

O CONCEITO DE REDE SOCIAL EM SAÚDE: PENSANDO POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE CONCEPT OF SOCIAL NETWORK IN HEALTH:
THINKING POSSIBILITIES FOR PRACTICE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

RESUMO: Este artigo, de caráter teórico e reflexivo, busca discutir a utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tal, trazemos os pressupostos da ESF, considerando o caráter ampliado de atendimento que seu discurso defende e que abarca os determinantes sociais, econômicos e psicológicos da saúde. Discutimos textos que abordam a temática de redes sociais e sua utilização na saúde, que consideramos como um interessante caminho para promover ações alinhadas aos pressupostos da ESF em busca de práticas mais inclusivas e próximas à realidade da população atendida. Articulamos essa discussão às contribuições do movimento construcionista social, que traz subsídios para sustentar essa aproximação, auxiliando na compreensão dos processos interativos como centrais para a constituição e modos de viver das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Rede social; Estratégia Saúde da Família; Construcionismo Social.

ABSTRACT: This article, of theoretical and reflexive character, aims to discuss the use of the social network concept for the work on health, especially on Family Health Strategy (FHS). Thus, we bring the FHS premises, considering the broad character of health care, which embraces social, economic and psychological determinants of health. We discuss texts that focus the theme of social networks and its use on health, which we consider as an interesting way to promote actions that are aligned to FHS premises, seeking for practices that are more inclusive and close to FHS users' realities. We articulate these discussions based on the contributions of the social constructionist movement, that brings subsidies to sustain this approximation, helping in the comprehension of interactive processes as central for people's constitution and their ways of living.

KEYWORDS: Social network; Family Health Strategy; Social Constructionism.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde brasileiras são embasadas por uma concepção ampla de saúde, não restrita apenas às suas características biológicas ou ao binômio saúde/doença. Em consonância com tal perspectiva, no presente artigo propomos reflexões sobre a utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde, mais especificamente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para delinear e alinhar tais interlocuções, partimos da perspectiva do Construcionismo Social, que considera como centrais os relacionamentos humanos nas formas de entender e se atuar no mundo.

Assim, o artigo se inicia com uma apresentação sobre o contexto da Estratégia Saúde da Família, passando a uma discussão sobre o conceito de redes sociais e sua aplicação na área da saúde, e, posteriormente, a considerações sobre o construcionismo social, para depois apresentar uma possível forma de articulação entre esses temas.

ARTIGO

**RICARDO LANA
PINHEIRO**

Psicólogo. Aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

E-mail: ricardolp@pg.ffclrp.usp.br

CARLA GUANAES

Psicóloga e terapeuta familiar.

Professora Doutora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

E-mail: carlaguanaes@ffclrp.usp.br

Recebido em 15 de abril de 2011.

Aprovado em 15 de maio de 2011.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As práticas de saúde vigentes no Brasil são fruto de uma trajetória histórica com importantes avanços ocorridos através da realização de várias discussões, conferências (nacionais e internacionais) e articulações políticas (Matta & Fausto, 2007). Tais articulações culminaram na criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), que determina as diretrizes atuais da saúde coletiva brasileira (Brasil, 1990), tendo como uma de suas formas de atuação a Estratégia Saúde da Família.

As diretrizes de saúde brasileiras se alinham a uma concepção ampliada de saúde, compreendendo-a não apenas como a ausência de doenças, consideradas em seu caráter puramente biológico, mas levando em conta também seus determinantes sociais, psicológicos e econômicos, se opondo assim ao chamado modelo biomédico de saúde. Tal modelo, segundo Barros (2002), que é historicamente hegemônico nas sociedades ocidentais, e que originou os hospitais e tratamentos mais conhecidos, é pautado pela ideia cartesiana de que o homem conhece e atua sobre uma realidade externa a ele através de métodos e técnicas sistematizados. Nesse modelo, a visão do mundo e do corpo como uma grande máquina a se explorar ganhou força, abrindo espaço para que a medicina mecanicista fornecesse os instrumentos para médicos lidarem com as doenças de maneira cada vez mais satisfatória, o que certamente levou a grandes avanços, como vacinas e tratamentos para diversos males. Barros critica a hegemonia desse modelo, apontando que, mais que uma defesa da saúde,

este sustenta também uma comercialização de medicamentos e práticas, mantendo o *status quo* da classe médica e a possibilidade de atuações reducionistas e por vezes paliativas, não atendendo inteiramente às causas dos problemas de saúde, que são, muitas vezes, também econômicas e sociais.

Em um modelo alinhado a uma perspectiva ampliada, há hoje uma ênfase nas políticas brasileiras em relação à atenção básica à saúde, que compreende ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, com objetivo de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (Brasil, 1998). A organização da atenção básica no Brasil se fundamenta nos princípios do SUS: saúde como direito, integralidade, universalidade e equidade da assistência, e enfatiza a resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde), a intersetorialidade (ações integradas entre serviços de saúde e outros órgãos públicos), a humanização do atendimento e a participação comunitária na gestão do sistema (Brasil, 1998).

Tendo em vista esses princípios, foi criada em 1994 a ESF (denominada inicialmente como Programa de Saúde da Família), que atualmente é a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica no Brasil, sendo caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2006). A ESF busca uma reorientação do trabalho em saúde, que deve ser realizado de forma próxima às comunidades e às famílias, com cuidado contínuo e atento às necessidades da população (Brasil, 1997).

Cada unidade de saúde da família é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médi-

co, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2006). É responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000. A ESF atualmente vem assumindo o *status* de política nacional, atendendo a aproximadamente 90 milhões de brasileiros (Temporão, 2009).

