

Melissa Tieko Muramoto

**A sustentabilidade da vida cotidiana:
um estudo das redes sociais de usuários de
serviço de saúde mental no município de
Santo André**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação
Humana

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Melissa Tieko Muramoto

**A sustentabilidade da vida cotidiana:
um estudo das redes sociais de usuários de
serviço de saúde mental no município de
Santo André**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação
Humana

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo

2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por acreditarem tanto nos estudos e em mim, depositando sua confiança e me possibilitando chegar até aqui. Obrigada!

Aos meus irmãos, companheiros da vida.

À minha avó querida, por me ensinar o que é afeto.

*Ao meu amor, que comigo (re-) constrói e (re-) inventa tantos sentidos para a vida, todos os dias.
Amo você!*

AGRADECIMENTOS

Aos usuários e familiares do NAPS II, em Santo André, por compartilharem comigo suas histórias e por me acolherem em tantas tardes.

À equipe do NAPS II e à Coordenadoria de Saúde Mental do município de Santo André, por possibilitarem minha estadia no serviço e o desenvolvimento dessa pesquisa.

Às docentes do curso de Terapia Ocupacional da USP, em especial à Fernanda, Bel, Marta, Fátima, Denise e Selma, por terem plantado em mim a paixão pela TO e por acreditarem no meu trabalho.

À Carol Rosa, Jú, Mitie e Lele, pela ajuda concreta e pela parceria tão importante. Muitas tardes não teriam sido possíveis sem vocês.

Aos usuários do CAPS Arco-Íris, por me ajudarem dia-a-dia a construir minha prática enquanto terapeuta ocupacional por uma Sociedade Sem Manicômios, e por manterem acesa a minha paixão pela Saúde Mental.

A toda a equipe do CAPS Arco-Íris, companheiros de luta e amigos, pela compreensão e torcida. Por compartilharem comigo seus saberes, pela ferocidade com que enfrentam os desafios encontrados cotidianamente em Guarulhos, pela

disposição constante e escuta atenta, nos debates mais calorosos e nos ‘acolhimentos’ nos fins de quinta. Obrigada!

A todos os amigos, tão especiais na construção da minha história na Terapia Ocupacional, desde o churrasco de recepção até os dias de hoje. Ao G7, que mesmo longe é presença constante em minha memória e afeto. Em especial à Ana Banana, amiga da vida, que soube como ninguém descobrir caminhos para as comunicações mais profundas. Te amo horrores, querida!

À minha orientadora Bete Mângia, com muita admiração pela capacidade e conhecimento incríveis na orientação. Com admiração maior ainda por todos os outros ‘tipos de relações’ que vem desempenhando em minha vida: mãe, conselheira, chefe, madrinha e, acima de tudo, amiga. Muito obrigada!

Lista de quadros

Lista de figuras

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
	a. O conceito de redes sociais	2
	b. Objetivos	5
2	APROFUNDAMENTO TEÓRICO EM REDES SOCIAIS	6
	a. Perspectivas analíticas em redes sociais	6
	b. Análise de redes sociais	11
	c. Características estruturais das redes sociais	13
	d. Vulnerabilidade relacional e redes sociais	20
3	REDES SOCIAIS E SAÚDE	26
4	O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS CONTRIBUIÇÕES DAS REDES SOCIAIS	31
	a. Redes sociais e saúde mental	31
	b. Reforma Psiquiátrica e a construção de novos serviços de assistência em saúde mental	39
	c. Vulnerabilidade relacional e serviços assistenciais	42
5	LOCALIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA	46
	a. Breve histórico da implantação dA redes de serviços substitutivos	46

	no município de Santo André	
	b. Cenário do desenvolvimento da pesquisa: o NAPS II	46
	i. Os espaços	47
	ii. A equipe	47
	iii. As rotinas	48
6	CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA	51
	a. A imersão no campo: postura etnográfica	52
	b. Estudo bibliográfico	53
	i. A escolha do referencial e os autores de base	54
	c. Apontamentos teóricos sobre realização de entrevistas	55
	i. Construção do questionário	56
	ii. O processo de realização de entrevistas no NAPS II	58
	d. O processo de observação	62
	i. Encontros: caderno de campo	64
	e. Análise do material coletado	65
	f. Ética	67
7	CONHECENDO OS ATORES	68
	a. Caracterização dos usuários	68
	b. Hipóteses diagnósticas	71
	c. Situação de moradia	72
	d. Trabalho e renda	73
	e. Histórico de internações e tempos da doença	75
8	O DIA TÍPICO: CONTRIBUIÇÕES DO COTIDIANO PARA SE	77

10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
11	ANEXOS	122
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137

Quadro 1 – Caracterização dos usuários

Quadro 2 – Rendimentos

Quadro 3 – Histórico de interações

Quadro 4 – Analisadores das redes sociais

Quadro 5 – Número total de pessoas referidas

Quadro 6 – Tipos de relações

Quadro 7 – Grupo 1: características

Quadro 8 – Grupo 2: características

Quadro 9 – Grupo 3: características

Quadro 10 – Relações vivenciadas a partir da inserção no serviço

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede pessoal formada por dois círculos concêntricos ao redor do “ego”.

Figura 2 – Rede de atenção em saúde mental

RESUMIO
RESUMIO

Muramoto MT. *A sustentabilidade da vida cotidiana*. Um estudo das redes sociais de usuários de serviço substitutivo de saúde mental no município de Santo André [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Estudos realizados no campo teórico das redes sociais demonstram que as relações têm impacto significativo na vida das pessoas. Quando associadas à população com transtorno mental, as redes atuam como fator de proteção importante e gerenciador de recursos e suporte social. Entretanto, estudos apontam que as pessoas com transtorno mental apresentam redes sociais empobrecidas e poucas relações significativas. A eclosão do transtorno mental e as rupturas decorrentes de processos de institucionalização contribuem para a dinâmica de redução do número e qualidade de contatos, colocando a pessoa em situação de vulnerabilidade relacional. Neste trabalho, buscou-se caracterizar as redes sociais de 25 usuários do Núcleo de Atenção Psicossocial II (NAPS II), em Santo André, e discutir o papel desse serviço público no fortalecimento das relações sociais e enfrentamento da vulnerabilidade social. A pesquisa, de caráter qualitativo, foi metodologicamente orientada pela postura etnográfica, tendo realizado os seguintes procedimentos: pesquisa bibliográfica, entrevistas por pautas, observação participante e construção de caderno de campo. Foram entrevistados 25 usuários com transtorno mental severo em regime de tratamento intensivo. A coleta de dados foi desenvolvida durante o ano de 2006. Os resultados mostraram que os entrevistados possuem redes sociais empobrecidas, poucas pessoas dispõem de alguma relação significativa e o acesso a recursos materiais e afetivos é escasso. Também demonstraram que os projetos assistenciais

desenvolvidos pelo serviço não são capazes de intervirem no âmbito das redes sociais pessoas assistidas e nem de enfrentar o problema de sua vulnerabilidade social. Neste sentido, concluímos que as redes sociais deveriam ser um dos principais alvos das intervenções promovidas pelos serviços de saúde mental e que a investigação sobre os processos de sociabilidade pode contribuir para a elaboração de novas estratégias capazes de complexificar o cuidado da população com transtorno mental, além de oferecer elementos para a construção de novos serviços e políticas públicas no campo da saúde mental.

Descritores: saúde mental; apoio social; serviços comunitários de saúde mental; vulnerabilidade; transtornos mentais/reabilitação; terapia ocupacional

SUMMARY

Muramoto MT. The sustainability of quotidian life: a study of social networks of users of a mental health service in Santo André City [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Studies realized in the theoretical field of social network show that relations have a significant impact over people lives. When associated to people with mental disorders, networks act as a important protection factor and resources and support given. However, studies point that people with psychiatric suffering have impoverished social networks and few significant relations. The outburst of a mental disorder and the breakages caused by institutionalization processes contribute to the dynamics of reduction of quantity and quality of contacts, pushing the person to a situation of relational vulnerability. In this paper, it was tried to characterize the social networks of 25 users of NAPS II, in Santo André, and to discuss the place of the service on strengthening of social relations and on facing up to relational vulnerability. The research used methods from qualitative investigation, oriented by ethnographic posture: bibliographical research, semi-structured interviews, participant observation and field diary. It had been heard 25 users in intensive treatment program and the participant observation process had been taken through 2006. The results showed that the studied group has impoverished social networks, few people have some significant relation and the access to emotional and material resources is scarce. They also showed that the projects of assistance developed by the service have been incapable to intervene in the relational field of assisted people lives and to face the problems caused by the social vulnerability. On this way, we

conclude that social networks might be an important target of interventions promoted by substitutive services and that the investigation about the sociability processes can contribute to the elaboration of new strategies able to turn the care of population with mental disorders more complex. Besides that, social networks offer elements to the construction of new services and public policies on mental health field.

Descriptors: mental health; social support; community mental health services; vulnerability; mental disorders/rehabilitation; occupational therapy.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A utilização do referencial proposto pelos estudos das redes sociais pode trazer contribuições importantes para o estudo dos serviços de saúde mental e das estratégias utilizadas no contexto dos projetos de reabilitação psicossocial. A compreensão dos projetos terapêuticos e da problemática das populações vulneráveis no contexto de suas redes relacionais permite observar, na dinâmica das relações, os componentes que podem contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, e, portanto, se constituem enquanto fatores de proteção e aqueles que, ao contrário, representam fatores de risco (Martins, Fontes, 2004; Marteleto, 2001).

O estudo das redes sociais, no contexto das práticas assistenciais em saúde mental, pode contribuir para a compreensão e discussão da complexidade envolvida no processo de construção e reconstrução da sociabilidade e das trocas dos indivíduos com transtorno mental severo, no sentido de criar meios que tornem sustentável e possível a vida fora dos circuitos psiquiátrico-asilares, bem como para o processo de avaliação dos serviços substitutivos em saúde mental em curso no país.

Neste sentido, apresentaremos a seguir a revisão da literatura sobre o referencial da análise das redes sociais, a fim de fornecer subsídios teóricos para a compreensão dos processos de sociabilidade e interação.

a. O conceito de redes sociais

O conceito de redes sociais surgiu em meados da década de 1950 e, desde então, sua utilização tem sido freqüente em estudos de diversas áreas do conhecimento. Tal crescimento tem origem em dois fatores principais: em primeiro lugar, aos limites da análise sociológica e das ciências sociais, de cunho estrutural-funcionalista, baseadas nas tradicionais dicotomias: indivíduo e sociedade, ação e estrutura, objetividade e subjetividade entre outras. Tais dualidades concebem a realidade social de forma estática, não sendo capazes de captar a complexidade e os momentos de transformação constantes (Souza, 1999; Marteleto, 2001; Martins, Fontes, 2004; Kadushin, 2005; Molina, 2005; Mângia, Muramoto, 2005; Martí, 2006).

Em segundo lugar, devido ao desenvolvimento de métodos matemáticos não quantitativos, tais como a teoria de gráficos e a análise combinatória, que vêm responder à necessidade de descrever ligações entre elementos de um sistema, possibilidade não contemplada pelos tradicionais métodos estatísticos (Souza, 1999; Deslandes, Mendonça, 2001; Martí, 2006).

Os primeiros estudos sobre redes sociais procuraram compreender as mudanças ocorridas nas relações de populações de países do Terceiro Mundo que migravam de áreas rurais para áreas urbanas, na década de 1950. A antropologia, até então habituada aos métodos que buscavam explicar o comportamento de populações restritas a vilas e aldeias, com sistemas de normas específicos, passou a utilizar o conceito de rede social para compreender os novos padrões de sociabilidade utilizados por essas populações nas cidades, a relação mantida com o lugar de origem

e a formação de novas redes que auxiliassem na busca por recursos e na adaptação à nova vida (Wellman, 1983; Souza, 1999).

Segundo Souza, os estudos sobre redes sociais buscam “superar a lacuna conceitual entre microssociologia e macrossociologia”, ao contemplar tanto os elementos fixos das estruturas e sistemas quanto a fluidez dos eventos e interações sociais (1999: p.91). Desta forma, o conceito apresenta grande relevância na medida em que ocupa lugar estratégico para pensar a construção/invenção de novos instrumentos capazes de compreender a realidade social e apreender a complexidade das relações e interações sociais presentes nos processos que estruturam a sociabilidade. O foco de interesse passa então das características dos indivíduos (gênero, idade, classe social) e das organizações (tamanho, alcance, função), para o modo em que estes elementos estão conectados (Souza, 1999; Martins, Fontes, 2004; Molina, 2005; Mângia, Muramoto, 2005).

Wellman (1983) e Emirbayer & Goodwin (1994) apontam que as redes sociais permitem aos estudos sociológicos ir além dos atributos individuais para explicar “o porquê as pessoas agem”, possibilitando analisar os limites estruturais de suas ações. Isso altera a visão de um mundo onde todos são iguais, têm o mesmo acesso a direitos e deveres, e nos coloca num mundo composto por relações assimétricas, presas a estruturas hierárquicas, que não pode ser explicado somente a partir das teorias sociológicas tradicionais.

Assim, o objeto rede social vem responder a uma exigência de complexificação da teoria social a partir de múltiplas demandas práticas, se configurando num fenômeno não apenas funcional, mas de análise da nova ordem social. A sociedade civil contemporânea exige respostas rápidas, locais e eficazes para a promoção de

ações que visem cada vez mais a emancipação e a ampliação do gozo dos direitos de cidadania. Para tanto, as redes sociais surgem como elemento potencializador de tais processos por exigirem o envolvimento e a participação ativa da população (Martins, Fontes, 2004; Mângia, Muramoto, 2005).

