do estigma para consolidar sua inclusão social.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Macêdo TEPM, Fernandes C A, Costa I S, 2013, LILACS	Descrever e analisar a rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial II.	Se observou que a maioria das redes são compostas pela família dos usuários, com a qual conseguem estabelecer reciprocidade.	O estudo propõe que os profissionais do CAPS ampliem a rede social e a reciprocidade para além do núcleo familiar, no intuito e melhorar a autonomia dos usuários.
Ferreira GB, Coimbra VCC, Kantorski LP, et al, 2014, LILACS	Conhecer a rede social de uma moradora de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de Caxias do Sul - RS.	O estudo identificou que a rede da usuária conta com seus familiares e profissionais que atuam no SRT, outros moradores. Quanto a relação de vizinhança, apresenta situações de tensionamento. Com o CAPS relatou um vínculo fraco.	Surge o desafio para aos profissionais de saúde mental, ampliarem as redes sociais para outros espaços sociais, impulsionando a liberdade prevista pela reforma psiquiátrica.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Almeida, D. T., Arruda, A. E, 2019, LILACS	Discutir as implicações da permeabilidade entre um Centro de Atenção Psicossocial III (Caps) e o território para a estruturação do cuidado, salientando aspectos que favorecem ou dificultam seu funcionamento como um serviço aberto.	O estudo identifica os desafios que se apresentam no dia a dia de um CAPS III em um território permeado pela violência, tráfico e condições de vulnerabilidade social no contexto da cidade que atravessam as intervenções que necessitam acompanhar o movimento da realidade de vida dos usuários.	O retorno a práticas manicomializa o acesso dos usuários aos direitos de cidadania. Desafiando os profissionais a construir com os usuários saídas sempre singulares para o que os aflige em seus enlaçamentos com o mundo.
Karanci N, Gök A, Yildirim B et al, 2017, PUBMED	Examinar o que é percebido como apoio útil e inútil dos membros das redes sociais naturais por 32 pessoas turcas com esquizofrenia.	A maioria dos participantes vive com suas famílias e referem que o apoio instrumental, emocional, de socialização e de reciprocidade como apoio útil. A intrusão e o menosprezo/rejeição, estigma como inúteis.	É importante também fornecer apoio às famílias que enfrentam dificuldades impostas ao seu familiar que sofre de esquizofrenia para que possam ser capacitados para fornecer a assistência necessária.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Salles M, Barros S, 2013, PUBMED	Identificar e analisar as dificuldades e as possibilidades de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em construir sua rede social ampliada.	Na rede social dos usuários, a família aparece com papel relevante, o Caps (profissionais e outros usuários), os vizinhos, ONGS e a igreja estes atores se mostraram importantes para a inclusão social desses indivíduos. Porém, também se identificou relações antagônicas, isolamento social e afastamento após o adoecimento.	O CAPS apareceu nos discursos como facilitador da rede social. Foi identificado que os usuários têm possibilidade para fazer e manter amizades e se relacionarem com outras pessoas na sociedade e é na convivência social que se cria o contexto para a sua inclusão social.
Salles M, Barros S, 2013, SCIELO.	Identificar as experiências da vida cotidiana de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial relacionadas a processos de exclusão e inclusão social	Se constatou que os usuários vivenciam situações de exclusão, relacionadas principalmente a discriminação. Porém, se observou oportunidades que favorecem a inclusão, como a atitude inclusiva de pessoas da	Conclui-se que os processos de exclusão/inclusão ocorrem no dia a dia dos usuários na forma que as suas relações sociais se desenvolvem. Se aponta ainda a necessidade de realizar campanhas para combater o preconceito

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
		rede social do usuário e a participação no Centro de Atenção Psicossocial ou em outros locais da comunidade.	contra a pessoa com transtorno mental.
Juliano e Yunes, 2014, SCIELO	Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência.	Este estudo traz importantes contribuições acerca do constructo resiliência comunitária para a formação de redes de apoio no enfrentamento de condições adversas de grupos vulnerabilizados.	A abordagem de resiliência comunitária traz importantes contribuições para as políticas públicas atuarem com grupos mais vulneráveis devido por estarem expostos a maior risco psicossocial.
Salles M, Barros S, Matsukura T, 2016,	Analisar as potencialidades e limitações desse modelo	Apesar do CAPS ser identificado como um local de apoio e	Se conclui que é necessário lançar mão de estratégias no