A ESF se orienta pelos seguintes princípios: adscrição da clientela (vínculo permanente entre a população, equipes e unidades de saúde); territorialização (definição e mapeamento do território e da população atendida); diagnóstico da situação de saúde da população (permite a análise da situação de saúde do local de atuação através do cadastramento das famílias e indivíduos); e planejamento baseado na realidade local (possibilitando atividades orientadas de acordo com critérios de risco à saúde, com prioridade para ações articuladas permanentemente com os atendidos) (Brasil, 1997).

As concepções que pautam a ESF consideram o indivíduo em contexto, devendo as ações de saúde extrapolar a ordem individual, considerando as histórias de vida das pessoas atendidas e especificidades dos locais em que vivem. Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007) e Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002), uma ampla compreensão do processo saúde-doença, em suas dimensões biológicas, sociais, políticas, econômicas, culturais, é importante para um bom planejamento de ações de saúde, partindo da realidade das famílias atendidas.

O discurso e as formas de lidar com a saúde presentes nas diretrizes da ESF apresentam avanços. No entanto, o trabalho cotidiano marca a convivência entre diferentes dis-

curso e modos de organização das práticas, o que muitas vezes torna o trabalho ainda distante do idealizado (conforme discutido por Sousa & Hamann, 2009). Estamos atentos a essas tensões, porém, no presente artigo, priorizamos uma análise com base nas concepções teóricas que orientam a ESF, uma vez que partimos de uma visão pragmática da linguagem. Dito de outro modo, entendemos que discursos constroem realidades e, sendo assim, os discursos sobre a saúde (presentes nas políticas públicas e em seu uso cotidiano) trazem possibilidades para o enriquecimento das práticas profissionais. Um conceito que julgamos próximo das concepções defendidas na ESF e que pode ser útil para contribuir para práticas nesse contexto é o de redes sociais, sobre o qual discutiremos a seguir.

REDE SOCIAL

O conceito de rede social é polissêmico, sendo descrito de diversas formas na literatura (Carvalho, Bastos, Rabinovich, Sampaio, 2006; Mângia & Muramoto, 2005; Marteleto, 2001; Sluzki, 1997). Há estudos que discutem sobre redes sociais em várias áreas, tais como comunicação social, administração, ciências sociais, psicologia, enfermagem, medicina, dentre outras, e que tratam de temas bastante variados, como política, educação, saúde, estudos sobre comunidade etc.

Segundo Sluzki (1997), o campo de estudos sobre redes sociais se desenvolveu de maneira cumulativa, porém desordenada, a partir de contribuições de diversos autores. Dentre eles, destaca Kurt Lewin, que deu grande ênfase às relações sociais informais

em sua teoria do campo; Jacob Moreno, que desenvolveu uma técnica sociométrica muito utilizada, o sociograma; John Barnes, antropólogo que estudou redes informais e formais, intra e extrafamiliares; Elisabeth Both, com estudos sobre família, em que trouxe conceitos como composição, estrutura e densidade de redes sociais; Erich Lindemann, com investigações sobre os efeitos de curto e longo prazo das situações de crise sobre as redes sociais; Ross Speck e Carolyn Attneave, com a inclusão da família extensa e de redes informais de relacionamento em reuniões terapêuticas para lidar com pacientes em crise.

Marteleteo (2001) destaca que “desde os estudos clássicos sobre redes sociais até os mais recentes, concorda-se que não existe uma ‘teoria de redes sociais’ e que o conceito pode ser empregado com diversas teorias sociais” (p. 72). Mângia e Muramoto (2005) apontam, citando Molina et al (2004), que a polissemia do conceito torna possível identificar várias definições e usos para a ideia de redes sociais.

Como exemplo dessa variedade de formas de conceptualização e utilização desse conceito, citamos Stotz (2009), que delinea algumas possibilidades do estudo de redes sociais:

Podemos estudar redes sociais, dentre outros aspectos, como apoio social (estudos sobre monitoramento de tratamento, controle de doenças, nutrição, envelhecimento, prevenção de riscos, como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis); solidariedade (estudos sobre ação de soropositivos do HIV/Aids); focalização de políticas sociais (Programa Saúde da Família); gestão de políticas e articulação de interesses (estudos sobre cidades saudáveis e políticas de combate

à pobreza); compromisso social (estudos sobre ação de adolescentes).

Martins (2010) faz uma revisão sobre a produção ibero-latino-americana acerca de redes sociais, colocando que esta tende a expor dois níveis de interpretação de rede (ambos insuficientes para produzir uma visão integral sobre o tema, segundo o autor). O primeiro grupo reproduz, de certo modo, o sentido comum, considerando a rede algo “simples” (por exemplo, como um conjunto de unidades que trocam elementos entre si através de conexões), sem preocupação em aprofundar suas dimensões históricas, culturais e simbólicas. O segundo grupo de autores busca teorizar a rede com finalidade de intervenção na realidade social, enfatizando o aspecto funcional das redes, entendidas como sistemas formados por pessoas e agências humanas, voltados a alguma intervenção.

Consideramos que os níveis de análise descritos por Martins (2010) são úteis em determinados cenários e para determinadas finalidades. Para uma finalidade pragmática de abordagem do trabalho em saúde, pode ser mais generativo pensar nas redes como possibilidades de intervenção na realidade social, e no lugar que as interações e diálogos ocupam nesses processos de intervenção.

