

REDE SOCIAL DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

SOCIAL NETWORK OF MENTAL PATIENTS IN A SMALL TOWN

GUILHERME CORREA **BARBOSA**^{1*}, SUELI APARECIDA FRARI **GALERA**², VÂNIA **MORENO**³, MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE **OLIVEIRA**⁴

1. Professor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - UNESP; 2. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; 3. Enfermeira. Professor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP; 4. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de São Paulo - USP.

* Av. Prof. Montenegro, Distrito de Rubião Junior, s/n, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP:18618970 . guilhermebao@usp.br

Recebido em 04/2014. Aceito para publicação em 07/2014

RESUMO

O estudo objetivou conhecer a rede social disponível de portadores de transtorno mental de um serviço de saúde mental comunitário de um município de pequeno porte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como instrumento de coleta uma entrevista semi estruturada. A análise dos dados permitiu-se construir duas categorias empíricas: o portador de transtorno mental em sua rede primária e em sua rede secundária. Conclui-se que os portadores possuem como principal recurso do suporte social os seus familiares e também estabelecem relação ao seu entorno com os diversos cenários existentes na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Rede social, transtorno mental, saúde mental

ABSTRACT

This study aimed to know the available social network of mental patients from a mental-health community service in a small town. It was a qualitative study that utilized a semi-structure interview as data collection tool. The analysis of data allowed the building of two empiric categories: the mental patient in his primary network and in his secondary network. It was concluded that the patients have their family members as the main resource of social support and also establish relationships with their several existing scenarios in the community of their surroundings.

KEYWORDS: Social network, mental disorder, mental health.

1. INTRODUÇÃO

Os serviços comunitários devem possibilitar novas relações sociais, incentivando e fortalecendo a rede social do portador de transtorno mental, visando promover a inclusão desse grupo na comunidade.

O portador de transtorno mental grave e de longa duração interage com diferentes pessoas em diversos espaços, entre o ir e vir ao serviço comunitário de saúde mental que atende suas necessidades de saúde como:

alimentação, higiene, relacionamento interpessoal, entre outros. Esta rede de interações pode ser positiva ou negativa, mas ela é considerada “a fonte primária de cuidados” e de apoio para o portador.

Pensando no cuidado inserido na comunidade, mostra-se importante conhecer a rede social desses portadores de transtorno mental. Por rede social entende-se a constituição da trama de relações que cada indivíduo estabelece em função das próprias exigências materiais, afetivas e do projeto de vida (SANICOLA, 2008). Com isso, a configuração da rede social possibilita compreender as relações e interações das pessoas com a sociedade ao longo do tempo.

As redes sociais são realidades mutáveis, contínuas com entrada e saída das pessoas, com o reforço de algumas ligações e o enfraquecimento de outras. Flutuações, passagens no tempo, no espaço, nos relacionamentos caracterizam as redes sociais tanto quanto a sua flexibilidade como a sua transparência (SANICOLA, 2008).

O transtorno mental impõe limitações aos indivíduos estreitando suas relações quer com o trabalho, com os familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. A diminuição das trocas sociais advindas pela situação crônica de vida cria uma espécie de círculo vicioso desintegrador das redes sociais (SLUZKI, 1997).

As redes são constituídas de: as redes sociais primárias têm tendo como elemento principal o capital humano e as redes secundárias têm como elemento o capital social.

O capital humano é a capacidade de conhecimentos, habilidades, competências e atributos de personalidade consagrada na capacidade de realizar trabalho de modo a produzir valor econômico. Cria possibilidades de produção, de bem estar pessoal e social (MARTELETO E SILVA, 2004).

Considera-se o capital social os recursos: habitat, formação, família, renda, saúde e as redes propriamente ditas. O capital social refere-se ao valor implícito das

conexões internas e externas de uma rede social. São as normas, valores, instituições e relacionamentos compartilhados que permitem a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais. São dependentes da interação entre, pelo menos, dois indivíduos baseada na confiança e cooperação facilitando o acesso à informação e ao conhecimento (BOURDIEU, 2012; MARTELETO E SILVA, 2004).

Portanto o capital social deverá ser mobilizado, principalmente nos portadores de transtornos mentais, pois promoverá e potencializará os recursos disponíveis a fim de reduzir ou compensar o desequilíbrio. É trabalhar um contrabalanceamento entre recursos e desafios (SANICOLA, 2008). Portanto torna-se importante criar estratégias de intervenção de rede.

A seguinte questão norteadora embasa a investigação realizada: como articula a rede social de portadores de esquizofrenia de um serviço especializado de saúde mental de uma cidade de pequeno porte?

Objetivo

Conhecer a rede social disponível de portadores de transtorno mental, com diagnóstico médico de esquizofrenia de um serviço de saúde mental comunitário.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi utilizada pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.