Diversos autores afirmam não existir um consenso acerca do conceito de rede social. Molina aponta que essa polissemia do conceito lhe confere concomitantemente uma grande capacidade heurística e uma baixa possibilidade analítica, a exemplo daquilo que ocorre com tantas expressões tais como, cultura, personalidade, comunidade, etc. Dessa forma, é possível identificar múltiplas definições e usos para a idéia de redes sociais (Souza, 1999; Marteleto, 2001; Kadushin, 2001; Martins, Fontes, 2004; Molina, Teves, Jariago, 2004; Mângia, Muramoto, 2005; Molina, 2005).

Para Kadushin (2004), a rede social é um conjunto de relações as quais estão mapeadas ou descritas. Marteleto (2001, p. 72) define o conceito de rede como sendo um “sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede”. A partir deste desenho, a autora propõe ainda que se possa representar todos os elos possíveis que articulam as pessoas, seus interesses e ações. Emirbayer & Goodwin (1994, p. 1449) definem o conceito de rede, como “conjunto de relações ou ligações sociais entre um conjunto de atores (e também atores ligados entre si)”.

Para Griep et al. (2003: p.03) a rede social pode ser definida enquanto “o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social ou ainda como a rede de relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características destas ligações”. Segundo Wellman (1983, p.158) a “rede social é

um conjunto de relações que conectam membros de um sistema social em categorias sociais e grupos fechados”.

Kadushin (2004) defende a teoria de redes como a única teoria não reducionista em ciências sociais, aplicando-se a vários níveis de análise, desde os pequenos grupos até os sistemas globais. White et al (1976, p. 732, citado por Wellman, 1983) afirma que “as descrições altamente categóricas das estruturas sociais existentes atualmente não apresentam uma base sólida de fundamentos teóricos; desta forma, o conceito de rede social pode oferecer o único meio para construir uma teoria da estrutura social.”

b. Objetivos

É no cenário das reflexões apontadas acima que este trabalho se insere com o objetivo de conhecer e caracterizar as redes sociais de pessoas com transtornos mentais severos, usuários de um serviço substitutivo de atenção em saúde mental, tipo CAPS III, localizado no município de Santo André-SP, o NAPS II.

A partir do referencial teórico da reabilitação psicossocial e da análise de redes sociais pretendemos, ainda, caracterizar e discutir as relações vivenciadas pelos usuários; discutir o papel da rede social na reabilitação e refletir sobre a atuação do serviço no desenvolvimento e ativação das redes sociais dos usuários.

APROFUNDAMENTO
APROFUNDAMENTO
TEÓRICO
TEÓRICO

2. APROFUNDAMENTO TEÓRICO EM REDES SOCIAIS

a. Perspectivas analíticas em redes sociais

Hawe et al (2004) e Molina (2005) apresentam duas perspectivas analíticas principais das redes sociais: a sociocêntrica e a egocêntrica.

A perspectiva sociocêntrica ou completa busca explicar as propriedades de redes já existentes, por meio da compreensão de conexões entre os elementos que compõem essa rede, sendo estes indivíduos ou organizações. A composição da rede sociocêntrica pode se dar por um critério realista, como a família, os membros de um clube, um grupo de professores em uma escola, ou por um critério eletivo, como a determinação de um grupo de pesquisa ou a seleção de organizações existentes em uma comunidade (Hawe et al, 2004; Molina, 2005).

A perspectiva egocêntrica se refere ao estudo das relações definidas a partir da perspectiva de um único indivíduo, chamado *ego*, em relação aos indivíduos que compõem a sua rede, os *alteregos* (Newmann, 2003; Hawe et al, 2004; Molina, 2005). Este tipo de rede também é chamado de rede social pessoal. Sluzki (2006: p.37) apresenta o conceito de rede social pessoal como sendo:

a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem.

Molina (2005) identifica quatro das principais correntes de investigação na análise das redes sociais pessoais ou da perspectiva egocêntrica das redes. São estas as que trouxeram maiores contribuições: a Escola de Manchester, os “Estudos de comunidade”, os “Estudos de estimação do tamanho das redes pessoais” e os estudos sobre “Capital social”.

A “Escola de Manchester”, corrente mais tradicional em relação aos estudos sociológicos sobre redes, atuante principalmente entre os anos de 1954 e 1972, traz as redes sociais como instrumento para a melhor compreensão de alguns fenômenos e comportamentos. Através do estudo das redes pessoais, os antropólogos da “Escola de Manchester” viram a possibilidade de superar os limites do estruturalismo e do funcionalismo na investigação da vida urbana, complexa, confusa e mutante por excelência. Eles desenvolveram a idéia de que os indivíduos possuem, em suas redes, dois círculos concêntricos: um núcleo denso, formado pelos laços mais fortes e íntimos, e uma periferia estendida, mais dispersa, formada pelos laços mais fracos (Figura 1) (Molina, 2005).

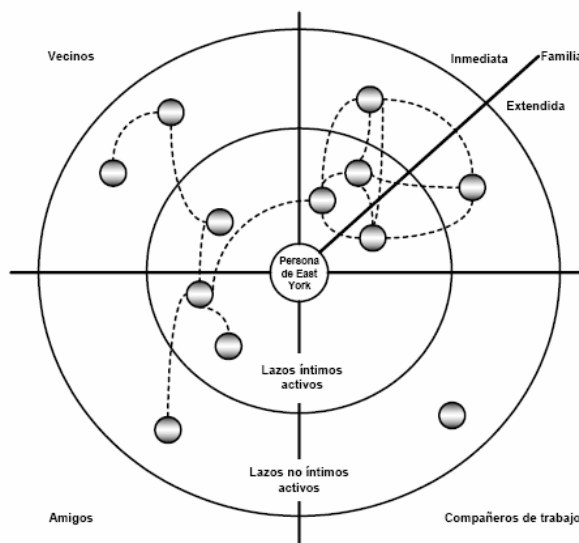


Ilustración 3. Red personal típica de una persona de East York. Adaptado de Wellman, 1999.

Figura 1. Rede pessoal formada por dois círculos concêntricos ao redor do “ego” (Wellman, adaptado por Molina, 2005: p.9).

Os estudos desenvolvidos pela “Escola de Manchester” influenciaram muitos outros trabalhos. Molina ressalta essa influência na concepção, formulada por Nadel e desenvolvida por Harrison White, segundo a qual “*a estrutura social teria que ser concebida como uma rede de papéis sociais*”, que permite contemplar concomitantemente indivíduos e estruturas, níveis micro e macro e traz um modo inovador de compreensão da complexidade das relações e interações que estruturam e sustentam a vida social (Molina, Aguilar, Molina, 2004; Nadel, White, citado por Molina, 2005).

O segundo campo de investigação apresentado por Molina (2005) são os “Estudos de Comunidade”. Essa corrente de investigação surgiu nos anos 1970 e 1980, quando sociólogos americanos se debruçaram sobre a questão da transformação da comunidade na sociedade moderna e urbana contemporânea. Os

“Estudos de Comunidade” se baseiam na localização das redes de apoio social, formada por parentes, amigos e vizinhos, ou seja, pessoas que vivem uma condição de vida semelhante e proporcionam umas às outras, funções de socialização, informação e suporte.

Os métodos utilizados para obtenção destas informações foram as enquetes e entrevistas em profundidade com informantes particulares. Tanto a enquete quanto a entrevista buscavam identificar o chamado núcleo denso do indivíduo, ou seja, os laços mais fortes, em detrimento daqueles mais frágeis (Molina, 2005).

Outra tendência de investigação consiste nos chamados “Estudos de estimação do tamanho das redes pessoais”. Trata-se de uma tradição bem consolidada, com formulação de teorias e metodologias próprias, além da constituição de importantes bases de dados construídas a partir de grandes enquetes, que permitem conhecer características globais das redes de pessoas em muitas cidades do mundo. Tais estudos tiveram como objetivo estipular o tamanho da rede pessoal de um indivíduo ou *ego*, partindo do número de pessoas conhecidas em um determinado período de tempo, independentemente de haver ou não interação com essas pessoas no momento da pesquisa. As estimativas são realizadas através de pesquisas diretas com um *ego*, que nomeia ou enumera as pessoas reconhecidas em listas ou geradores de nomes, como catálogos telefônicos, agendas de contatos etc.

Muitos estudos têm sido realizados com o uso desse método e os resultados das pesquisas têm se mostrado estáveis. Apontam que, em média, a rede pessoal de um sujeito consiste em aproximadamente 290 contatos ativos, com desvios que variam de acordo com a posição social da pessoa. Já os estudos que buscam identificar a quantidade de pessoas com as quais um indivíduo mantém contatos ao longo da vida

estimam que o número esteja entre 1500 e 3500 pessoas. Por outro lado, os resultados sobre a presença de laços fortes indicam uma média de 18,5 pessoas (Molina, 2005).

A última corrente de investigação apresentada por Molina é a que relaciona redes pessoais com o conceito de “Capital Social”. Basicamente, o autor apresenta tal conceito subdividido em três vertentes, a saber:

- A primeira refere capital social como algo inerente aos indivíduos, isto é, ao número e à qualidade das relações de cada um, normalmente derivadas da classe social a qual pertence.
- A segunda concentra os recursos nas propriedades da rede social, mais que nas pessoas. Refere que a estrutura determina o capital social, na medida em que quanto maior o grau de intermediação, de conectar pontos da rede, maior será o capital social.
- A terceira associa o desenvolvimento econômico e institucional de uma região à rede de entidades civis existentes nela. Desta forma, a existência de uma rede densa de organizações civis contribui para o crescimento econômico e fundamenta as instituições democráticas de uma região.

Um importante trabalho desenvolvido dentro dessa corrente de investigação é o proposto por Nan Lin, que define capital social como “o conjunto de recursos imersos na rede social” (Lin, 2001, citado por Molina, 2005). Tais recursos são,

assim, uma propriedade tanto das redes pessoais, como das características das redes mais amplas, nas quais aquelas se encontram inseridas. Esta vertente do capital social é composto por duas variantes: “o acesso, ou seja, a capacidade social de ascender aos recursos, e o uso, que é a captação efetiva de recursos, realizada de forma intencional” (Molina, 2005, p.20). Para que o capital social seja medido desta forma, é necessário conhecer as posições sociais dos elementos da rede (os participantes ou *alteregos*) e o nível de acesso aos recursos existentes (acesso completo, parcial ou inexistente). Observa-se uma desigualdade na distribuição dos recursos de acordo com as posições sociais ocupadas por cada *alterego*. Os estudos dessa tendência buscam identificar os fatores que contribuem ou determinam essa desigualdade.

b. Análise de redes sociais

A análise de redes sociais tem sido considerada, no campo da sociologia, um novo paradigma para a compreensão da estrutura social, por meio do qual o comportamento humano e os processos sociais deixam de ser explicados apenas em termos de categorias ou atributos dos elementos e estruturas individuais ou coletivas. O foco para compreensão de tais processos torna-se o padrão de envolvimento (de indivíduos e organizações) em relações sociais estruturadas (Wellman, 1983; Emirbayer, Goodwin, 1994; Barbosa et al., 2000; Martí, 2006).

Segundo Wellman (1983), o uso excessivo da análise de redes sociais pode gerar mal-entendido e prejudicar o potencial explicativo de tais estudos, especialmente a partir de dois erros comuns: o primeiro refere-se à dificuldade atribuída à análise por

alguns pesquisadores que tentam transformá-la em métodos quantificáveis e o segundo refere-se banalização do conceito, quando utilizado como metáfora para ilustrar sistemas sociais.

Martí (2006, p.2), também alerta sobre o problema do uso metafórico da análise de redes e aponta o risco de tais análises gerarem “categorias ocas”, cujas funções servem mais como “estilo retórico que como perspectiva analítica”.

O modo mais direto para analisar as redes sociais é a partir da compreensão das conexões que as compõem, o que nos permite apreender em que medida a rede social altera ou restringe o comportamento e funcionamento de seus membros (Wellman, 1983).

Molina & Aguilar (2005) definem que “*A análise de redes sociais estuda relações específicas entre uma série definida de elementos (pessoas, grupos, organizações e, inclusive, elementos do discurso)*”.

Marteletto (2001), por sua vez, define a análise de redes como um meio para realizar uma análise estrutural, cujo objetivo é mostrar que a forma da rede é explicativa dos fenômenos analisados. O objetivo da análise de redes, segundo a autora, é demonstrar como os comportamentos e/ou opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem. Assim, não serão as características individuais analisadas, mas sim o conjunto de relações estabelecidas através das interações de um indivíduo com outro. Essa estrutura na qual as interações acontecem é entendida enquanto uma rede de relações e de limitações, que influenciarão as escolhas, as orientações, o comportamento e as opiniões dos indivíduos. Desta forma, a análise de uma única relação – díade – só tem sentido quando utilizada para demonstrar a influência e o efeito que esta causa nas demais

relações e na estrutura da rede como um conjunto. A estrutura da rede também exerce uma influência em cada relação pertencente a ela.

As redes informais são iniciadas a partir da tomada de consciência de uma comunidade, cujos interesses e/ou necessidades são comuns. As redes não implicam necessariamente em um centro hierárquico, mas são geralmente definidas pela “multiplicidade quantitativa e qualitativa dos elos entre os seus diferentes membros, orientada por uma lógica associativa” (Colonomos, 1995, citado por Marteleto, 2001: p.73).