Segundo Marteleteo (2001), as redes sociais são compostas por indivíduos, grupos ou organizações, e sua dinâmica se volta à perpetuação, consolidação ou desenvolvimento das ações de seus membros. Nesses espaços informais, as redes são iniciadas a partir da consciência de uma comunidade sobre interesses e/ou valores entre seus participantes. O foco da autora

é em grupos organizados em movimentos sociais, sendo seu contexto de estudo uma localidade no subúrbio carioca. A autora discute sobre dois níveis de utilização de redes sociais: estática e dinâmica. A utilização estática estuda a rede como estrutura, explorando seus nós e ramificações; a dinâmica estuda a “rede sistema”, uma estratégia de ação pessoal ou grupal para mobilizar recursos. É essa utilização dinâmica que nos interessa enquanto proponentes de ações ou reflexões no trabalho em saúde.

Alguns autores (Meneses, Castella Sarriera, 2005; Marteleto, 2001) entendem as redes como um sistema em constante construção, não fixo e preestabelecido, o que confere um caráter dinâmico às redes, e pode trazer interessantes implicações para se propor práticas em saúde.

Carvalho, Bastos, Rabinovich e Sampaio (2006) questionam se o conceito de rede social é mais útil em uma dimensão mais microsocial (das interações concretas) ou macrosocial, e consideram que a resposta a isso depende da conceituação dada. Discutem estudos que abarcam ambas as perspectivas, concluindo que o conceito pode ser utilizado de maneira produtiva nos diferentes níveis de análise. Stotz (2009) discute que os níveis micro e macrosocial estão imbricados, sendo que as redes se organizam em nível local, municipal e nacional, sob diversos cruzamentos.

Em um nível mais próximo ao indivíduo, Sluzki (1997) define a rede social pessoal como o “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (p. 15). O autor considera que os

contextos culturais, históricos, políticos, econômicos em que vivemos fazem parte de nosso universo relacional, mas define, em um “nível mais microscópico”, a rede social pessoal como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (p. 41-42), e diz que a rede social é uma das chaves centrais da experiência de identidade, bem-estar, competência e autoria.

Para Sluzki (1997), as redes são caracterizadas por propriedades estruturais (tamanho, densidade, composição da rede, homogeneidade entre os membros, dentre outras), e são responsáveis por algumas funções, como companhia, apoio emocional e cognitivo, ajuda material, acesso a novos contatos etc. A relação estabelecida pelo indivíduo com as outras pessoas de sua rede varia dependendo dos atributos desse vínculo, das funções desempenhadas pelas pessoas, da reciprocidade, intensidade da relação, da história da relação.

A rede social funciona como o grupo de referência para a construção identitária da pessoa, para sentimentos de bem-estar e como apoio para o enfrentamento de crises pessoais, e também para o desenvolvimento de atividades de cuidado à saúde (o que é também assinalado por Gutierrez e Minayo, 2008). Meneses e Castella Sarriera (2005) também enfatizam que as redes funcionam como fontes de reconhecimento, identidade, competência e ação, relacionando-se com os papéis desempenhados junto com outras pessoas e grupos. Essas abordagens de rede, em especial a de Sluzki (1997), abrem possibilidades para uma utilização prática e trazem em sua própria

concepção formas de análise que, embora apresentadas de uma forma bastante descritiva (e, talvez, prescritiva), fornecem um bom ponto de partida para se pensar em práticas.

Ao estudar sobre redes sociais, deparamo-nos com a utilização dos termos “rede social” e “apoio social”, muitas vezes de modo intercambiável. Kanaiapuni, Thompson-Sólon e Donato (2000) discutem que em alguns estudos há a tendência a unir os dois conceitos, que acabam sendo utilizados como sinônimos. No entanto, consideramos mais úteis as descrições que entendem os dois conceitos como interligados, mas não iguais (Pedro, Rocha, Nascimento, 2008, Bullock, 1996). Bullock (1996) define que a rede social normalmente é entendida em termos estruturais, relacionados a interações com instituições sociais como a família, a igreja e a vizinhança, enquanto o apoio social enfatiza as trocas interpessoais entre pessoas da rede que resultem em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (sendo uma via de mão dupla, um processo recíproco). Assim, compreendemos que as redes podem agir como importantes provedoras de apoio social, ocupando lugar central na constituição das pessoas e das formas como agem e compreendem o mundo em que vivem.

Embora a maioria dos estudos enfatize os aspectos positivos da rede social na vida das pessoas, atuando como fator de proteção e auxílio, há estudos que argumentam que as relações entre redes e qualidade de vida e bem-estar nem sempre são positivas (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008; Kanaiapuni, Thompson-Sólon, Donato, 2000; Sluzki, 1997; Pagel, Erdly, Becker, 1987). Tais estudos, por exemplo,

discutem os efeitos das informações que circulam nas redes (refletindo sobre a qualidade delas), de relacionamentos que envolvem não só benefícios, mas também frustrações (Pagel, Erdly, Becker, 1987), e da presença de pessoas que são irritantes ou que se envolvem excessivamente na vida (Abreu-Rodrigues, Seidl, 2008; Pagel, Erdly, Becker, 1987). Destacamos que esses autores, embora relatem esses aspectos negativos, enfatizam prioritariamente os aspectos positivos, protetivos, da rede social. São importantes essas diferentes implicações (positivas e negativas) das redes sociais, pois não consideramos que a participação em determinada relação ou a utilização de uma ou outra prática levará certamente a determinado resultado, numa lógica causal, mas buscamos propor e conduzir práticas com uma análise crítica das propostas, analisando suas consequências e seus resultados, num contínuo processo de construção, que deve ser realizado em conjunto com as pessoas a quem se destinam as práticas.