O serviço, como campo empírico desta investigação, é um ambulatório de saúde mental localizado no município de Serrana, interior do Estado de São Paulo. Serrana é uma cidade de aproximadamente 40.000 habitantes localizada na região Norte do Estado de São Paulo. A cidade possui uma parcela de população flutuante, pelo fato de ter uma usina de produção de álcool e os empregos formais são gerados pela agroindústria. Esses trabalhadores vêm morar na cidade na época da safra e voltam para as suas cidades de origem na entressafra. Sua população reside predominantemente na zona urbana.

O Ambulatório de Saúde Mental foi implantado em 2001 pela Secretaria de Saúde do Município. Antes de 2001, os portadores de transtornos mentais de Serrana eram encaminhados para realizar tratamento em Ribeirão Preto e outras cidades da região.

O serviço foi implantado respeitando o princípio da regionalização preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde a rede de serviços deve ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada para que a população de uma área delimitada possa ser conhecida e assistida em seu território (TEIXEIRA, 2011).

A equipe é composta por: dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, cinco psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, dois oficinheiros de artes, e um educador físico, dois recepcionistas, um motorista, e um auxiliar de serviços gerais. O serviço disponibiliza

para os usuários: consulta médico psiquiatra, atendimento de enfermagem, acompanhamento psicológico, atendimento de terapia ocupacional, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Inicialmente foram consultados os prontuários em busca de portadores em atendimento no serviço, priorizando aqueles com diagnóstico médico de esquizofrenia. Foram sujeitos deste estudo 41 portadores de transtorno mental.

Os usuários estão assim caracterizados: 31 portadores eram homens e dez mulheres, quanto ao estado civil 33 são solteiros ou separados, a idade predominante foi de 26 a 40 anos, apenas 11 estavam trabalhando e 25 tinham como fonte de renda: pequenos ganhos avulsos, aposentadoria por invalidez e auxílio doença do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário, que abordou aspectos sócios demográficos e de tratamento dos portadores.

Valeu-se de entrevista semi estruturada para a elaboração do mapeamento das relações familiares e sociais do portador, que foi construído a partir de uma pergunta norteadora: Conte-me quais locais você frequenta diariamente?

Para coleta de dados foi agendada uma entrevista conforme disposição do portador, sendo realizada no serviço de saúde ou na residência do mesmo. A coleta de dados transcorreu no período de novembro a dezembro de 2010, após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolo nº 1157/2010.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas. Realizadas leituras sucessivas do material coletado a fim de conhecer em profundidade os dados de forma a categorizá-los (POPE E MAYES, 2009).

Utilizou-se a análise temática onde o pesquisador agrupou os dados por temas, e examinou os fenômenos sociais buscando articular com os temas investigados e o objetivo do estudo (POPE E MAYES, 2009). Foram construídas duas categorias empíricas: o portador de transtorno mental e sua rede primária e o portador de transtorno mental e sua rede secundária.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O portador de saúde mental e sua rede primária

Estudos em relação a esquizofrenia apontam igual prevalência entre homens e mulheres. Porém em duas situações há diferenças entre gêneros. O início do adoecimento é mais precoce no homem do que em mulheres, e as mulheres apresentam melhor prognóstico da doença (CARDOSO ET AL, 2005; SILVA, 2006; SILVEIRA ET AL, 2011). Estas características das diferenças na evolução do adoecimento entre homens e mulheres, são

explicadas na investigação pelo fato de termos um número maior de homens em tratamento.

Analisando a faixa etária e o tempo de adoecimento da população estudada, nota-se que a idade predominante era de 26 a 40 anos. Estudos apontam que portadores de transtorno mental com frequentes internações, têm nitidamente menores redes com uma perda contínua dos membros quando o curso do transtorno progride (LIP-TON ET AL, 1981; DICKINSON ET AL, 2002; MULLER ET AL, 2007). A maior parte das mudanças na rede social dos portadores diminui depois da primeira internação, e quando estabelece uma situação crônica de vida estas redes tendem a ser menores, mais fragmentada e menos complexa. Diminuem assim os vínculos sociais tendo um aumento no isolamento social e na cronicidade da doença.

Os dados referentes ao tratamento indicam que 32 usuários apresentam um tempo de doença que varia de seis a dezesseis anos. O número de internações varia de uma a 20 internações, sendo que oito usuários nunca foram internados.