Neste trabalho, investigamos as redes sociais de usuários de um serviço de saúde mental a partir da perspectiva egocêntrica. Optamos por utilizar duas perspectivas distintas da análise, que serão descritas a seguir. A primeira, de caráter mais descritivo, procura identificar algumas características consideradas importantes para representar e explicar as redes sociais e os processos de sociabilidade entre o ego e seus alteres. A segunda procura identificar os padrões de sociabilidade e a formação das redes sociais por meio do conceito de vulnerabilidade relacional.

a. Características estruturais das redes sociais

Existem seis características principais nas redes sociais, descritas pelas teorias apresentadas acima. Elas dizem respeito tanto à estrutura da rede, como aos tipos de relações estabelecidas entre os atores (Sluzki, 2006; Molina, 2005). Essas informações são importantes, pois favorecem a compreensão sobre as oportunidades

e limites impostos pela rede aos seus membros e o que afeta o acesso que eles têm a recursos, informações e poder (Wellman, 1983). As características principais são: tamanho da rede pessoal, composição, tipos de relações, conteúdo das relações, estrutura e dinâmica. Estas serão brevemente apresentadas.

- Tamanho da rede pessoal: procura identificar o tamanho da rede social de um ego, ou seja, o número de pessoas ao qual este está conectado. Neste campo, a tradição de estudos da Estimação do Tamanho das Redes Sociais, cujos primeiros experimentos buscaram identificar, a partir de listas telefônicas, a quantas pessoas o indivíduo selecionado conhecia, se mostra importante. Tradicionalmente, os dados relativos a essa característica são obtidos por meio da aplicação de questionários nos quais se interroga ao sujeito da pesquisa (ego) a quantas pessoas ele conhece. Os resultados dependem em grande medida da forma em que a pergunta é formulada e colocada ao entrevistado. O tamanho da rede dependerá muito de como os contatos serão selecionados, podendo ser definido apenas pelo número de laços fortes e íntimos, ou por uma quantidade maior de indivíduos, se o critério de seleção for todas as pessoas já encontradas diretamente. Molina (2005) usa o conceito de contato ativo para determinar as pessoas que compõem a rede social de um ego, com as quais este tenha estabelecido ao menos um contato nos últimos dois anos (tenha sido este contato estabelecido por meio de cartas, meios eletrônicos, telefone ou pessoalmente) e com quem mantenha uma relação de reconhecimento e acessibilidade mútuos.

A partir dessas considerações, o tamanho médio da rede social de uma pessoa adulta é de aproximadamente 290 contatos ativos, podendo haver um desnível para

até 250 contatos. Esta diferença está relacionada a fatores como sexo, classe social, profissão e colocação ocupacional. As mulheres, por exemplo, têm, em sua grande maioria, redes sociais menores que as dos homens, especialmente devido a menor atuação nos cenários formais do mercado de trabalho e da política. Este número também está relacionado à idade do ego, uma vez que as redes sociais apresentam maior proporção na idade adulta (Molina, 2005). Sluzki (2006) aponta que tanto as redes sociais muito reduzidas quanto as muito amplas podem se mostrar disfuncionais. As primeiras devido a grande possibilidade de sobrecarga afetiva, especialmente em momentos de crise, o que pode ocasionar desgaste das relações e, conseqüentemente, desassistência. As redes muito amplas também podem gerar desassistência devido à suposição de que “alguém já deve estar cuidando do problema” (p. 45).

Conforme já colocado anteriormente, as redes sociais egocentradas possuem um núcleo denso de laços fortes, composto por relações mais próximas, pessoas que estão mais presentes nas situações cotidianas. Estudos relacionados a este tema estimam que existam aproximadamente 18,5 contatos desse tipo na rede social de cada ego (Sluzki, 1997; Molina, 2005; Mângia, Muramoto, 2005).

- Composição da rede pessoal: é dada pela identificação das propriedades dos *alteregos* ou pelas relações do *ego*. Essa característica pode fornecer informações importantes sobre o tipo de relações vivenciadas e sobre a estrutura da rede social, uma vez que as pessoas tendem a desenvolver relações entre semelhantes. Tal dinâmica é denominada de homofilia ou homogeneidade da rede e estabelece que

peessoas que se relacionam compartilham de algumas características pessoais comuns, tais como idade, sexo, interesse profissional, nível educacional, atividades (Marsden, 1988; Sluzki, 2006; Louch, 2000; Molina, 2005).

LIN (2001 a, citado por MOLINA 2005) defende que as relações entre iguais tendem a ser “expressivas, de socialização e instantâneas, uma vez que o grupo possui em comum o controle sobre os recursos e valores associados à posição social compartilhada, o que confere o fortalecimento dos vínculos e amplia a probabilidade de haver reconhecimento mútuo” (p. 25). Já os laços entre desiguais são vistos pelo autor como “forçosamente intencionais e artificiais”. As relações se dão por questões instrumentais e não afetivas. As relações entre iguais serão delimitadas pela classe social, sexo, idade, profissão, e influenciarão a composição da rede pessoal do indivíduo.

- Tipos de relações: Molina (2005) aponta que existem sete tipos de relações que podem ser definidas como “familiares próximos”, “familiares (parentes)”, “melhores amigos”, “colegas”, “companheiros de trabalho”, “vizinhos” e “conhecidos”. Para Sluzki (2006), as relações sociais podem ser divididas entre: “família”, “amizade”, “relações de trabalho ou escolares” e “relações comunitárias”, onde localizam-se relações vivenciadas a partir da inserção em organizações religiosas ou de saúde. Algumas pessoas da rede podem representar mais de um tipo de relação para o ego. Pesquisas apontam que os familiares compõem parte significativa da rede social. Em países como Estados Unidos e Canadá, por exemplo, nos quais os estudos priorizam o levantamento dos laços fortes, estima-se que os

familiares somem 50% da rede social. Já no caso de minorias étnicas, comunidades imigradas e populações que vivenciam rupturas contingentes, como refugiados de guerra ou de desastres naturais, estima-se que a porcentagem de familiares que compõem a rede social seja de 70%. Outros dados importantes apontam que as relações entre familiares são as mais resistentes ao longo do tempo e às mudanças de residência, mas tal fato não garante necessariamente apoio social e suporte conferido ao ego por parte dessas relações (Sluzki, 2006; Molina, 2005).

- Conteúdo das relações: diz respeito à função que as redes sociais desempenham para o ego. Sluzki (2006) apresenta sete possíveis funções a serem desempenhadas pelas relações existentes nas redes sociais: “companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos”. De acordo com Molina (2005: p.27), estas podem ser de “apoio social (cotidiano e de emergência), de socialização ou confiança e de relações instrumentais”. As relações entre pais e filhos configuram-se em relações de suporte. As relações entre amigos tendem a ter funções de socialização e confiança. Diversos estudos apontam que, mesmo em uma rede social ampla, o ego poderá não encontrar funções de suporte e apoio entre suas relações. Com maior frequência, é possível encontrar situações onde cada esfera de relações desempenhe funções diferenciadas, havendo assim apenas uma parte da rede que poderá oferecer ajuda e suporte. O apoio cotidiano é geralmente provido por amigos, vizinhos e companheiros de trabalho, e não por familiares (Starace, Gritti,

1987; Sluzki, 2006; Huxley, Thornicroft, 2003; Molina, 2005; Molina, Aguilar, 2005).

Starace & Gritti (1987) consideram que “um relacionamento próximo, confidencial, pode oferecer, em certas circunstâncias, um suporte igual ou mais forte que o provido por toda uma rede social” (pg. 212). Também defendem que o suporte social pode ser uma possível, mas não necessária função da rede social. Para uma análise mais aprofundada do conceito de suporte social, utilizam o modelo de Veiel (1985, citado por Starace & Gritti, 1987) no qual são destacados 3 aspectos: as características do suporte; a relação entre quem oferece e quem recebe o suporte; e as modalidades de avaliação do suporte. Em relação ao primeiro aspecto, os autores apontam que o suporte pode ser instrumental ou psicológico. O suporte instrumental tem como objetivo eliminar as razões de estresse ou do problema. Já o suporte psicológico procura ativar os mecanismos que podem gerar respostas adaptativas mais efetivas. Do ponto de vista cotidiano, é possível fazer uma distinção entre o suporte diário daquele oferecido apenas nos momentos de crise. O suporte diário possibilita ao indivíduo reforçar mecanismos que o ajudem a lidar com experiências negativas, minimizando possíveis recaídas ou reações patológicas, enquanto o suporte provido apenas nos momentos de crise possibilita solucionar a situação específica, circunstancial. O segundo aspecto diz respeito a quem provê o suporte ou ajuda. Os autores identificam o “provedor natural”, cuja função de suporte já é esperada, dada sua posição na rede social do sujeito, e o “provedor institucional”, representado pelo profissional do serviço de saúde mental. As modalidades de avaliação do suporte são tipicamente qualitativas e correspondem à percepção subjetiva que o sujeito faz da ajuda recebida, se esta é adequada às suas

necessidades. As informações obtidas a partir de percepções deste tipo estão sujeitas a erros de avaliação e interpretação. Entretanto, os autores defendem que é possível obter um quadro confiável sobre a percepção subjetiva da ajuda recebida (Starace & Gritti, 1987).

- Estrutura da rede pessoal: propõe que, para visualização e análise da rede, seja considerada a existência de dois núcleos de relações, o primeiro composto pelas relações mais próximas, como familiares e amigos íntimos, chamado de núcleo denso, e o segundo formado por relações mais distanciadas, como conhecidos, vizinhos e colegas de trabalho, denominado periferia expandida. Este esquema pode ser representado graficamente por meio de dois círculos concêntricos ao redor do ego (Figura 1, Molina, 2005). Outro esquema bastante difundido é o apresentado por Sluzki (2006), no qual a estrutura da rede pode ser representada por três círculos também concêntricos ao redor do ego, sendo que o primeiro representa as relações íntimas, como familiares e amigos com contato cotidiano, o segundo, chamado círculo intermediário, representa as relações com menor grau de compromisso, como relações sociais ou profissionais, nas quais não existe intimidade ou função de “amizade” e o terceiro composto por relações ocasionais, como vizinhos e conhecidos.

- Dinâmica das redes pessoais: diz respeito às mudanças que ocorrem nas relações e redes sociais das pessoas ao longo da vida. As mudanças mais significativas acontecem na transição da juventude para a idade adulta, especialmente

a partir da entrada do sujeito no mercado de trabalho. Há um movimento crescente do número de relações até esta fase, atingindo aqui o seu máximo, passando então a um movimento decrescente até a velhice (Molina, 2005). Alguns fatores alteram a estrutura e o tamanho da rede social de um ego. As mudanças de estado matrimonial como casamento, separação e morte do cônjuge reduzem os contatos sociais, assim como as mudanças de residência. Em geral, é possível estabelecer algumas constantes no que concerne às alterações sofridas nas redes sociais durante a vida. São essas: o centro da rede social, onde estão localizados os laços fortes, é mais estável que a periferia, sofrendo, portanto, menos modificações. Já entre os laços frágeis, estima-se que 1/3 do total seja alterado com o tempo. Além disso, as relações entre familiares tendem a ser mais persistentes que as demais (Sluzki, 2006; Molina, 2005).

d. Vulnerabilidade relacional e redes sociais

A vulnerabilidade relacional é entendida como “aquela situação gerada pela ausência ou fragilidade de vínculos de inserção comunitária.” (Martí, 2006: p.4). Tal conceito tem origem recente no campo da sociologia e vem sendo utilizado a partir de mudanças estruturais da sociedade contemporânea, que promoveram a transformação da forma em que a pobreza é compreendida. Entende-se que a situação de pobreza não pode mais ser caracterizada apenas pela ausência de recursos econômicos, mas que outros fatores devem ser incorporados para sua compreensão.

Essa transformação produziu uma substituição deste paradigma explicativo pelo da exclusão social (Martí, 2006).

Uma das conseqüências desta transformação é a possibilidade de incorporar a dimensão relacional aos fatores que determinam a situação de pobreza. Neste sentido, faz-se necessária a utilização de uma abordagem complexa e integrada, que não se restrinja à investigação de variáveis macro (renda familiar, condições de trabalho e estudo) e micro (trajetória individual), mas que também possibilite incorporar a compreensão sobre os padrões de sociabilidade do sujeito e as variadas possibilidades de trocas materiais, de informação e afetivas. Nesta perspectiva, o estudo das redes sociais e de como as pessoas vivenciam suas relações ganha importância e pode trazer contribuições para a compreensão da exclusão social.

De acordo com Castel (1994), é cada vez maior o conjunto de situações sociais que demandam diferentes formas de intervenção. Tais situações de marginalidade ou de exclusão se dão efetivamente “(...) pelo estado de todos os que se encontram fora dos circuitos vivos das trocas sociais.” (Castel, 2000, p.22). Estas populações se encontram em um duplo processo de rupturas: em relação ao trabalho e em relação à sociabilidade. De acordo com o grau de desligamento e/ou de aproximação de cada um dos eixos, o indivíduo pode se encontrar em quatro zonas, a saber:

- uma zona de integração, na qual o indivíduo possui segurança no trabalho e integra redes fortes de dependência;
- uma zona de assistência, na qual o indivíduo geralmente se encontra inapto para o trabalho, mas pertence a uma rede de dependência ou é assegurado de alguma forma pelo Estado;

- uma zona de vulnerabilidade, que indica uma relativa inserção no trabalho, porém uma inserção social precária;
- uma zona de desfiliação, na qual o indivíduo está excluído do mercado de trabalho, apesar de ser apto para o mesmo, e não conta com nenhum apoio sócio-relacional.

Para o autor, estas zonas não indicam condições estáticas, mas dinâmicas, de acordo com a posição em que o indivíduo pode se encontrar em diferentes momentos da vida. A zona de desfiliação é alimentada pelas situações de vulnerabilidade, que são determinadas especialmente pela inserção precária em redes de trocas sociais.