Conforme observamos a partir dos estudos acerca do tema de redes sociais, há grande polissemia sobre rede na literatura, sendo que compreendemos as diferentes teorias como discursos que falam de lugares diferentes e que, compreendidos criticamente, podem auxiliar em uma compreensão mais ampla e pragmática das redes sociais e de suas formas de utilização. De forma sintética, descrevemos na tabela a seguir os principais temas discutidos pelos textos expostos.

Tabela 1: Principais sentidos construídos a partir da análise dos estudos sobre rede social

Sentidos	Detalhamento	Autores
Não há uma única definição sobre redes sociais	<i>Definições mais “simples” – redes como “nós interconectados”</i>	Stotz (2009); Mângia e Muramoto (2005); Marteleto (2001).
	<i>Definições de rede com finalidade de intervenção social</i>	
Redes como algo em constante construção		Meneses, Castella Sarriera (2005); Marteleto, (2001).
Redes sociais como sinônimo de apoio social		Kanaiapuni, Thompson-Sólon e Donato (2000).
Redes sociais como diferentes de apoio social	Rede social – características estruturais, interações.	Pedro, Rocha, Nascimento (2008); Bullock (1996).
	Apoio social – trocas entre as pessoas, gerando comportamentos positivos.	
Redes sociais como articulação entre micro e macrocontextos		Stotz (2009); Carvalho, Bastos, Rabinovich e Sampaio (2006).
A rede como grupo de referência, formação identitária		Gutierrez e Minayo (2008); Meneses e Castella Sarriera (2005); Sluzki (1997).
A rede com consequências positivas e negativas		Abreu-Rodrigues, Seidl (2008); Kanaiapuni, Thompson-Sólon, Donato (2000); Sluzki (1997); Pagel, Erdly, Becker (1987).

Destacamos, concordando com Mângia e Muramoto (2005), que os conceitos descritos na literatura concordam na ênfase dada ao aspecto relacional das redes.

Assim, dentro de uma perspectiva construcionista social, destacaremos desses estudos esse aspecto comum, referente à ênfase relacional na compreensão das redes, que envolve vários atores e possibilita diversas interações e possibilidades de troca. Compreendemos as redes sociais como importantes instâncias de construção de quem somos, tanto em um contexto mais imediatamente relacional, do dia a dia, quanto em um contexto mais amplo, o que certamente aponta para novas possibilidades práticas para o cuidado em saúde.

REDES SOCIAIS E SAÚDE

Diversos autores discutem as relações entre redes sociais e saúde, enfatizando, em geral, os aspectos positivos de tais relações. Entendemos as discussões dos autores, que descreveremos a seguir, como possíveis (e úteis) discursos para tratar da questão de redes sociais e saúde, fornecendo importantes apontamentos para um trabalho que busque articular esses conceitos, possibilitando análises mais ricas sobre a temática.

Sluzki (1997) discute que há uma influência recíproca entre rede social e saúde. Para o autor, há evidências de que uma rede social estável, confiável e ativa protege a saúde das pessoas, atua de forma a fornecer auxílio e

encaminhamento, afeta a rapidez da procura a serviços de saúde, acelera a cura e aumenta a sobrevida. O autor defende também que a presença de doença, especialmente de curso prolongado, deteriora a qualidade das interações sociais da pessoa e, em longo prazo, reduz o tamanho e o acesso à sua rede social. Assim, delinea “círculos virtuosos”, em que a presença de uma rede social protege a saúde do indivíduo, o que colabora para a manutenção da rede social, e também “círculos viciosos”, em que uma doença crônica afeta negativamente a rede social, o que, por sua vez, tem um efeito negativo em sua saúde, aumentando a retração da rede.

Sluzki (1997) delinea uma forma de utilização de redes sociais que denomina como mapa mínimo de relações, o qual inclui as pessoas que fazem parte da rede social pessoal de alguém. O autor sistematiza o mapa em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolares, e relações comunitárias, de serviço ou de credo, e divide essas relações de acordo com graus de proximidade. Define também que a rede pode ser avaliada em termos de suas características estruturais, das funções dos vínculos e de seus atributos, e aborda alguns exemplos de utilização de tais avaliações. Em sua obra se delinea uma aproximação entre essa perspectiva e o construcionismo social quando se define que o acesso às redes se dá através das narrativas, isto é, das histórias contadas pelas pessoas sobre o lugar ocupado pelos outros em sua rede.

Gutierrez e Minayo (2008) defendem que o conceito de rede é muito útil para se entender a produção de cuidados na saúde da família, possi-

bilitando não apenas a participação familiar, mas também da vizinhança e de elementos de outros contextos, como trabalho e escola, e de vários recursos comunitários e serviços de saúde. Para as autoras, esses espaços devem ser vistos como um todo integrado em que se distinguem elementos interconectados, que devem ser considerados nos estudos sobre o tema. Também Andrade e Vaitsman (2002) defendem que uma rede social forte e integrada fortalece a ajuda mútua, fornecendo apoio em momentos de crise e uma possibilidade de empoderamento comunitário. Esses dois textos abordam diferentes possibilidades no estudo de rede, mostrando sua riqueza tanto em um nível das relações imediatas (como as familiares), como na perspectiva de ações comunitárias.

Vieira Filho e Nóbrega (2004), em um texto que trata de saúde mental, fazem uma análise sobre processos de resignificação de sofrimento com um olhar que privilegia a importância das interações humanas, do contexto sociocultural. Assim, enfatizam a rede pessoal significativa, principalmente para se entender as teias de conflito e o potencial familiar de apoio (ou não) em situações de crise, e a quem recorrer para uma melhor inserção social da pessoa. Os autores destacam a diferença entre a rede significativa do usuário (que definem de maneira próxima à de Sluzki, 1997) e a rede de apoio que o terapeuta pode construir com ele. A rede pessoal significativa diz respeito a relações com pessoas e grupos significativos para a pessoa (mais afetiva); a segunda, a pessoas e/ou grupos “que podem ser ativados direta (intervenção da rede), ou indiretamente (por iniciativa do usuário

ou outros implicados no atendimento), no sentido de contribuir para seu bem-estar” (Vieira Filho & Nóbrega, 2004, p. 378). Os autores destacam que a rede de serviços também pode atuar como rede de apoio.