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
SCOPUS	de atendimento brasileiro para promover a inclusão social de pessoas com transtornos mentais.	acolhimento, não promove ações extra muros, o que acaba por inviabilizar a inclusão social em outros setores sociais.	território para além do CAPS para possibilitar a inclusão social.
ROCHA; PAULA; CASTRO, 2021, REDALYC	investigar sujeitos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seus modos de relacionamento familiar e a importância das mesmas durante o acompanhamento nestes dispositivos de assistência diante os desafios impostos pelo processo de desinstitucionalização.	Os autores identificaram a família como atores sociais fundamentais no novo modelo de atenção psicossocial, onde ganham um papel junto aos usuários, o que demanda uma atenção qualificada também a família dos usuários, sem a qual o tratamento de alguns usuários pode ficar comprometido.	O estudo evidencia a importância da realização de mais estudos acerca do papel da família na atenção psicossocial e considera desafiador o processo de reinserção social destes indivíduos.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Fontes B, 2014, REDALYC	investigar a estrutura das redes sociais não ancoradas territorialmente; são interações mediadas pela Internet, capazes de estruturar laços secundários (predominantemente) e primários (de forma ocasional	Neste estudo o autor refere que o ambiente virtual pode ser uma ferramenta para pessoas que vivenciam o isolamento social e estigmatização criarem laços sociais, porém, não substituem os vínculos territoriais.	Conclui-se que comunidades online de pessoas que vivenciam problemas de saúde mental promovem apoio social e disseminação de práticas e informações sobre o cuidado.
Carvalho M, Franco T, 2014, REDALYC	Analisar a rede de cuidados à saúde mental, tomando um usuário como analisador dessa própria rede	O usuário faz no contexto da cidade suas conexões, sua forma de pertencimento, de protagonismo e autonomia e desta forma o território também como espaço de cuidado extra muros.	O estudo reconhece a importância, tanto a rede formal de cuidado, quanto da rede singular constituída no território no cuidado do usuário.

Autor, ano e Base de dados	Objetivo do estudo	Principais achados	Principais conclusões de cada estudo
Fontes, B 2020, REDALYC	Resumo da pesquisa sobre saúde mental e sociabilidades, com base na observação em instituições para apoio à saúde mental nas cidades brasileiras.	Trabalhar na perspectiva de rede territorial permanece sendo um grande desafio para os serviços de saúde mental ainda ancorados em práticas biomédicas.	A importância de a saúde dialogar com os campos não formais do conhecimento. Tendo a rede grande potência nesta nova perspectiva de cuidado em serviços comunitários de saúde mental.

Fonte: elaborado pela autora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA DE USUÁRIOS (AS) DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Dionéia Aparecida de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71910123.3.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.295.999

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a rede social significativa dos usuários assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II da Grande Florianópolis, a presente pesquisa está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, será realizada nas dependências do CAPS II, através do método qualitativo de cunho exploratório, por meio da entrevista semiestruturada e a análise e tratamento de dados será feito a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática de Lawrence Bardin.

Critério de Inclusão:

Serão elegíveis para a pesquisa os usuários que estiverem com seus Projetos terapêuticos ativos, participando em atividade de grupo no CAPS II, bem como, estejam aptos para responder a entrevista, com autodeterminação preservada e discurso organizado.

Critério de Exclusão:

Não serão elegíveis para a pesquisa os usuários curatelados e/ou com incapacidade civil, com

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.295.999

prejuízo

cognitivo devido a agravos da doença mental, em situação de crise e que não estejam com Projeto Terapêutico ativo no serviço.

Hipótese:

A rede social significativa da pessoa em sofrimento mental desempenha papel relevante para a busca da autonomia, favorecendo o aumento do poder de contratualidade destes sujeitos em seu território, bem como contribui para o aprofundamento acerca de ferramentas para a promoção da reabilitação psicossocial dos usuários (as) num serviço comunitário de saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Primário:

Analisar a rede social significativa de usuários(as) de um CAPS II.

Objetivo Secundário:

Identificar as funções e características da rede social significativa de usuários (as) de um CAPS II;

Descrever os fatores intervenientes da rede social significativa de usuários (as) de um CAPS II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O procedimento utilizado nesta pesquisa não oferece riscos à integridade e obedece aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Deste modo, caso sinta-me desconfortável com algum tópico abordado na entrevista, deverei comunicar imediatamente à pesquisadora, que interromperá a gravação e irá fazer o manejo necessário para que a situação seja controlada, incluindo suporte da equipe interdisciplinar de saúde mental.

Benefícios:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.295.999

A participação é voluntária e não trará qualquer benefício direto. No entanto, proporcionará um melhor conhecimento sobre a rede social significativa. Ademais, poderá contribuir para futuros estudos na área de saúde mental, da atenção psicossocial e suas interfaces com outras áreas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa vinculado a Projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon

Financiamento: próprio.

Número de participantes no Brasil: 15.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) A redação dos Riscos e Benefícios foi ajustada e atende aos requisitos estabelecidos nas normativas relacionadas.
- 2) Folha de Rosto: assinada pela pesquisadora responsável e por Lúcio José Botelho, subcoordenador do mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial em 25/07/23.
- 3) Carta de anuência: a. assinada por Jaíne Rodrigues da Luz, gerente do NEPS/SMS/PMSJ, em 19 de junho de 2023. b. correspondência autorizando a pesquisa por parte do NECAD-UFSC e c. Autorização por parte do CEDICA-RS, assinada por Simone Maria Pedott Romanenco, Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul – CEDICA/RS.
- 4) TCLE: As pendências apontadas em parecer anterior foram sanadas.
- 5) Roteiro de entrevista: apresentado no projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.295.999

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157469.pdf	29/08/2023 14:30:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	29/08/2023 14:20:37	Dionéia Aparecida de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	29/08/2023 14:19:47	Dionéia Aparecida de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEPSH_assinado.pdf	29/08/2023 14:18:17	Dionéia Aparecida de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/07/2023 19:04:54	Dionéia Aparecida de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINSTITUICAO.pdf	23/06/2023 14:25:22	Dionéia Aparecida de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Setembro de 2023

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