Segundo Martí (2006), a vulnerabilidade relacional pode ser caracterizada por duas situações que podem ser vistas como complementares. A primeira caracteriza o indivíduo que se encontra em situação de asilamento ou que dispõe de uma rede social frágil, que não favorece a inserção em redes de relações comunitárias. A segunda caracteriza a inserção em subredes marginalizadas, com número reduzido de vínculos na comunidade. Tanto a primeira situação como a segunda se constituem em fatores de risco social, pois dificultam o acesso aos recursos comunitários disponíveis.

Para ampliar a compreensão sobre como se dão os processos de vulnerabilidade relacional, Martí (2006) considera a análise de redes sociais como importante ferramenta, na medida em que tal perspectiva analítica permite observar concomitantemente aspectos estruturais, funcionais e contextuais.

Os aspectos estruturais são comuns às características analisadas em estudos de redes sociocêntricas, e permitem avaliar os diversos movimentos de um ator específico em relação aos demais, os movimentos entre todos os atores e as relações

de poder e acessibilidade aos recursos disponíveis na rede. São considerados aspectos estruturais: tamanho, densidade, poder e centralidade dos laços e proximidade e distância da rede (Martí, 2006).

Os aspectos funcionais dizem respeito à função exercida pela rede e pelas relações que a compõem. São características consideradas importantes na análise de redes egocêntricas, pois podem fornecer informações sobre a inserção do indivíduo na rede e sobre a influência que esta exerce no indivíduo. Os aspectos funcionais são: tipo de relações e funcionalidade da rede para o indivíduo (acesso a recursos materiais, de informações e emocionais) (Martí, 2006).

Os aspectos contextuais são singulares e compreendem a história de cada rede. São: trajetória histórica da rede, inserção e permanência no território e estigma e estimativa da rede. Tais aspectos possibilitam a compreensão sobre como se dão os processos de vulnerabilidade relacional, ampliando a visão para além do indivíduo (Martí, 2006).

A partir da compreensão desses três conjuntos de aspectos, são identificadas situações que podem configurar-se em fatores de risco para vulnerabilidade – as “fraturas relacionais” – configuradas em situações tais como: migração/mobilidade residencial; separação conjugal; morte de familiares ou amigos próximos; casamento; acidente, incapacidade, enfermidade crônica ou dependência; tóxico-dependência; desemprego; violência doméstica ou situações de maus tratos e internação. Martí (2006) descreve as características que determinam cada uma dessas “fraturas relacionais”.

Neste trabalho, apoiados nessa compreensão, identificaremos apenas dois conjuntos de situações, que consideramos importantes para caracterizar a população que sofre de transtornos mentais severos.

O primeiro conjunto diz respeito às situações de acidente, incapacidade, enfermidade crônica ou dependência, caracterizadas pela “perda de autonomia, maior dependência da rede de apoio, com risco de saturação e dificuldade de gerar novos vínculos sociais”. No segundo grupo estão as situações geradoras de processos de institucionalização, caracterizados especialmente pelos “casos de hospitalização, que acarreta fragilização das redes primárias e desconexão com as redes comunitárias” (Martí, 2006, p.6).

A partir da análise de redes sociais de sujeitos que vivenciam alguma dessas fraturas relacionais, Martí identifica que a situação de vulnerabilidade também é caracterizada pela inserção em redes com número reduzido de laços, alta densidade e pouca ou nenhuma conexão com outras redes existentes no território. Tais características acentuam a similaridade dos laços, características pessoais entre os componentes e tipos de vínculos, que favorece o aumento do estresse e, por consequência, a incapacidade da rede em gerar apoio ou suporte social. Nestes tipos de redes, é comum encontrarmos situações nas quais os sujeitos não obtêm satisfação de suas necessidades devido a baixa acessibilidade a recursos materiais e afetivos. A análise dessas fraturas relacionais é considerada relevante para o campo da saúde mental, pois estas situações representam rupturas relacionais importantes para os sujeitos que as vivenciam, além de representarem situações com forte impacto psicossocial (Souza, 1999; Molina, 2005; Martí, 2006).

A partir da análise das fraturas relacionais, associadas à situação de vulnerabilidade social e inserção em redes empobrecidas, Martí descreve cinco modalidades de exclusão social, assim nomeadas: asilamento; fragilização das redes familiares; fragilização das redes sociais; inserção em redes marginalizadas e inserção em redes homogêneas com baixa integração comunitária. O autor caracteriza cada modalidade e elenca populações vulneráveis que vivenciam essas situações (2006: p.7,8).

Nosso estudo buscou aproximar-se dessas proposições para caracterizar a população que sofre de transtornos mentais, pois consideramos que elas ampliam o potencial analítico e a discussão sobre suas redes sociais.

Consideramos que essa população transita em todas as modalidades de exclusão, se constituindo como um coletivo vulnerável específico que se assemelha aos demais identificados pelo autor (pessoas sem residência fixa, idosos, mulheres sobrecarregadas, desempregados de longa duração, adolescentes em situação de risco social etc.) (Martí, 2006).

Tal opção teórica nos levou a considerar, diferentemente do inicialmente proposto por Martí, que as redes sociais da população com transtorno mental sofrem conseqüências das cinco modalidades de exclusão descritas e dessa forma, apresenta as características atribuídas a todas elas, a saber: isolamento da rede social familiar, saturação da rede de apoio familiar, redes sociais reduzidas, inserção em redes marginais e situação de deslocamento em relação a rede de apoio original. Tais características foram identificadas na população estudada e serão utilizadas na análise dos dados (Martí, 2006, p.7,8).

REDES E SAÚDE
REDES E SAÚDE

3. REDES SOCIAIS E SAÚDE

Diversos estudos relatam que a integração em redes sociais fortes e sustentadoras pode trazer benefícios para a saúde e que a relação inversa, ou seja, a pobreza de relações sociais significantes pode configurar-se enquanto fator de risco (Andrade, Vaitsman, 2002; Chor, 2001; Griep et al, 2003; Molina, Aguilar, 2005; Sluzki, 2006).

O primeiro estudo a investigar a relação entre redes sociais e saúde foi o realizado por Durkheim, que demonstrou a maior probabilidade da ocorrência de suicídio entre pessoas socialmente isoladas. Desde então, pesquisas epidemiológicas de diversas naturezas têm evidenciado essa relação (Andrade, Vaitsman, 2002; Sluzki, 2006).

Em meados da década de 1970, Cobb e Cassel reuniram evidências de que a suscetibilidade a determinadas doenças, tais como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, depressão etc., aumentava em indivíduos que haviam sofrido ruptura em seus laços sociais (citado por Chor et al, 2001).

Estudos epidemiológicos mais recentes também apontam que o envolvimento em uma rede social de suporte está relacionado ao aumento da sobrevivência de indivíduos após diagnósticos de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais e câncer, além de diminuição da incidência de insônia e da aquisição de hábitos como tabagismo e alcoolismo e também do risco de doenças demenciais (Sluzki, 2006; Griep et al, 2003).

Foi especialmente a partir da difusão de doenças como a AIDS que essa relação passou a ser mais difundida e profundamente investigada. Estudos foram realizados na tentativa de estimar o tamanho e as características de redes nas quais a probabilidade do contágio era maior. A investigação destas características também serviu para conhecer os diversos tipos de relações e comportamentos de risco (Molina, Aguilar, 2005). Tais trabalhos demonstram a importância dos estudos das redes sociais.

No caso da AIDS, a abordagem das redes possibilitou o deslocamento do foco de contágio dos chamados grupos de risco para os comportamentos de risco, de forma a propiciar a elaboração de novas formas de controle e prevenção.

Anteriormente aos estudos sobre a AIDS, também foram investigadas as características de outras enfermidades, tais como a tuberculose, a malária e a lepra. Constituiu-se, dessa forma a tradição dos estudos de redes na área da saúde.

Molina, Aguilar (2005) também discutem a relação entre saúde e redes sociais. Os autores consideram a saúde como campo importante para o estudo da metodologia de redes. Através das redes, as comunidades organizadas podem buscar melhorias nas condições de saúde da população, tais melhorias podem ser concretizadas na perspectiva de promover apoio social, troca de experiências e informações. Contribui também para o trabalho assistencial propriamente dito, como é o caso das ações desenvolvidas pelos agentes de saúde no contexto da atenção básica. Os autores consideram que a ação das redes se constitui enquanto uma resposta aos problemas impostos pelo neoliberalismo, conferindo poder às comunidades para que estas sejam capazes de gerir os problemas locais encontrados.

A relação entre redes sociais e saúde, enquanto meio para alcançar melhorias para a população, é considerada mais forte nos países em desenvolvimento. Isso se dá porque, nestes países, o acesso aos instrumentos e equipamentos de saúde se mostra mais restrito, justamente pela carência produzida pelo modelo neoliberal (Molina, 2005). Portanto, com frequência, as redes sociais se configuram como importante possibilidade de ajuda mútua para as famílias carentes, bem como o suporte necessário para o enfrentamento de questões do cotidiano (Andrade, Vaitsman, 2002).

Sluzki (2006) também compartilha a idéia de que uma rede social fraca ou insuficiente se constitui num fator de risco à saúde, comparável ao fumar, à pressão arterial elevada, à obesidade e à falta de atividades físicas. Bronfman (citado por Andrade, Vaitsman, 2002) mostrou a importância dessa relação na sobrevivência de crianças em famílias pobres, traçando um paralelo entre mortalidade infantil e precariedade dos vínculos e laços pessoais.

Andrade, Vaitsman (2002) afirmam que é possível compreender os benefícios trazidos à saúde pelas relações sociais, através da constatação de que os vínculos e laços afetivos de um indivíduo favorecem os comportamentos de monitoramento da saúde. A pessoa doente, vista pelo olhar e cuidado do outro que a ajuda a controlar sua saúde, pode corrigir comportamentos inadequados, dar maior atenção a sintomas visíveis, tais como palidez, perda de peso ou hábitos impróprios, bem como rotinas de dieta, exercícios, características do sono e muitos outros aspectos. Este tipo de apoio social também pode facilitar a adesão a regimes medicamentosos e tratamentos. Pois as relações sociais contribuem para dar maior sentido à vida, para causar no outro uma sensação de que é necessário num determinado lugar, de que

está sendo cuidado, gerando e favorecendo a re-organização deste sujeito, que pode estar desorganizado pelo processo do adoecimento.

Em relação a estes processos, os autores trazem também o problema do isolamento social. A condição do adoecimento por si só provoca mudanças na relação do indivíduo consigo mesmo e para com os outros, a debilidade provocada pela doença impõe certas limitações e impedimentos à pessoa, reduzindo as iniciativas de trocas e a interação com a rede social.

Os autores afirmam que a interação entre indivíduos, mesmo aqueles ligados por laços afetivos fortes, implica numa reciprocidade de atenção e disponibilidade e que, por vezes, em decorrência do processo do adoecimento, o indivíduo sujeito desse processo não consiga responder a essa demanda, geradora de um “*círculo vicioso*”. Um processo potencializa o outro: a enfermidade enfraquece os laços sociais e esse enfraquecimento gera ainda mais adoecimento (Andrade, Vaitsman, 2002).

Esse círculo é intensificado quando uma pessoa sofre de alguma doença crônica. Dependendo do tipo de doença, suas características do quanto afetam o indivíduo, sua rede social pode sofrer uma redução, contribuindo para um outro círculo: “declínio da rede → enfermidade → declínio da rede”. Neste caso, a necessidade da existência de uma rede social forte e integrada é ainda maior, não somente por todas as influências positivas que as relações podem trazer através do compartilhamento do controle e do monitoramento da saúde, conforme mostrado acima, mas também para garantir que este indivíduo possa sair deste “círculo vicioso” que só acaba por gerar mais enfermidade e isolamento (Andrade, Vaitsman, 2002, p. 928).

Considerando a questão das doenças crônicas, nos remetemos diretamente para os casos de indivíduos com sofrimento psíquico, especialmente para aqueles que

apresentam os chamados transtornos severos e persistentes. Nestas situações em geral, é comum a verificação de uma rede social bastante fraca e reduzida, restringindo-se, na maioria das vezes, apenas aos técnicos do serviço freqüentado. É esta relação que tentarei investigar no capítulo seguinte.

REDES E SAÚDE MENTAL

REDES E SAÚDE MENTAL

4. O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS CONTRIBUIÇÕES DAS REDES SOCIAIS

a. Redes sociais e Saúde Mental

No campo da saúde mental, a intervenção em redes sociais tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidados e especialmente nas práticas desenvolvidas pelos serviços substitutivos territoriais. Nesta perspectiva, entendemos que entre os fatores que influenciam significativamente a evolução dos distúrbios mentais encontramos o contexto emotivo familiar, a rede social, a condição laborativa, a estrutura socioeconômica e o tratamento recebido.

De acordo com Huxley & Thornicroft (2003) a população que sofre de transtornos mentais está entre as mais excluídas socialmente. Martí (2006, p.7) aponta que as pessoas com transtornos dessa natureza formam um “coletivo vulnerável”, e transitam por diferentes modalidades de exclusão relacional. Considera que a eclosão de um transtorno mental tende a ocasionar importantes fraturas relacionais, assim como as situações de asilamento hospitalar e a dependência e/ou institucionalização em relação aos serviços de saúde. Tais situações imprimem mudanças significativas na vida relacional e promovem o aumento da vulnerabilidade social desses sujeitos.

Estudos demonstram que pacientes com transtornos mentais severos são quatro vezes mais propensos que a média da população a não terem um amigo mais

próximo e que mais de um terço destes pacientes relatam não ter ninguém a quem recorrer num momento de crise (Huxley, Thornicroft, 2003).