More (2005) traz uma reflexão próxima à descrita acima: intervenções considerando redes sociais possibilitam distribuir as responsabilidades do trabalho de cuidado, sendo que o trabalhador da saúde busca aliados na comunidade, devendo ter a função de catalisador na comunidade, de recursos e habilidades de cuidado. Essa perspectiva aponta uma forma de ir além do cuidado medicalizado e hierarquizado em saúde, considerando as pessoas como participantes ativas.

Nessa direção, citamos Sanchez, Ferreira e Dupas (2010), que relatam que uma grande quantidade de estudos defende que, qualquer que seja o programa de apoio adotado, a família deve participar do tratamento e receber suporte social não apenas para cuidar do paciente, mas, mais importante, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação por que passa e conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e responsabilidades.

Assim, o usuário não é mais considerado um sujeito solitário, mas social, entendido a partir de uma perspectiva relacional, inserido em sua sociedade, participante dela. Segundo Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), dessa forma, o foco não recai unicamente na pessoa atendida, mas se estende, ampliando também as possibilidades de cuidado. More (2005) destaca que tal perspectiva traz benefícios não apenas para quem originalmente trouxe a queixa, mas para todos os envolvidos no processo de construção

da mudança. Em consonância com Sluzki (1997), a autora coloca que o foco de trabalho passa a ser a rede constituída e que conhecer o contexto de vida das pessoas amplia o horizonte de alternativas terapêuticas.

No entanto, Vieira Filho e Nóbrega (2004) colocam que na prática não é tão simples essa abordagem mais ampla do cuidado em saúde, uma vez que os profissionais encontram dificuldades institucionais, conflitos interpessoais, clientelismo, políticas pobres para pobres, baixo planejamento etc., e colocam que, por mais que as mudanças desses cenários sejam lentas, é importante encontrar alternativas (políticas e técnico-profissionais) para superar essas dificuldades.

A proposta teórica para a prática da ESF traz possibilidades para se superarem essas dificuldades uma vez que pressupõe: atenção integral à saúde, e centrada no coletivo (sensível às demandas do contexto); participação comunitária (controle social); fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania, expressão de qualidade de vida (Brasil, 1997). Além disso, a ESF também possibilita interações mais próximas entre equipes e a população, como, por exemplo, nas relações estabelecidas entre os agentes comunitários de saúde e as famílias, uma vez que os agentes devem residir nos locais de atuação.

Como possível forma de contribuição nessa discussão, citamos Valla (2000), que, discutindo sobre redes e apoio social, afirma que o apoio social, por um lado, oferece a possibilidade de tocar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo e, por outro lado, também favorece discussões de grupos sociais sobre o controle de seu próprio destino e sobre a autonomia

das pessoas frente à hegemonia médica. Assim, o autor foge do aspecto puramente ligado à saúde, a cuidados de saúde, mas parte para uma concepção ampla e integradora de pessoas, voltada à participação popular.

As características do trabalho na ESF vão além da perspectiva de se trabalhar com redes sociais, mas consideramos que estar atentos às redes pode ser uma forma rica de aproximação entre comunidade e equipes, de modo que estas se conheçam melhor, que as equipes se familiarizem com o que dizem os atendidos sobre quem são as pessoas importantes em sua vida, o que elas fazem e qual é a sua importância. Isto pode ampliar o leque de intervenções e aproximar as práticas às necessidades da população, além de possibilitar conversas mais próximas de sua realidade, possibilitando intervenções que façam mais sentido, que fujam de um caráter informativo ou curativista, e que sejam alinhadas à perspectiva da Atenção Básica.

Um exemplo de tal tipo de intervenção é descrito por Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola e Faccenda (2009), que realizaram um estudo sobre redes sociais de idosos atendidos por equipes de ESF, e utilizaram um instrumento de análise construído a partir do mapa mínimo de rede de Sluzki (1997). Concluíram que a rede social dos participantes era predominantemente constituída pela família, comunidade e amigos, sendo que, dos serviços de saúde, os participantes citaram os agentes comunitários de saúde como parte de suas redes. Os autores destacam que os profissionais de saúde, especialmente na Atenção Básica, precisam de instrumentalização adequada para trabalhar de forma

mais ampla, para além do individual, englobando as redes como componente essencial para um melhor funcionamento dos serviços de saúde.

Essas formas de intervenção descritas exemplificam como na prática pode haver diferentes formas de utilização do conceito de redes sociais, que abrem possibilidades para se entender os cuidados de saúde como difundidos entre as diferentes pessoas envolvidas nos processos de saúde e doença. Pensar em tais intervenções como uma responsabilidade compartilhada entre os diferentes atores sociais, e não situada em apenas algum polo, pode contribuir para a horizontalidade dos cuidados em saúde e para o empoderamento dos usuários da ESF, o que se alinha às perspectivas da atenção básica à saúde.

Um possível recurso para melhor fundamentar as relações entre redes sociais e saúde é o discurso construcionista social, que traz possibilidades para abordar tais relações de forma dinâmica e contextual. Destacamos que os estudos descritos acima não se definem propriamente como construcionistas sociais, sendo que buscamos tal aproximação por considerar que esta pode enriquecer as aproximações entre redes sociais e o trabalho na ESF.