Com relação ao trabalho observamos que a maioria dos participantes não possui atividade laborativa (30 usuários). Do ponto de vista da rede social o trabalho é um dos dispositivos capaz de agregar as pessoas. Ele possibilita o desempenho de habilidades, de competências próprias do trabalho, de competências interpessoais e sociais. Podendo inclusive ser fonte de amigos e ajuda. Sem atividade laborativa, as pessoas não conseguem prover suas necessidades básicas, perdem a autoestima, desfragmentando sua rede social. Há uma desestruturação da família, um afastamento dos vizinhos, agravando assim as condições de vida (SOARES, 2010). Tendo em vista o capital humano vemos que estes usuários terão maior dificuldade para estabelecer sua rede social (SANICOLA, 2008; MARTELETO E SILVA, 2004).

Além das consequências da doença e do tratamento que prejudicam as habilidades do portador para o trabalho, outra dificuldade para a inserção do doente no mercado de trabalho é o preconceito e o descrédito que sofrem as pessoas portadoras de transtorno mental, por exemplo: as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (BORBA, SCHWARTZ E KANTORSKI, 2008).

Uma proposta que pode auxiliar a inclusão social do portador é o movimento da economia solidária, pois cria redes de compromisso e proteção social como alternativas necessárias para o enfrentamento dessa condição dupla (Soares, 2010). Tal iniciativa torna-se importante para o fortalecimento do capital humano dos portadores.

O portador de transtorno mental e sua rede secundária

A rede social descrita nesta pesquisa envolve: o trabalho, o serviço de saúde mental, a família e o contexto social mais próximo do dia a dia do portador.

Dos 41 pacientes entrevistados, apenas cinco moram

sozinhos e os demais residem com familiares.

Nos relacionamentos familiares destaca-se a figura da mãe, como aquela em que predominantemente atende as necessidades do portador seguido por filhos e irmãos.

A esquizofrenia por ser um transtorno grave e persistente, tem seus sinais e sintomas prejudicando os relacionamentos sociais, incidindo principalmente nas relações familiares sendo que o portador necessita de auxílio para realizar tarefas do cotidiano tais como: alimentar-se, cuidar de sua higiene, regular atividade física e descanso. A responsabilidade pelo cuidado e o dia a dia do portador acaba se restringindo para algum familiar (SALLES E BARROS, 2008; JORGE ET AL, 2011). Assim a família é o principal recurso da rede social do portador de transtorno mental. Nesta pesquisa a família foi à instituição mais citada nas relações interpessoais dos entrevistados.

Investigações realizadas quanto ao caráter das interações familiares com portadores de situação crônica de vida indicam que são menores e menos recíprocas possuem menos familiares, e o acesso a recursos materiais e afetivos são escassos (MURAMOTO E MANGIA, 2011; ZANETTI E GALERA, 2007; PICKENS, 2003).

Um fator contribuinte para a diminuição do tamanho da rede é a dificuldade da família e da sociedade em manter o convívio com o portador, tendo dificuldades em compreender comportamentos apresentados e não corresponder às expectativas dos familiares e sociedade (DICKINSON ET AL, 2002).

Na constituição da rede informal, os portadores identificaram dezesseis locais onde há trocas saudáveis para sua vida: a casa de familiares, igreja, mercado/supermercado, bar/lanchonete/restaurante, trabalhos/bicos, escola/curso, rua, banco, padaria, feira, posto de saúde, praça, banca de jornal, biblioteca municipal, depósito de bebidas, posto de gasolina, pronto-socorro municipal. O que indica que apesar das dificuldades advindas do convívio com uma situação crônica de vida, os portadores entrevistados eram acolhidos e estabeleciam vínculos com a comunidade em que reside.

Marcadamente é apontada a importância do capital social como forma de equilibrar a rede social através da possibilidade de potencializar os recursos disponíveis. Por ser uma cidade de pequeno porte, o capital social pode ser mais rico e por isso as trocas sociais são mais solidificadas, ajudando na reinserção desse portador na comunidade (SANICOLA, 2008).

O estabelecimento de vínculos leva ao exercício da descoberta das potencialidades entre os membros da comunidade, fortalecendo vínculos e autonomia para a resolução de seus problemas, tendo como recursos os mais disponíveis a sua realidade (JORGE ET AL, 2011; BENEVIDES ET AL, 2010).

No entanto estes vínculos não foram apontados de forma imediata pelos entrevistados, no início a resposta fornecida era que não saia de casa, porém no decorrer da

entrevista indicaram os locais considerados como espaços de trocas sociais.

O ambulatório de saúde mental, ponto de partida da investigação, não foi mencionado como parte do cotidiano dos portadores, infere-se que é devido a assistência oferecida para a maioria que fica restrita a consulta médica mensal. Assim o portador não estabelece relações interpessoais que favoreça sua vinculação ao serviço, pouco contribuindo na construção da rede social. Consideram, no entanto, o pronto-socorro como um local que atende suas necessidades.