A eclosão de um transtorno mental em um determinado contexto sócio-familiar tende a criar situações críticas que mobiliza todos os atores no processo de busca de soluções, tanto dirigidos ao sujeito que sofre, como ao próprio grupo do qual ele faz parte. As redes sociais têm um papel na identificação do problema e também na busca de solução e escolhas terapêuticas. Nesse processo, se percebe rearranjos, rupturas, dissolução e reconfiguração das redes sociais, pois sabemos que as situações decorrentes dos transtornos mentais, especialmente aqueles severos e persistentes podem trazer mudanças significativas nas trajetórias de vida da pessoa e em seu circuito relacional. Com frequência, relações são desfeitas e outras são ressignificadas (Souza, 1999; Mângia, 2006). De acordo com Starace, Gritti (1987):

(...) as modificações mais dramáticas na rede social de pacientes esquizofrênicos acontecem depois da primeira hospitalização, como consequência da marginalização, do processo de isolamento e redução da competência social. Neste sentido, a esquizofrenia pode ser interpretada como uma crise na rede relacional a qual o indivíduo pertence. (Starace & Gritti, 1987, pg. 213)

Observa-se que as redes sociais de pessoas com distúrbios mentais são caracterizadas por serem mais reduzidas se comparadas às de pessoas sem transtornos dessa natureza. Essa redução pode ser visualizada em todas as dimensões da rede, o que aponta para um empobrecimento generalizado de relações e trocas afetivas e materiais (Starace & Gritti, 1987).

Estudos apontam que essa redução começa a ocorrer antes do aparecimento dos primeiros sinais da doença, aumentado durante o processo psicopatológico e de tratamento (Valente et al 1987, citado por Starace, Gritti, 1987; Souza, 1999). Com frequência, as redes acabam sendo compostas por apenas um tipo de relações, geralmente são limitadas aos laços familiares, são caracterizadas por falta de reciprocidade de procura e reconhecimento e comumente inclui trabalhadores do serviço de saúde mental. Dessa forma, o sujeito não se insere em outras estruturas de relações, o que limita seu acesso a outros recursos. Tal escassez não promove a possibilidade dele recorrer a relações que ofereçam maior suporte ao invés daquelas que produzem tensão.

Estudos sobre redes sociais e saúde mental estimam que a rede social de um sujeito com transtorno mental severo seja composta por 70% de familiares, entre os que coabitam com ele e parentes. A estimativa para a população comum é de 50% (Molina, 2005, Huxley & Thornicroft, 2003). Starace & Gritti (1987) apontam que a probabilidade de recaídas ou reinternações para as pessoas que têm sua rede social reduzida à esfera familiar, ou que passam mais de 35 horas por semana em convivência direta com seus familiares é de 70%. Já entre os sujeitos que dispõem de outros contatos e relações, passando menos tempo com suas famílias, as recaídas acontecem em menos de 30% dos casos.

Estudos estimam que os companheiros de trabalho componham 20% da rede social de um homem adulto, configurando-se, portanto em espaço potencial de ajuda e suporte no cotidiano. Em relação à população com transtornos mentais, essa é uma das áreas onde a exclusão social é mais latente. A porcentagem de usuários de serviços de saúde mental que se encontram empregados raramente atinge 10%.

que estão empregados, geralmente trabalham menos e o valor da hora/trabalho representa 1/3 do valor da média de outros trabalhadores (Huxley & Thornicroft, 2003).

Há diferenças consideráveis entre a rede social dos sujeitos em situação de primeira internação e a rede de pacientes com longos processos de institucionalização. Os primeiros mostraram redes mais amplas e ricas em interconexões, além de maior número de relações múltiplas e independentes (Starace & Gritti, 1987; Souza, 1999).

Pesquisas que investigam o tamanho da rede entre a população que sofre de algum transtorno mental apontam que suas redes sociais sejam reduzidas tanto em quantidade de contatos ativos quanto em relação à quantidade de laços fortes. Estima-se que pessoas com esquizofrenia, por exemplo, tenham a rede social reduzida a 1/3 do tamanho estimado da rede de indivíduos que não apresentam esse tipo de transtorno (Starace, Gritti, 1987).

Nesse sentido, estimar o tamanho da rede social e conhecer a qualidade das relações das pessoas em sofrimento psíquico se torna importante, na medida em que o amplo cenário de trocas materiais e afetivas pode favorecer a trajetória de reabilitação desses sujeitos, agindo como fator de proteção e suporte nos momentos de crise e diminuindo o fator de vulnerabilidade social produzido por uma rede social empobrecida (Starace, Gritti, 1987; Souza, 1999).

Esse empobrecimento generalizado e a carência de relações fortes e/ou íntimas são considerados fatores de risco, pois, de acordo com Souza (1999, p.120), “quanto mais forte um laço social, maior será a probabilidade de que funcione como apoio, bem como tende a aumentar o auxílio que se pode obter por seu intermédio”. Além

disso, a autora também aponta que uma rede social ampla, que inclua relações fortes e frágeis, aumenta a possibilidade de acesso a outras redes, ampliando o rol de recursos e a variedade de informações na busca por ajuda.

Diversos estudos vêm demonstrando que pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que dispõem de rede social ampla, apresentam maior probabilidade de êxitos positivos, em breves ou curtos períodos, nas áreas clínica, laborativa e relacional. Demonstram também, que a associação entre rede social e êxito é forte e persistente no tempo independente de outros fatores prognósticos. Pessoas com esse tipo de transtorno, quando inseridas em redes fortemente interconectadas, adiam a busca por ajuda profissional, uma vez que as relações são capazes de lhes fornecer mais apoio social (Leff et al., 1990; Becker et al., 1995; Bedoni, 1995; Castelfranchi, 1995, 1998, 2003, 2004; Hall; Nelson, 1996; Dayson et al., 1998; Mercier et al., 1998; Saraceno, 1998, 1999; Souza, 1999; Howard et al., 2000; Bengtsson-Tops et al., 2001; Terzian, Tognoni, 2003).

Kadushin foi um dos primeiros autores a relacionar saúde mental e rede social. Em um estudo publicado em 1982, concluiu que indivíduos com redes mais amplas e diversificadas possuíam níveis melhores de qualidade de vida (Kadushin citado por Molina & Aguilar, 2005). Sheldon (1990) demonstrou que pessoas com redes diversificadas são mais resistentes a quaisquer enfermidades infecciosas independente das suas características pessoais (Sheldon citado por Molina & Aguilar, 2005). Desta forma, diversos autores defendem que o estímulo e a construção de recursos para a constituição e fortalecimento das redes sociais devem ser a meta central dos novos modelos assistenciais em saúde mental, contribuindo, inclusive, para o debate de políticas públicas neste setor.

Kinoshita (2001) considera que a pessoa com transtorno mental se encontra desprovida de poder contratual para participar de qualquer processo de intercâmbio, naquelas que são consideradas as três dimensões fundamentais das trocas sociais: troca de bens, troca de mensagens e troca de afetos. Saraceno (1999; 2001), por sua vez, considera como cenários fundamentais da produção e reprodução da vida social: o morar, o trocar identidades e o produzir e trocar mercadorias e valores. De acordo com esses autores, a pessoa que vivencia a experiência de sofrimento psíquico tende a perder a contratualidade social nestes cenários e, portanto, manter-se excluída dos processos de interação e trocas sociais.

Neste sentido, tem se discutido cada vez mais possibilidades e estratégias que possam conferir sustentabilidade à vida das pessoas fora dos circuitos psiquiátricos. Segundo Saraceno (2001, p.16), o *“processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”*, rompendo com a lógica da exclusão e segregação social comuns à dinâmica asilar e aos circuitos psiquiátricos.

Segundo Rotelli (2001, p.93), a prática e o objetivo das novas instituições de saúde mental devem ser a *“produção da vida e a reprodução social”*. Nesta perspectiva, adquire extrema importância, para o processo de reabilitação, a promoção e a estimulação das múltiplas relações e intercâmbios sociais que compõem a identidade social de qualquer indivíduo e possibilita a sustentabilidade do cotidiano das pessoas com transtornos mentais severos, fora dos processos de extrema dependência dos serviços psiquiátricos (Huxley & Thornicroft, 2003; Saraceno, 1998).

A participação em tais relações e intercâmbios sociais ou a sua invenção é possível no cenário das redes sociais, este enquanto campo complexo de interações, onde os diversos graus de contratualidade e as diferentes identidades podem ser trocados. O empobrecimento da rede social também produz desabilitação, compreendida como perda quantitativa e qualitativa, em relação a todas as redes de pertencimento. Assim, intervenções que visem integração entre o núcleo familiar e a rede social ampliada da pessoa com transtorno mental severo, podem trazer benefícios tanto para as pessoas como para a qualificação dos programas de reabilitação (Saraceno, 1999; 2001; Rotelli, 1993).

A utilização dos elementos ou evidências encontradas nos estudos sobre redes sociais podem trazer contribuições importantes para o aprimoramento dos serviços de saúde mental e das estratégias utilizadas no contexto dos projetos de reabilitação psicossocial (Martins & Fontes, 2004; Marteleto, 2001). Novas estratégias de desenvolvimento de projetos terapêuticos devem permitir a compreensão da problemática das populações vulneráveis no contexto de suas redes relacionais permite identificar, na dinâmica das relações, os componentes que podem contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, e se constituem enquanto fatores de proteção e aqueles que, ao contrário, representam fatores de risco.

O contexto da Reforma Psiquiátrica coloca a importância do desenvolvimento de políticas e serviços de saúde mental centrados nas necessidades dos usuários e capazes de evitarem os circuitos de institucionalização, que tem como característica central o esvaziamento e empobrecimento da sociabilidade em todas as suas dimensões (Barros, 1994; Saraceno, 1999, 2001; Rotelli, 2001; Kinoshita, 2001; Huxley & Thornicroft, 2003).

A importância desse debate deve ser considerada na elaboração e realização das intervenções assistenciais e de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelos serviços de saúde mental, de forma a tornar a intervenção sobre a rede social uma prioridade operativa pois, contribuir para a criação, fortalecimento e manutenção de redes sociais pode ser, de fato, determinante para modificar a trajetória dos usuários. (Terzian, Tognoni, 2004; Castelfranchi, 2004; Mângia, 2005)

A implementação de novos serviços de Saúde Mental tem exigido o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, que superem as tradicionais abordagens psiquiátricas e psicoterápicas que priorizam a remissão dos sintomas e descontextualizam o sofrimento mental do cotidiano e contexto de vida das pessoas.

Nessa perspectiva e de acordo com as novas proposições do campo da prática dos serviços de Saúde Mental e da reabilitação psicossocial, as novas intervenções devem complexificar-se e incorporar em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que são aqueles que garantem aos sujeitos a possibilidade de viver a vida fora dos circuitos de institucionalização e evitam o empobrecimento do mundo relacional, fatores que solidamente resultam na piora dos transtornos mentais (Saraceno, 1999;2001; Rotelli, 1993).

Devemos considerar também que, imprimir mudanças na rede social das pessoas deve ser entendida, de um lado, como conquista das próprias pessoas, dependente, portanto da especificidade e singularidade de cada um e de seu contexto de vida, mas de outro lado, podemos vê-la também, como vinculada à capacidade dos operadores e serviços em identificar, ativar e sustentar intervenções nesse âmbito. Tais intervenções devem mover-se em terreno complexo e exigem o desenvolvimento de recursos nem sempre presentes nas estratégias tradicionais de atenção empreendidas

pelos profissionais e validadas pelos serviços (Terzian, Tognoni, 2003; Mângia, 2005).

b. Reforma Psiquiátrica e a construção de novos serviços de assistência em saúde mental

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica desenvolveu-se no contexto do processo de redemocratização do país. E resultou na transformação do modelo assistencial destinado às pessoas com transtorno mental, configurado em linhas gerais pelo controle e redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na construção de novos serviços de saúde mental baseados na comunidade. Este processo vem sendo produzido no desenvolvimento da política pública de saúde, sendo dela indissociável.

A Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um processo social complexo e, de acordo com Amarante (2003), as transformações para que este processo ocorra devem acontecer nas dimensões teórico-conceitual, sociocultural, técnico-assistencial e jurídico-política.

Como desdobramentos desse processo, assinalamos a importância da aprovação da Lei 10.216/01, em 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”. E a publicação da Portaria GM nº 336/02, em 19 de janeiro de 2001, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Brasil, 2004a).

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (Brasil, 2004, p.13b).

Ainda de acordo com essas diretrizes, os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF, PACS;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem em seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004, p.13b).

Os CAPS ocupam lugar central na organização da rede de saúde do território no qual está inserido e desempenham papel importante na articulação de novas estratégias e formas de cuidado da população com transtornos mentais. Na figura abaixo (Figura 2), podemos observar a proposta de organização da rede de serviços de saúde mental tendo o CAPS como serviço ordenador.