O DISCURSO CONSTRUCIONISTA SOCIAL

O discurso construcionista social em psicologia se desenvolve a partir de movimentos de crítica a explicações de mundo universalizantes, entendendo que toda construção de conhecimento se faz a partir da participação das pessoas em práticas dis-

cursivas social, histórica e culturalmente situadas. Assim, este discurso pode ser compreendido como uma ferramenta social e historicamente construída, que permite explorar como as pessoas explicam, descrevem e narram suas vidas e o mundo em que vivem (Gergen, 1997).

Como pressupostos de uma investigação construcionista social, Gergen (1988) define: a) O que tomamos como experiência do mundo não existe independente de nossas formas de entendê-lo (entrelaçamento entre realidade e discurso); b) Os termos nos quais o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos de trocas historicamente situadas entre pessoas em relacionamentos; c) O grau em que determinada forma de compreensão se mantém ou é sustentada ao longo do tempo não depende da validade empírica, mas de características de processos sociais, tais como comunicação, negociação, dentre outras. Aqui, o foco recai sobre as características sociais/culturais, não sobre um evento ou ato em si; d) Formas de entendimento negociado têm importância crucial na vida social, uma vez que são conectadas às inúmeras atividades de que as pessoas participam. Assim, as descrições e explicações sobre o mundo também são formas de ação social.

Com base nesses pressupostos, são possíveis algumas contraposições entre o movimento construcionista social e as perspectivas modernas em ciência: a) a crítica à noção de que o conhecimento científico representa, reflete ou corresponde à realidade. Entendemos que a realidade não existe descolada de nossas práticas de construção da realidade; b) a crítica à dicotomia sujeito-objeto, à noção de

se deve garantir a “objetividade” em estudos científicos através da separação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. O construcionismo, por outro lado, enfatiza a natureza social do mundo, o que ocorre também em estudos científicos, considerando, assim, as relações entre as pessoas e seus objetos de estudo; c) E, finalmente, a crítica à noção de que há uma verdade absoluta a que o pesquisador tem acesso a partir do uso adequado do método. A partir de um ponto de vista construcionista, não há nada que possa ser considerado verdade no sentido estrito da palavra, uma vez que o mundo é compreendido enquanto relacional e socialmente construído (Ibáñez, 2001).

Assim, em contraposição ao ideal de uma ciência moderna, destacam-se como centrais a uma investigação construcionista: a) a ênfase na centralidade da linguagem, vista em seu caráter “performático”, não “representacional”, ou seja, considerada no uso, nas interações, um aspecto que nos convida a uma análise crítica sobre os efeitos do uso de determinados discursos. A linguagem, mais que representar coisas, tem um caráter construtor de realidades, abrindo espaço para determinadas formas de descrição e conhecimento sobre o mundo e, assim, sobre formas de ação; b) a ênfase no momento interativo, isto é, em como determinados sentidos são construídos nas interações entre pessoas, na ação-conjunta (Shotter, 2000); e c) ênfase no contexto sócio-histórico-cultural, que traz a situacionalidade dos processos de construção de sentidos nas práticas discursivas, ou seja, os discursos estão sempre vinculados ao contexto em que surgem, e que permite ou res-

tringe que apareçam alguns significados (Guanaes, 2006).

Em uma análise construcionista social, buscamos estar atentos às implicações da utilização de determinados discursos e práticas sociais. É nessa direção que abordamos o tema de redes sociais, apontando que seus diferentes sentidos abrem possibilidades para diferentes práticas e formas de articulação de saberes e fazeres.

Com base no discurso construcionista social, podemos considerar as redes como referentes a contextos e relações, não como algo inerte e sempre igual para todos, o que, para o trabalho em saúde, pode ser generativo para se pensar práticas próximas aos usuários e um planejamento baseado nas realidades locais. Sendo a linguagem e as interações compreendidas como construtoras de realidades, equipes de saúde e usuários podem atuar como coconstrutores de novas possibilidades de inserir as redes sociais no cuidado em saúde, pois, à medida que se conversa sobre redes, essas vão se constituindo como realidade/possibilidade na vida das pessoas.

Uma análise enfatizando redes sociais favorece práticas relacionais e interativas, o que pode apontar um caminho alternativo ao discurso hegemônico, individualizante e curativista das práticas de saúde, centrado em uma lógica biomédica. Consideramos o discurso construcionista social como bom interlocutor nesse processo, uma vez que entende o sujeito sócio-historicamente inserido, a pessoa em relação com o contexto em que vive, dando grande importância aos processos de significação. Isso pode fortalecer práticas mais inclusivas e articuladoras de saberes da população e dos trabalhadores da saúde.

Outra contribuição do construcionismo social é enfatizar o aspecto relacional do ser humano, ou seja, o papel central dos relacionamentos na construção de nós mesmos. No contexto da saúde, essa noção é particularmente útil, permitindo avançar na exploração da diversidade possível de descrições de *self* e, assim, ampliando as narrativas dos usuários na direção de fortalecimento de seus recursos e potencialidades.

DISCUSSÃO

A partir dos textos e conceitos discutidos, consideramos que as diversas formas como aparece o conceito de redes sociais na literatura convergem ao apontar suas potencialidades para ampliar e promover um cuidado à saúde mais próximo ao contexto de vida das pessoas e favorecer que essas sejam efetivamente coconstrutoras e participantes ativas em seus processos de cuidado, e também propiciam caminhos para se ampliar a participação popular nos sistemas de saúde. Conforme coloca Stotz (2009), uma apropriação crítica do conceito de redes sociais para compreensão da dinâmica social favorece as experiências de ação e solidariedade (e aponta para a mudança social). Consideramos o contexto da ESF como privilegiado para abarcar práticas que permitam essa transformação.