O serviço de saúde pode e precisa ser uma fonte formal de suporte e auxiliar na possibilidade de ativar, mobilizar, desativar, recortar a rede social do portador, favorecendo o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações e a aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades necessárias para estabelecer, nutrir e manter relações sociais ativas (SLUZKI, 1997; SOUZA E KANTORSKI, 2009). Por isso que o serviço de saúde mental tem que ser comunitário e ter o compromisso de contribuir nas trocas sociais visando à inserção do portador na sociedade.

Tal serviço possibilita novas relações sociais, incentivando e fortalecendo a rede social desses portadores. Neste mesmo contexto, as atividades diárias de um indivíduo estão ligadas às atividades cotidianas de sua rede social, família, amigos, colegas de trabalho. Para estar inserido na sociedade é necessário organizar uma vida cotidiana que conduza a uma continuidade de interações e relações sociais e com o modo de produção da sociedade (SALLES E BARROS, 2008). Os dados da pesquisa apontam que o ambulatório apresenta dificuldades em responder as exigências de um serviço de saúde mental de comunitário pautado no modelo de atenção psicossocial.

É possível notar que mesmo os portadores tendo suas limitações devido ao adoecimento, conseguem ter uma rede social, às vezes menor, mas que normalmente contribui no convívio diário. Em muitos locais, apresentam um bom vínculo com o dono do local, auxiliando seu convívio em seu território.

Com isso, surge à importância de conhecer a rede social do portador de transtorno mental observando o seu território de convívio. O território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto identitárias como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação (PALOMBINI, 2010).

4. CONCLUSÃO

A construção da rede primária visando a incorporação do capital humano com valor de troca social e potencializador de valor econômico, só é possível se o portador estiver vinculado a uma rede solidária de economia, com um mercado protegido. Pode-se apontar que esta questão tem permeado a construção da Reforma

Psiquiátrica Brasileira em seu momento atual.

A construção da rede secundária depende de uma inserção dos serviços aliados a família enquanto gerador de potencial de trocas solidárias.

A utilização de vários cenários para compor a rede secundária de portadores de transtorno mental mostra-se ainda fragilizados e efetivados como fator propulsor da inserção na comunidade.

REFERÊNCIAS

- [01] BENEVIDES, D.S.; PINTO, A.G.A.; CAVALCANTE, C.M.; JORGE, M.S.B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)*, v.14, n.32, p.127-138, 2010.
- [02] BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul. Enferm.*, v.21, n.4, p.588-594, 2008.
- [03] BOURDIEU, P. O Capital Social – notas provisórias. In: Catani A, Nogueira MA, organizadores. *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes; 2012.
- [04] CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.L.; ABREU, M.N.S.A.; FONSECA, J.O.P. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. *CAD. Saúde Pública*, v.21, n.5, p.1338-1348, 2005.
- [05] DICKINSON, D.; GREEN, G.; HAYES, C.; GILHEA-NY, B.; WHITTKER, A. Social network and social support characteristics amongst individuals recently discharged from acute psychiatric units. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, v.9, n.2, p.183-189, 2002.
- [06] JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P. de; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.
- [07] LIPTON, F.R.; COHEN, C.I.; FISHER, E.; KATZ, S.E. Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin*, v.7, n.1, p.144-151, 1981.
- [08] MARTELETO, M.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ci. Inf. (Brasília)*, v.33, n.3, p.41-49, 2004.
- [09] MULLER, B.; NORDT, C.; LAURER, C.; ROSSLER, W. Changes in Social Network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. *Journal of Social Psychiatric.*, v.53, p.564-574, 2007.
- [10] MURAMOTO, M.T.; MANGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil) *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.4, p. 2165-2177, 2011.
- [11] SALLES, M.M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paul. Enferm.*, v.22, n.1, p.11-16, 2008.
- [12] SANICOLA, L. *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras Editora; 2008.

- [13] SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, v.17, n.4, p.263-285, 2006.
- [14] SILVEIRA, M.S.; VARGAS, M.M.; REIS F.P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p.27-32, 2011.
- [15] SLUZKI, C.E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- [16] SOARES, M. Um encontro, duas paragens: saúde mental e economia solidária. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/economia_solidariamartasoares.pdf>. Acesso em 21 set. 2010.
- [17] SOUZA J.; KANTORSKI, L.P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS AD: O Ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v.43, n.2, p.373-383, 2009.
- [18] PALOMBINI, A.L. Práticas clínicas no território. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/praticasclinicasanalicepalombini.pdf>>. Acesso 21 set. 2010.
- [19] PICKENS, J.M. Formal and informal social network of mental with serious mental illness. *Mental Health Nursing*, v.24, p.109-127, 2003.
- [20] POPE, C; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- [21] TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 20 jun. 2012.
- [22] ZANETTI, A.C.G.; GALERA, S.A.F. The impact of schizophrenia on the family. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, v.28, n.3, p.385-392, 2007.