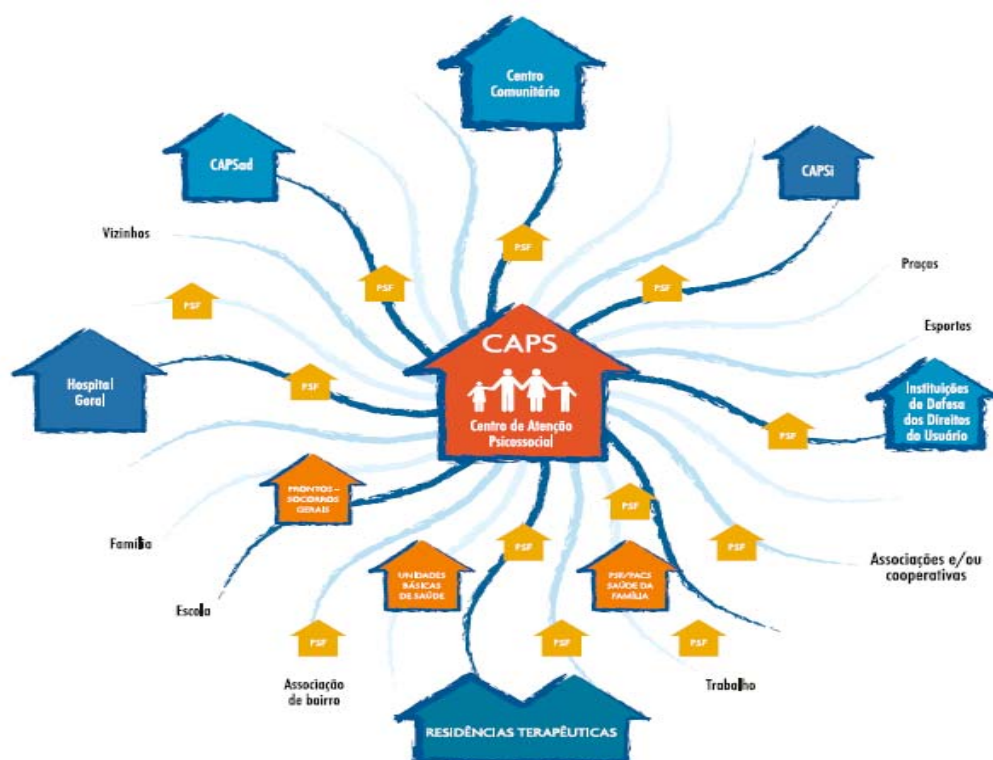


Figura 2. Rede de atenção em saúde mental. (Brasil, 2004b)

Em relação à assistência é proposto que esses serviços ofereçam as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental a comunidade e sua inserção familiar e social;
- os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2004a, p.128).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a atenção em saúde mental, orientada pelo novo modelo assistencial, deve combinar quatro ingredientes principais: a farmacoterapia, a psicoterapia, a reabilitação psicossocial e a reabilitação profissional e emprego (OMS, 2001).

Neste cenário, questiona-se o papel dos serviços e a centralidade que estes ocupam na elaboração de estratégias que dêem conta da complexidade da vida e que possam oferecer respostas mais eficazes para os processos de vulnerabilização das pessoas em sofrimento psíquico.

c. Vulnerabilidade social e serviços assistenciais

Os serviços orientados pelos modelos tradicionais de assistência apresentam baixa capacidade de enfrentamento dos processos de vulnerabilidade dos indivíduos e coletivos aos quais pertence. (Martí, 2006). De um modo geral, caracteriza-se pela oferta de procedimentos ou pelo desenvolvimento de relações duais entre profissionais e clientes, oferecendo atenção centrada no indivíduo e abstraída de seu contexto sócio-relacional, de forma que as ações desenvolvidas não propiciem nem apoiem os processos emancipatórios necessários e fundamentais à população atendida (Martí, 2006).

Em oposição aos modelos tradicionais, Martí propõe o modelo de “governança local, que empodera a cidadania, reconhece a dimensão territorial em seu âmbito local e promove o desenho participativo das políticas de provisão de bem estar.” (Martí, 2006, p.11).

Segundo o autor, este modelo é o mais adequado ao enfrentamento das questões geradas pela vulnerabilidade relacional, pois busca interagir com a dimensão relacional da exclusão social, operando no nível local e no contexto do indivíduo para a construção de projetos assistenciais. Tal modelo trabalha em três níveis: o comunitário, que inclui as redes sociais locais formalizadas, tais como as associações comunitárias, conselho gestor, orçamento participativo etc.; o médio-comunitário, onde estão localizadas as redes sociais informais, que podem ser acessadas por meio de ações socioculturais; e o micro-comunitário, que diz respeito às redes pessoais dos indivíduos assistidos. Aqui, as ações devem concentrar-se em programas de acompanhamento, serviços de atenção domiciliar etc. (Martí, 2006).

Além disso, para atender à complexidade da atuação nesses três níveis, são necessárias a criação e elaboração de ferramentas que possibilitem construir diagnósticos sobre o território.

Neste contexto, a análise de redes sociais se mostra capaz de caracterizar, construir e avaliar programas de intervenção comunitários, que visem atingir a dimensão relacional da vulnerabilidade e da exclusão social (Martí, 2006).

A incorporação da análise de redes sociais aumenta a potencialidade descritiva e explicativa dos fenômenos de exclusão e permite gerar pautas de intervenção que rompem com uma concepção orientada pelo individual.” (Martí, 2006, p.13).

Em relação ao nível micro-comunitário, que diz respeito às redes pessoais dos sujeitos, com frequência, as ações são voltadas para o núcleo denso da rede, ou seja, os laços mais fortes compostos pela família e amigos íntimos. Verifica-se que estas

relações, no caso das populações vulneráveis, são passíveis de saturação, o que aumenta a possibilidade de que o indivíduo não encontre respostas para suas necessidades materiais, de informação e emocionais neste grupo. Esta situação pode aumentar o estresse vivido pela rede e gerar percepções negativas por parte dos atores que a compõem (Martí, 2006).

Quando o sujeito integra uma “rede estressada” e o único mediador para satisfação de necessidades e obtenção de outros recursos é o serviço de atenção, também este corre o risco de ter rapidamente esgotada sua capacidade de resposta, criando a dinâmica da “porta giratória”, que empurra os sujeitos para um circuito permanente de novas inserções institucionais, mas sem respostas para suas necessidades. Nessa dimensão, o sujeito permanece constantemente na condição de institucionalizado e as relações de dependência entre sujeito e serviço dificultam o desenvolvimento da autonomia pessoal. (Martí, 2006; Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

Diversos autores defendem que as intervenções capazes de responderem concomitantemente à vulnerabilidade relacional e ao estresse da rede seriam aquelas realizadas com o objetivo de atingir os laços frágeis presentes na rede expandida do indivíduo, pois estes podem atuar enquanto pontes para redes heterogêneas, que disponibilizam novos recursos (Granovetter, 1973; Starace, Gritti, 1987; Martí, 2006).

Desta forma, os profissionais e os serviços deveriam ser capazes de incorporar ações que possibilitassem ao sujeito assistido melhorar as relações próximas, no sentido de diminuir o estresse e dificultar a possibilidade de saturação da rede, e especialmente, auxiliar na criação de condições para o acesso ou desenvolvimento de

novos vínculos, possibilitando o trânsito por outras redes, o aumento da capacidade de obtenção de recursos, apoio social e suporte. Como consequência dessas ações, se esperaria a redução da dependência do sujeito em relação aos serviços e a configuração de redes sociais que ofereçam novas oportunidades (Martí, 2006).

Na perspectiva do fortalecimento das redes sociais dos sujeitos assistidos e enfrentamento do problema da vulnerabilidade relacional, Starace & Gritti (1987) assinalam a importância da promoção de encontros socioculturais e programas de trabalho e geração de renda. Encontros entre os componentes da rede social pessoal do indivíduo também são importantes, pois facilitam o acesso em relação aos alteres e aumenta a compreensão da importância do apoio social para o processo de reabilitação psicossocial. Se coloca ainda a importância do investimento no resgate de relações antigas e significativas, que se perderam durante o processo de adoecimento ou institucionalização.

Martí (2006) defende que o trabalho técnico dos profissionais e dos serviços deveria incluir o diagnóstico do território, com a identificação da existência das subredes comunitárias e pessoas que possam atuar como mediadores para a obtenção de recursos e apoio social a partir da conexão com outras redes. Enfim, o autor afirma que:

... o profissional na intervenção primária tem que incluir em seu diagnóstico não só o conhecimento da rede pessoal do sujeito (tamanho, densidade, funções e percepção social da mesma), mas também das formas de capital social as quais tenha acesso em seu âmbito territorial de proximidade. Desta maneira, sua intervenção teria que dirigir-se tanto ao fortalecimento da egorede do sujeito como ao aproveitamento das oportunidades oferecidas pelo território. (Martí, 2006, p. 15).

CAMPO DA PESQUISA

5. LOCALIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

a. Breve histórico de implantação da rede de serviços substitutivos no município de Santo André

A construção da Política de saúde mental no município de Santo André teve início com o fechamento da Clínica de Repouso Borda do Campo no ano de 1999 e a implantação da rede de serviços substitutivos, ainda em implantação e expansão.

Atualmente a rede é composta por três serviços tipo Caps III, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, – NAPS I, NAPS II e NAPS Álcool e Drogas –, dois Ambulatórios de Saúde Mental nos Centros de Especialidades I e II, equipes de saúde mental em duas Unidades Básicas de Saúde – Vila Guiomar e Parque Miami –, um núcleo de projetos especiais, três Serviços Residenciais Terapêuticos e um Serviço de Emergência, além de um NAPS para crianças e adolescentes (Abuhab, 2005, Rosa, 2005).

b. Cenário do desenvolvimento da Pesquisa: O NAPS II

O campo de investigação desta pesquisa deu-se especificamente no Núcleo de Atenção Psicossocial II - NAPS II, um serviço com funcionamento 24 horas, 7 dias por semana, desde novembro de 2003 e que se configura enquanto um serviço substitutivo territorial que oferece 7 leitos para hospitalidade noturna e diurna. Está

Campo da pesquisa

situado na região II do município, com cerca de 250 mil habitantes, abrangendo os distritos de Utinga e Capuava.

Na época de realização da pesquisa o serviço tinha em torno de 1000 usuários ativos, e atendia em média 40 a 50 pacientes em hospitalidade dia em média e alta intensidade. Recebia cerca de 40 casos novos/mês. O NAPS II se responsabiliza também pela assistência aos moradores dos 3 serviços residenciais terapêuticos do município, que acolhem cerca de 25 usuários e estão localizadas nas proximidades do NAPS.

i. Os espaços

O NAPS II ocupa um edifício público, de construção térrea e planta semelhante ao padrão utilizado para os serviços básicos de saúde e dessa forma pouco adequada a um serviço de saúde mental, especialmente no que diz respeito às áreas destinadas ao refeitório, quartos para hospitalidade noturna e desenvolvimento de atendimentos grupais.. Conta com recepção, 2 salas para atendimentos individuais e consultas médicas, 3 salas pequenas para realização de grupos e oficinas, refeitório, sala de enfermagem, farmácia, administração, cozinha e dormitórios masculino e feminino. Há ainda dois anexos precariamente adaptados com sala de TV, sala de jogos, sala para atividades corporais, salão de beleza e uma oficina de marcenaria e pintura. Há ainda na área externa uma quadra de jogos e uma área de jardim com alguns bancos e mesas em alvenaria.

ii. A equipe

A equipe era composta, em março de 2006, por 4 médicos psiquiatras, 5 enfermeiros, 2 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 pedagogo, 1 farmacêutico, 2 oficineiros, 8 auxiliares de enfermagem, 2 cuidadores, 5 auxiliares de serviço, 2 auxiliares de copa, 3 auxiliares administrativos e 2 recepcionistas.

iii. As rotinas

Para a atenção aos usuários, a equipe do NAPS II utiliza o sistema de duplas de referência terapêutica. Assim, uma dupla de técnicos é responsável pela elaboração do projeto terapêutico e também pelo contato mais próximo com cada usuário. São rotinas diárias desenvolvidas no serviço: realização de consultas médico-psiquiátricas, distribuição de medicação, realização de grupos e oficinas, atendimentos individuais, plantão para recepção e acolhimento de casos novos e reuniões diárias da equipe

São oferecidas 4 refeições diárias, fornecidas por uma empresa contratada pelo município, de acordo com a quantidade solicitada pelo serviço para atender aos usuários presentes em cada período. O café da manhã é servido às 8 horas para os usuários em hospitalidade noturna e para os que chegam para passarem o dia no NAPS. O almoço é servido às 12 horas. Às 15 horas é servido o café da tarde e o jantar acontece às 20 horas, apenas para os usuários em hospitalidade noturna.

O espaço destinado ao refeitório é pequeno e não comporta todas os usuários. Como consequência, as refeições são realizadas em dois grupos. Esta rotina não é previamente organizada e ocorre de forma espontânea de acordo com a chegada de cada usuário ao refeitório, o que costumeiramente produz uma fila de espera formada

cerca de meia hora antes de cada refeição. Assim, os primeiros a chegarem são os primeiros a ocuparem as mesas e a comer. Após lotada a capacidade do espaço, os demais devem esperar as mesas serem desocupadas para que, possam fazer suas refeições.

Processo semelhante ocorre nos momentos de distribuição de medicação e nas consultas médico-psiquiátricas. A medicação é dispensada duas vezes ao dia, pela manhã, após o café, e às 15 horas, antes dos usuários voltarem para suas casas. Como o número de usuários que recebem medicação é grande, cerca de 60 ao dia, e a distribuição é feita na sala de enfermagem, também se observa a formação de fila de espera.

As consultas médico-psiquiátricas são organizadas a partir de agendamento prévio, havendo também a formação de filas, nos corredores dos consultórios. Com frequência, os usuários que têm horário marcado para o dia, já se colocam em fila muito antes de seu horário, na expectativa de conseguirem adiantar o horário inicialmente previsto.

O serviço possui uma organização semanal, previamente estabelecida, para o desenvolvimento de atividades, grupos e oficinas (Anexo F). A definição sobre a participação dos usuários nessas atividades é discutida e planejada entre usuários e técnico de referência e compõe o projeto terapêutico individual. Há atividades dirigidas poricineiros¹ e por técnicos ou funcionários. As atividades em grupos são, em sua maioria, abertas á participação de todos, mesmo que não façam parte do projeto terapêutico proposto.