Em alguns momentos, as implicações da relação entre redes sociais e saúde aparecem de maneira determinista, o que, a nosso ver, dificulta a visualização de quão amplas podem ser as relações em redes sociais e os impactos das interações humanas na vida e na saúde das pessoas. Um exem-

plo de tal determinismo é a conclusão do texto de Pagel, Erdly e Becker (1987), em que colocam que “pesquisadores precisam de diretrizes teóricas para delimitar quem deve ou não ser incluído em uma rede social” (p. 803, tradução livre). Em nossa análise, consideramos que os critérios de inclusão em uma rede social, aquilo que as pessoas descrevem como os participantes em sua rede, são aspectos relacionais e não apriorísticos, ou seja, a compreensão sobre quem faz parte de uma rede social e das implicações da presença de uma ou outra pessoa na rede se dá a partir das interações, e o contato dos profissionais de saúde com isso se dá a partir das narrativas, e das histórias, explicações e justificativas que se constroem para essas escolhas, relacionadamente. Também propomos uma forma de análise das práticas com redes sociais que tenha como foco não apenas a estrutura ou as funções desempenhadas pelos pertencentes a uma rede social, mas as formas como se dão os relacionamentos entre os membros, quem é eleito como importante para alguém e por quê.

O que buscamos apontar como um importante caminho para compreender e lidar com redes sociais e saúde é entender os aspectos mais gerais das redes, e não enfatizar de modo apriorístico qual é a estrutura, quais são as funções desempenhadas por cada membro isoladamente. É dar destaque para quem as pessoas descrevem como importantes em sua vida, e em como se dão ou podem se dar as relações entre essas pessoas, para que se construa uma agenda de cuidado que englobe as pessoas em contexto e os relacionamentos que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, entendida como

coconstrutora e participante ativa em todo o processo de cuidar em saúde.

Dessa forma, é importante uma análise relacional que fuja da linguagem determinista e causal dos processos de saúde e doença, de que a presença de algumas pessoas na rede ou a presença de determinados comportamentos terá necessariamente efeitos positivos ou negativos. Defendemos uma análise mais abrangente das relações, que possibilite apontar para a emergência de formas de relacionamento que contribuam para o bem-estar das pessoas.

Um conceito desenvolvido por autores construcionistas e que consideramos útil na compreensão e análise das práticas de saúde é o de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999), que enfatiza os processos de interação e diálogo no entendimento de produções de sentido, considerando o sujeito social, imerso em uma rede ampla de relações que têm influência em sua vida e em suas formas de estar no mundo.

A noção de responsabilidade relacional enfatiza o dialogismo e a interação humana, uma vez que somos constituídos por diferentes vozes, que são compostas por relações com os grupos nos quais participamos, e que dizem respeito a um sistema mais amplo de sentidos. Com isso, há uma mudança de foco: não se considera o indivíduo isoladamente responsável por suas práticas, mas a responsabilidade se refere às relações entre pessoas, algo que as pessoas fazem juntas.

Camargo-Borges e Mishima (2009) trazem reflexões que consideramos importantes na relação entre esse conceito e o trabalho de saúde, colocando que a responsabilidade relacional favorece processos comuni-

cativos baseados em aproximações e não antagonismos. Isso pode subsidiar teórica e praticamente ações mais interativas e participativas em saúde, respeitando diferenças culturais e ideológicas, fomentando espaços inclusivos e de ação conjunta das pessoas em busca de um cuidado em saúde mais efetivo e coerente com o contexto de atuação, sendo que a valorização dos momentos interativos tem um poder transformativo quando se veem as pessoas como atores sociais ativos, corresponsáveis por suas comunidades.

O foco nas relações, em vez de em indivíduos isolados, permite que se percebam as pessoas como imersas em teias de relacionamentos e participantes em um contexto mais amplo do que qualquer uma isolada. A pessoa não é solitária, mas social, inserida culturalmente, participante em uma sociedade, o que demanda práticas complexas, que articulem saberes e fazeres ancorados dialogicamente no sócio-histórico (Vieira Filho, Nóbrega, 2004).

Compreender essas relações como um contexto interacional e dialógico, entendendo os sentidos de mundo não como resultado do que pensa uma ou outra pessoa, mas a partir daquilo que ocorre entre os indivíduos, pode abrir espaço para romper com algumas implicações do discurso individualista, como as práticas que responsabilizam a pessoa individualmente por seus problemas e condições de saúde, o que pode levar a uma culpabilização individual.

Assim, equipes de saúde podem atuar de forma a estimular trocas, diálogos e interações, conhecer as redes pessoais das pessoas a que atendem, e fazer elas mesmas parte das redes so-

ciais (e de apoio) dos usuários da ESF. Nesse caminho, os processos comunicacionais ocupam lugar central, pois, conforme definido com base no discurso construcionista social, diferentes formas de se conversar e compreender o mundo abrem possibilidades para diversas ações. Assim, quando há a possibilidade de diálogos abertos e que possam oferecer diferentes possibilidades de entender o cuidado, isso pode ter como consequência práticas de cuidado mais interconectadas, com a população se percebendo como coconstrutora (participante ativa) em seus processos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de diferentes textos que articulam o conceito de rede social e saúde, concluímos pelo caráter polissêmico desse conceito, e seu potencial para contribuir para o desenvolvimento de práticas mais relacionais, inclusivas e próximas aos usuários de sistemas de saúde. Consideramos que a ESF constitui um local privilegiado para o desenvolvimento de tais práticas, uma vez que pressupõe que quem planeja as ações esteja imerso na realidade sobre a qual se planeja, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e qualidade de vida da população assistida.

O discurso construcionista social pode auxiliar nessas práticas ao assinalar a centralidade dos relacionamentos humanos na constituição das pessoas, de suas formas de ver e estar no mundo, o que se aplica também às práticas de cuidado em saúde. A articulação entre redes sociais, construcionismo social e saúde se apresenta como um recurso útil na garantia dos

pressupostos do SUS e da ESF.

A partir da análise dos estudos descritos, abrimos um convite à ampliação do diálogo sobre redes sociais e a atuação na ESF, sobre uma articulação entre saberes e fazeres para a atenção básica, considerando os aspectos contextuais e relacionais do cuidado oferecido. Nesse sentido, consideramos importante entender a pessoa sócio-historicamente inserida e como agente ativo na construção narrativa de sua rede social, a qual, compreendida por equipes de saúde e da ESF, pode apontar interessantes caminhos para um trabalho voltado mais amplamente para as necessidades da população e alinhado às perspectivas da saúde coletiva brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU-RODRIGUES, M., SEIDL, E.M.F.** (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos [Versão eletrônica], *Paidéia*, 18 (40).
- ALVARENGA, M.R.M., OLIVEIRA, M.A.C., DOMINGUES, M.A., AMENDOLA, F., FACCENDA, O.** (2009). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família [Versão eletrônica], *Ciência e saúde coletiva*, 1199, 1199-2008.
- ANDRADE, G.R.B., VAITSMAN, J.** (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde [Versão eletrônica], *Ciência & saúde coletiva*, 7(4).
- BARROS, J.A.C.** (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? [Versão eletrônica], *Saúde e sociedade*, 11(1).
- BRASIL.** (1990). *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 de fevereiro, 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. (2006). *Portaria 648 de 28 de Março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. Recuperado em 15 fevereiro 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Recuperado em 08 abril, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: .
- BRASIL.** (1998). *Portaria n. 3.925 de 13 de Novembro de 1998*. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 20 fevereiro, 2011, de www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf.
- BULLOCK, K.** (1996). Family social support. In P.J. Bomar. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice* (142-161). Philadelphia: Saunders.
- CAMARGO-BORGES, C., MISHIMA, S.M.** (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica [Versão eletrônica], *Saúde e sociedade*, 18(1).
- CARVALHO, A.M.A., BASTOS, A.C.S.B., RABINOVICH, E.P., SAMPAIO, S.M.R.** (2006). Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicologia em estudo*, 11(3).

- DUARTE, L.R., SILVA, D.S.J.R., CARDOSO, S.H.** (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde [Versão eletrônica], *Interface (Botucatu)*, 11(23).
- GERGEN, K.** (1997). *Realities and Relationships: soundings in social construction*. Londres: Sage.
- GERGEN, K.** (1985). The social constructionist movement in modern psychology [Versão eletrônica], *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- GUANAES, C.** (2006). A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor.
- GUTIERREZ, D.M.D., MINAYO, M.C.S.** (2008). Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário [Versão eletrônica] *Fazendo Gênero*, Florianópolis, 2008. Recuperado em 25 fevereiro, 2011, de http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf.
- IBAÑEZ, T.** (2001). Como se puede no ser construccinista hoy em dia? In T. IBAÑEZ. *Psicologia social construcionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- KANAIAUPUNI, S.M., THOMPSON-SÓLON, T., DONATO, K.M.** (2000). *Counting on Kin: social networks, social support and child health status*. Recuperado de 22 fevereiro, 2011, de <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/2000-10.pdf>.
- MÂNGIA, E.F., MURAMOTO, M.T.** O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005. Recuperado em 03 fevereiro, 2011, de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042005000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- MARTELETO, R.M.** (2001). Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação, *Ciência da Informação*, v. 30, n. 1, p. 71-81. Recuperado em 03 fevereiro, 2011, de <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/226/201>.
- MARTINS, P.H.** (2010). Redessociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. *Caderno CRH*, 23, (59). Recuperado em 11 fevereiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000200013&script=sci_arttext.
- MATTA, G.C., FAUSTO, M.C.R.** (2007). Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In V.G.C. MOROSINI, A.D. CORBO (orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- MENESES, M.P.R., CASTELLA SARRIERRA, J.** Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, Canoas, 21.
- MORE, C.L.O.O.** (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 15(31), 287-297.
- NUNES, M.O., TRAD, L.B., ALMEIDA, B.A., HOMEM, C.R., MELO, M.C.I.C.** (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6).
- PAGEL, M.D., ERDLY, W.W., BECKER, J.** (1987). Social networks: we get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 793-804, 1987. Recuperado em 11 fevereiro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3681652>.

- SANCHEZ, K.O.L., FERREIRA, N.M.L.A., DUPAS, D.B.C.** (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2). Recuperado em 12 março, 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019&lng=en&nr=iso&tlng=pt.
- SHOTTER, J.** (2000). *Conversational realities: constructing life through language*. Londres: Sage.
- SOUSA, M.F., HAMANN, E.M.** (2009). Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & saúde coletiva*, 14(1).
- SLUZKI, C.E.** (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- STOTZ, E.N.** (2009). Redes Sociais e Saúde. In R.M. Marteleto, E.N. Stotz. (Orgs.). *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora UFMG, 2009.
- TEMPORÃO, J.G.** (2009). Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciência & saúde coletiva*, 14(1).
- VALLA, V.V.** (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)*, 4(7).
- VIEIRA FILHO, N.G., NOBREGA, S.M.** (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de psicologia (Natal)*, 9(2).