¹ Os oficineiros são pessoas contratadas pelo município para a realização de grupos de atividades específicos. Em Santo André, os oficineiros atendem aos três NAPS – NAPS I, NAPS II e NAPS AD.

Os atendimentos individuais de psicoterapia e terapia ocupacional também são previamente agendados.

O serviço opera com o conceito de porta aberta, ou seja, se coloca disponível para o acolhimento de casos novos todos os dias. Para a recepção de casos novos e situações diferenciadas, urgências, solicitações especiais de usuários em atendimento, ou situações que fujam à rotina a equipe se organiza em duplas que realizam plantões, distribuídos entre os períodos da manhã e tarde, de segunda a sexta-feira. Não há esse tipo de acolhimento durante as noites, nem aos finais de semana.

Há reuniões diárias para a passagem do plantão, que acontecem entre as 12 e 13 horas. Nessas reuniões, são discutidos os acontecimentos da noite e do plantão da manhã. Também são apresentados e discutidos os acolhimentos realizados nesse período. Às quintas-feiras, ocorre a reunião geral que tem como objetivo discutir os processos de trabalho da equipe e a estrutura do próprio serviço.

CONFIGURAÇÃO
CONFIGURAÇÃO
METODOLÓGICA
METODOLÓGICA

6. CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA

Dada a abrangência e a complexidade do objeto e objetivos, este estudo se inscreve no campo da investigação qualitativa, onde buscou seus instrumentos e procedimentos e pode ser configurada enquanto pesquisa temática de caráter exploratório ou ensaístico, pois pretende apreender a complexidade do fenômeno investigado, além de trazer contribuições específicas para o debate contemporâneo no campo da saúde mental e dos serviços substitutivos. (Vasconcelos, 2002).

O trabalho do pesquisador contemplou a pesquisa bibliográfica que tem como questão central a temática de redes sociais e como temas de contextualização tópicos ligados aos projetos assistências e de organização de serviços para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Além disso, buscamos construir a reflexão metodológica no contexto da lógica da triangulação, combinando diferentes técnicas de coleta orientadas pela postura etnográfica, que privilegiou a observação participante, o reconhecimento de processos sociais e a interação com os sujeitos da pesquisa no contexto do processo assistencial. (Minayo, Assis, Souza, 2005; Boumard, 1999; Alves, Souza, 1999)

As fontes de informação escolhidas para a coleta de dados foram a pesquisa bibliográfica, a entrevista por pautas (Anexo E), dirigida a usuários e familiares do serviço de saúde mental, a observação participante e a elaboração de diário de campo, organizado para captar informações sobre o cotidiano dos usuários em seus contextos de vida e em acompanhamentos promovidos no contexto do serviço.

a. A imersão no campo: a postura etnográfica

Optamos por adotar a postura etnográfica como estratégia orientadora da pesquisa de campo e da sistematização, apresentação e discussão dos dados. Desenvolvida pelos antropólogos Boas e Malinovski, no início do século XX, a etnografia pode ser entendida enquanto um “*método, no sentido de técnica de trabalho*”. O fundamento da postura etnográfica reside na “*idéia de ir ao campo e dele não fazer o elemento da administração da prova, mas o material indispensável para que o discurso sobre o outro tenha sentido*”. (Gualda, Hoga 1997; Boumard, 1999, p. 1).

Para Deslandes (2005), a imersão na cultura e no contexto estudado deve ser priorizada, em detrimento dos roteiros construídos a partir das referências pré-estabelecidas do pesquisador sobre aquela determinada realidade.

Desta forma, a etnografia considera o trabalho de campo parte central do processo de pesquisa e faz da observação participante e da imersão no contexto estudado pontos essenciais para a compreensão do objeto. Segundo os autores desse campo, somente no processo de imersão será possível apreender o ponto de vista do outro, entender seus significados e partilhar sua realidade.

Ao adotar essa perspectiva, o pesquisador se vê implicado na realidade que pesquisa, pois a postura etnográfica pressupõe que ele estude o contexto, preste atenção, tenha uma atitude de admiração para com o outro. Essa atenção é flutuante, está sempre a espera de um acontecimento, da construção de um sentido. O contexto estudado não é apreendido apenas a partir da observação participante, nem tampouco do depoimento do grupo observado. O que é visto pelo pesquisador está inserido em

seu contexto próprio, particular, assim, a construção dos dados é guiada pelas produções do grupo, pelos sentidos que criam e atribuem aos acontecimentos que vivenciam (Boumard, 1999).

Segundo Haguette (1990), a etnografia:

permite estabelecer relações de proximidade com a comunidade e seus membros; possibilita uma imersão no cotidiano do grupo; favorece a redução da reatividade à presença do observador; subsidia a comparação entre as práticas dos membros com os seus discursos sobre certos processos e situações; além de fornecer um conhecimento das lógicas ‘internas’ dos grupos em questão.

Nesta pesquisa a adoção desse referencial permitiu apreender os múltiplos aspectos possíveis de serem observados na experiência dos diversos atores que vivenciam o cotidiano do serviço de saúde mental estudado. Dentre eles é possível destacar: os mecanismos de interação institucional, as práticas e regras não formalizadas de comunicação e cuidado, os padrões de respostas institucionalizados, as redes pessoais formadas no contexto institucional.

b. Estudo bibliográfico

O estudo bibliográfico foi desenvolvido em três etapas. A primeira, cujo objetivo foi o de subsidiar a construção do projeto de pesquisa e dos objetivos, aconteceu entre os meses de julho e novembro de 2005.

A segunda foi realizada com o objetivo de aprofundar as discussões teóricas, buscando aproximá-las dos dados já coletados. Também cotejou a construção do relatório para o exame de qualificação, realizado em dezembro de 2006.

A terceira etapa foi realizada após a completa coleta e sistematização dos dados. Buscou autores mais específicos e próximos ao referencial teórico escolhido, que dialogassem de forma mais aprofundada com os dados e objetivos propostos pela pesquisa.

O levantamento para estudo bibliográfico foi realizado em bases de dados nacionais e internacionais. Abrangeu as bases: Scielo, OVID, Lilacs, Medline, além de livros, teses e revistas eletrônicas.

I.A escolha do referencial teórico e os autores de base

A escolha dos referenciais teóricos contemplou diferentes dimensões dos objetos centrais estudados, a saber: o serviço de saúde mental e as redes sociais. Dessa forma, para a compreensão da organização e contexto do serviço de saúde mental estudado neste trabalho, optamos por dialogar com o referencial teórico da desinstitucionalização italiana para a discussão dos dados, e especialmente com as proposições trazidas pela reabilitação psicossocial e pela crítica aos modelos tradicionais de reabilitação. Também consideramos este referencial para discutir e pensar a rede de serviços de atenção em saúde mental, bem como o papel dos serviços e dos técnicos neste contexto.

Para a discussão das redes sociais, optamos por utilizar dois referenciais distintos. O primeiro, apresentado por Molina (2005), identifica aspectos estruturais sobre as redes sociais egocentradas e possibilitou a sistematização dos dados obtidos

e o diálogo com os estudos específicos sobre redes sociais e saúde mental, já apresentados na revisão da literatura..

O segundo referencial utilizado foi apresentado por Martí (2006) e propõe a discussão das redes sociais a partir do conceito de vulnerabilidade relacional. Esta perspectiva propiciou o diálogo aprofundado e com o referencial da desinstitucionalização italiana e pode trazer contribuições importantes para a compreensão de fatores sociais vivenciados pela população que sofre de transtornos mentais severos.

c. Apontamentos teóricos sobre a realização de entrevistas

Para a pesquisa optamos pela coleta de depoimentos gravados com a realização de entrevista semi-orientada, guiada por um roteiro, também chamada de entrevista por pautas ou semi-estruturada. O roteiro foi primeiramente apresentado aos sujeitos e tentou-se propiciar aos entrevistados espaço para falarem livremente sobre os aspectos solicitados. Os entrevistadores foram orientados a interferirem pouco e se limitarem a responderem apenas ao que foi solicitado pelo informante. Embora reconhecendo que todo o diálogo foi orientado pelas intenções da pesquisa, a postura dos entrevistadores visou dar o máximo de espaço possível aos entrevistados. A elaboração do roteiro também visou colocar questões que não induzissem as respostas, ou colocassem para os sujeitos questões sobre as quais eles não tivessem familiaridade (Minayo, 1992; Queiroz, 1991; Vasconcelos, 2002; Mângia, 2006)

Consideramos importante observar que o processo de entrevista configura em si uma prática de interação intersubjetiva e social, independentemente do referencial utilizado para a análise dos conteúdos compartilhados, que cria um espaço de elaboração e trocas. Portanto, essa prática induz a produção de novos discursos, cujo conteúdo pode ser afetado pela própria relação que se estabelece entre pesquisador e depoente, que se caracteriza por ser assimétrica. Minayo recomenda que essa diferença entre as posições do entrevistador e entrevistado deva ser permanentemente problematizada no processo de produção de conhecimento. (Queiroz, 1991; Minayo, 1992; Vasconcelos, 2002; Mângia, 2006).

Outro aspecto relevante sobre o processo de realização de entrevistas se refere ao reconhecimento, por parte do pesquisador, do controle da informação que pode ser exercido pelo entrevistado, ao selecionar conteúdos ou responder de acordo com o que considera ser a expectativa do entrevistador. Ou seja, o trabalho de coleta de dados por meio de entrevistas possui limites importantes, daí a necessidade da combinação de fontes diversificadas para a coleta de dados (Minayo, 1992).

i. Construção do questionário

Tradicionalmente, os estudos realizados com o objetivo de investigar o tamanho de redes egocentradas utilizam a aplicação de questionários como método de coleta dos dados. Nos estudos apontados por Molina (2005), tais questionários buscam identificar todas as pessoas reconhecidas pelo ego (entrevistado) e, numa segunda etapa, procuram distribuir essas relações de acordo com o tipo: familiares próximos, familiares (parentes), melhores amigos, colegas, companheiros de trabalho, vizinhos e conhecidos. De acordo com o autor, os resultados dependerão em grande medida da

forma em que as perguntas são formuladas e apresentadas ao entrevistado, uma vez que pode haver diferenças entre a compreensão que o pesquisador tem da pergunta e a compreensão do entrevistado.

Neste trabalho, optamos por utilizar um roteiro semi-estruturado (Anexo E) para guiar as entrevistas e coletar os dados. O roteiro é composto por três conjuntos principais de questões que buscaram conhecer: informações pessoais para caracterização do grupo entrevistado, dados relativos ao cotidiano e às atividades realizadas nos diversos espaços de circulação e informações referentes à rede social pessoal.

A construção do questionário buscou abranger aspectos considerados relevantes para a compreensão sobre como as pessoas se inserem em redes sociais e como vivenciam essas relações. Neste sentido, não houve a intenção de listar todas as pessoas reconhecidas pelos usuários. Buscamos identificar apenas os contatos ativos, ou seja, a rede social próxima, composta por pessoas que fazem parte do cotidiano e do percurso de reabilitação.

Durante a realização das entrevistas identificamos diferentes compreensões sobre alguns aspectos apresentados no questionário. Pudemos observar que alguns usuários apresentaram idéias diferentes daquelas esperadas ou previstas pelos entrevistadores. Para ilustrar essas situações, temos o exemplo do “melhor amigo”. Souza (1999) e Molina (2005) descrevem a relação com o “melhor amigo” como sendo de intimidade e proximidade. Identificam que tal contato com frequência não pertence ao grupo de familiares e que o conteúdo da relação é de suporte e apoio social. Nas entrevistas, encontramos situações em que os usuários identificaram

como melhores amigos pessoas cujos nomes não sabiam e com quem mantinham contatos esporádicos e aleatórios, encontros ocasionais no bairro onde moram.

Além disso, houve a situação na qual a idéia de melhor amigo foi transferida para um objeto. Abaixo, reproduzimos o trecho no qual um entrevistado identifica o rádio como sendo o seu melhor amigo:

E: O senhor tem um melhor amigo? Alguém que o senhor procure quando o senhor precisa de um conselho, quando o senhor quer conversar sobre algum problema, quer contar alguma coisa, quem geralmente o senhor procura?

V: Melhor amigo? Eu escuto rádio. Música. (Entrevista Nº 23)

Buscando equacionar problemas dessa natureza, procuramos construir o questionário de forma descritiva e bem detalhada, evitando termos de difícil compreensão e perguntas que considerassem os temas de forma muito generalizada. Assim, em cada conjunto de questões, levantamos perguntas como “Você o procura e ele te procura?” e “Quando foi a última vez que você falou com essa pessoa? Seja pessoalmente ou por telefone?”. Além disso, outros métodos de coleta, tais como a observação participante e o caderno de campo, foram utilizados para compor os dados.

A imersão no contexto do serviço e o contato direto com os usuários durante a realização do trabalho de campo também foram considerados recursos importantes para a construção da coleta e apresentação dos dados.

ii. O processo de realização de entrevistas no NAPS II

7YO processo de realização de entrevistas aconteceu no período de fevereiro e março de 2006. Todos os encontros foram realizados no contexto do Núcleo de Atenção Psicossocial II, (NAPS II), no município de Santo André em dias e horários estabelecidos em conjunto com a equipe de atenção, de acordo com a dinâmica e organização do serviço e a rotina cotidiana dos usuários. Buscamos, assim, minimizar a interferência provocada pela presença do pesquisador no serviço, embora entendendo que o próprio processo de planejamento e realização das entrevistas cria um espaço novo de interações antes inexistente na instituição.

Os usuários selecionados para participarem do estudo foram inicialmente convidados pelo pesquisador. Para isso, foram produzidos uma carta-convite (Anexo C) e um folder explicativo sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta utilizados (Anexo D).

Todas as entrevistas foram realizadas após a apresentação do estudo e dos objetivos da pesquisa, leitura e esclarecimento de dúvidas sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e explanação sobre o roteiro de questões (Anexo E) para cada usuário.

O roteiro foi elaborado por pautas, buscando permitir maior flexibilidade tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado. Tal formato possibilitou que fossem considerados aspectos específicos de cada entrevistado, aprofundando questões pertinentes e considerando em menor grau aquelas não aplicáveis, sem deixar de abordar qualquer aspecto previsto pelo roteiro. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A pesquisa foi realizada no contexto da parceria firmada entre o curso de Terapia Ocupacional da USP e a Secretaria de Saúde do Município de Santo André,

que resultou no desenvolvimento do projeto: “*Estudo Colaborativo sobre a experiência da rede de serviços em saúde mental do município de Santo André – SP: caracterizando os serviços, conhecendo resultados e desenvolvendo um experimento sobre ativação de rede social*” e na realização de estágios supervisionados em Terapia Ocupacional.

Nesse contexto, a realização das entrevistas contou também com a colaboração de uma terapeuta ocupacional, vinculada á universidade e responsável pela supervisão dos estágios no serviço, e três alunas do 4º ano de graduação do curso de Terapia Ocupacional da USP, estagiárias no período em que as entrevistas foram realizadas. Desta forma, a coleta foi realizada pela pesquisadora, pela técnica do curso e pelas estagiárias.

Todas as entrevistas foram realizadas no NAPS II, nas salas de atendimento ou, na área externa do serviço. Procuramos criar situações que tentassem garantir ao máximo certo grau de privacidade aos entrevistados, para que pudessem discorrer sobre os temas levantados pelo roteiro livremente. Entretanto, devido ao fato das entrevistas acontecerem durante o dia e em períodos de maior movimento no serviço, algumas interrupções foram registradas, sem, no entanto, comprometerem o processo.

Os usuários entrevistados foram selecionados a partir de um grupo formado por 75 pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e que, à época da seleção, recebiam atenção em regime de tratamento intensivo. Desta forma, todos os entrevistados freqüentavam o serviço ao menos três vezes por semana, desenvolvendo atividades diversas, segundo o projeto terapêutico de cada um.

De acordo com a normatização do Ministério da Saúde para os Centros de Atenção Psicossociais III, o regime de tratamento intensivo pode incluir atendimento individual e grupal, participação em oficinas terapêuticas, atendimento familiar, atividades externas ao serviço de apoio ao usuário ou a família. Inclui também a possibilidade de acolhimento noturno (Brasil, 2004a).

O grupo entrevistado tem em comum a necessidade de cuidado mais próximo e muitas vezes diário, buscando responder ao momento de crise ou recaída de forma a preservar ou reforçar a possibilidade do sujeito manter-se em seu contexto de vida. Tal modalidade de assistência se coloca como substitutiva ao recurso da internação psiquiátrica integral, freqüentemente ainda utilizada para usuários com características semelhantes às do grupo estudado.

A maior parte dos usuários foi selecionada por randomização e um pequeno grupo foi indicado pela equipe de profissionais do NAPS II. A indicação buscou atingir usuários moradores das residências terapêuticas vinculadas ao serviço. Todos os usuários, tanto os que participaram do processo de randomização quanto os que foram indicados, compunham o grupo mencionado acima. Estes foram esclarecidos e convidados a participarem do estudo, concedendo entrevista aos pesquisadores. Ao final, 25 usuários aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados. Antes da realização das entrevistas, o entrevistador conversou com o técnico de referência de cada usuário, com o objetivo de informar sobre a participação deste no estudo e solicitar informações que pudessem contribuir para a pesquisa ou para o processo da realização da entrevista. Todos os técnicos de referência foram convidados a estarem junto no momento da entrevista.

d. O processo de observação participante

O processo de observação participante, estratégia considerada fundamental para a etnografia, ganha importância central para a investigação da realidade, pois permite a apreensão de práticas e saberes que não são percebidos pelo discurso dos entrevistados; para Malinowski, capta os “*imponderáveis da vida real*” (Malinowski citado por Minayo, 1992, 137).

De acordo com Deslandes (2005, p. 157) ir à campo significa “ir para ver, ouvir, observar e comunicar-se”. Guiado pela postura etnográfica, o pesquisador em campo “*faz um movimento intencional de busca comunicativa com as representações, valores, crenças, opiniões e categorias empíricas provenientes dos investigados, em interação e intersubjetividade.*” (Deslandes, 2005, p.158).

No NAPS II, em Santo André, a observação participante aconteceu durante todo o ano de 2006. Houve três momentos distintos que compuseram o quadro da observação. O primeiro, ainda anterior ao início da realização de entrevistas, ocorreu durante o segundo semestre de 2005 e teve como objetivo conhecer o NAPS, a equipe e a rede de saúde mental do município, especialmente a partir de encontros com os coordenadores de cada serviço. As reuniões aconteciam semanalmente e serviram para planejar a entrada do pesquisador no serviço e o desenvolvimento da pesquisa.

Durante este período, também foram realizados os procedimentos para a obtenção dos documentos oficiais, necessários para a autorização do desenvolvimento da pesquisa, junto à Secretaria de Saúde do município de Santo André e à Reitoria da Universidade de São Paulo, que formalizou o convênio entre a

Coordenadoria de Saúde Mental e o Curso de Terapia Ocupacional da USP.

A partir de janeiro de 2006, a observação participante passou a ser realizada apenas no NAPS II. Desenvolvida conjuntamente às entrevistas, teve como objetivo conhecer os usuários, as rotinas institucionais e os processos desenvolvidos pela equipe técnica. No primeiro semestre, a observação ocorreu três vezes por semana, entre 10 e 17 horas. Esta presença freqüente e intensa no serviço possibilitou identificar processos de sociabilidade entre os usuários e os funcionários do NAPS, nem sempre relatados nas entrevistas. Também colheu informações sobre o desenvolvimento dos projetos terapêuticos e às dinâmicas de atendimento aos usuários.

No segundo semestre de 2006, a freqüência de visitas ao serviço diminuiu, passando para uma vez a cada semana, também no período entre 10 e 17 horas. Nesta fase, acreditamos que as conversas com os usuários, especialmente realizadas no espaço da convivência, tiveram como objetivo identificar mudanças em suas rotinas, alterações em suas redes sociais, desenvolvimento de novas relações, possibilitados pelo processo de acompanhamento e reabilitação.

O processo de observação participante não aconteceu apenas no espaço do NAPS II, nem se restringiu à observação dos usuários em dinâmicas institucionais. Outros espaços e situações compuseram o quadro e também foram utilizados nas reflexões e discussões sobre o tema proposto. Dentre estes, destacam-se: o acompanhamento de estágio dos alunos do último ano da graduação em Terapia Ocupacional, ocorrido durante o ano de 2006; o acompanhamento freqüente de reuniões de equipe e passagens de plantões; reuniões com a Coordenadoria de Saúde Mental e com o Colegiado Gestor da rede de serviços; reuniões de planejamento para

ações no campo e avaliação das condutas adotadas; reuniões para orientação da equipe sobre o projeto de pesquisa. Além disso, também foram incluídos os encontros realizados entre a equipe e um supervisor, no contexto do Projeto de Qualificação de CAPS, conduzido pelo Ministério da Saúde.

i. Encontros: caderno de campo

A construção do caderno de campo consistiu na elaboração de registros sobre o contexto investigado e das condições de realização dos procedimentos da pesquisa. Foram registradas também opiniões e reflexões pessoais sobre as interações com os entrevistados e com os demais sujeitos presentes nos contextos estudados. Queiroz aponta para a importância da realização do caderno de campo como contraponto a coleta e interpretação de dados de entrevistas e questionários, que tende a perder de vista as influências do contexto na produção das práticas e discursos estudados e acredita que este possa fornecer parâmetros para a reflexão “*quer sobre o material, quer sobre as técnicas utilizadas, reformulando-as se necessário, buscando descobrir sua amplitude e suas limitações*” (Queiroz, 1991, p.64-5; Mângia, 2006).

As anotações para construção do caderno de campo foram realizadas durante todo o processo de observação participante e seguiram duas dinâmicas distintas: as observações e anotações sobre conversas realizadas com os usuários, no contexto do serviço, em espaços ‘informais’ de convivência foram registradas ao final de cada dia. Acreditamos que tal procedimento favoreceu a espontaneidade dos encontros, permitindo captar os aspectos subjetivos da interação entre pesquisador e usuários, e entre usuários.

As anotações relativas às reuniões e encontros realizados durante o processo de

observação participante puderam ser registradas durante a realização dos mesmos.

e. Análise do material coletado

De um modo geral a análise do material colhido em entrevistas consiste no processo de separação, seleção e organização em partes, de acordo com os objetivos do trabalho e que após esse processo são reordenados no contexto da discussão pretendida. Decomposição e recomposição visam atingir uma compreensão mais abrangente dos objetos em questão. Para Queiroz, não é possível formular nenhuma norma operacional comum aos estudos baseados em entrevistas, pois cada pesquisador adota perspectivas teóricas distintas de acordo com seu interesse e formação intelectual. Dessa forma, um mesmo material empírico torna-se passível de múltiplas abordagens, leituras e interpretações (Queiroz, 1991, p.93; Mângia, 2006).

Entrevistas, depoimentos pessoais, e histórias de vida, depois de gerados,

passam a constituir documentos como quaisquer outros, isto é, se definem em função das informações, indicações e esclarecimentos, escritos ou registrados, que levam a elucidações de determinadas questões e funcionam também como prova (Queiroz, 1991, p.95).

Assim, a sua utilização depende do interesse de quem os consulta.

O processo de análise visa conhecer e descobrir elementos novos que respondam às indagações do projeto, confrontar as hipóteses iniciais ampliando assim as possibilidades de compreensão dos fenômenos estudados (Minayo, 1992, p.198).

Minayo sugere a utilização do termo análise de conteúdo, genericamente para definir o processo de tratamento dos dados, independentemente da metodologia específica adotada pelo pesquisador (Mângia, 2006).

Queiroz (1991) acredita que para a elaboração da análise da informação transcrita, o pesquisador deva seguir os seguintes passos: primeiramente a realização da leitura minuciosa e atenta que busca selecionar e organizar os conteúdos encontrados, a seguir buscar no texto conteúdos que respondam aos objetivos assumidos pela investigação e finalmente combinar as duas fases buscando responder as questões propostas e encontrar novos temas não previstos originalmente. Essa última etapa permite o entendimento mais rico dos problemas assumidos pelo projeto.

É importante também apreender o estilo utilizado pelos narradores, os pontos de referência adotados e a maneira como se desenvolve a narrativa, pois esses aspectos caracterizam as marcas pessoais dos depoentes e flagram sua apreensão singular da realidade, vinculada ao contexto e história de vida de cada um (Mângia, 2006).

O processo de análise de conteúdo combinou assim, as estratégias propostas pela análise de enunciação e pela análise temática (Minayo, 1992). Dessa forma, a partir dos procedimentos iniciais de transcrição, leitura minuciosa e pareamento de conteúdo, de acordo com os objetivos propostos, foram estabelecidas as temáticas de análise que combinaram os objetivos da investigação aos conteúdos expressos pelos entrevistados. Para cada categoria escolhida foi elaborado um texto analítico orientado pelos referenciais teóricos adotados pela pesquisa (Mângia, 2006).

Quanto ao material coletado por meio do diário de campo, foram seguidos os mesmos passos metodológicos e o material resultante também foi utilizado para:

Configuração metodológica

elaborar os tópicos de apresentação e discussão dos contextos estudados; compondo assim um campo dialógico que buscou promover a interação entre a experiência do pesquisador e a construção de seu ponto de vista e os diferentes pontos de vista dos entrevistados e sustentar as conclusões preliminares do estudo em correlação com o referencial teórico assumido (Mângia, 2006).

f. Ética

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, o projeto foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, instituição à qual o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação pertence. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi submetido à mesma comissão (Anexo A). Ambos foram aprovados em 26.01.2006, sob protocolo N° 1266/05.

Foram preservados os nomes dos usuários, familiares e técnicos que participaram desta pesquisa. O sigilo, a privacidade e a confiabilidade sobre o conteúdo das entrevistas também foram garantidos, conforme previsto no Termo de Consentimento.

CONHECENDO
CONHECENDO
OS ATORES

7. CONHECENDO OS ATORES

Os vinte e cinco usuários entrevistados encontravam-se, à época da coleta, em regime de tratamento intensivo por estarem em crise ou em momentos de maior vulnerabilidade, no que diz respeito ao seu estado de saúde ou seu estado social. Compreendendo as situações de crise, recaídas ou vulnerabilidade como transitórias e circunstanciais, o grupo de usuários que recebe tratamento em regime intensivo se modifica ao longo do tempo, pois, na medida em que ocorrem melhoras na situação que justificou a opção pela atenção intensiva, a equipe do serviço propõe a transferência do usuário o regime semi-intensivo ou não-intensivo, de acordo com a abordagem proposta do CAPS III (Brasil, 2004a).

Para definir as situações de crise, optamos por utilizar os critérios sugeridos por Dell'Acqua e Mezzina (1991), pois são bastante semelhantes àqueles utilizados pelo serviço, não consistindo apenas na caracterização da sintomatologia psicopatológica tradicionalmente utilizada nas avaliações psiquiátricas, mas também na definição de outras situações que podem requerer apoio intensivo. São eles:

- Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito, e
- Situações de alarme no contexto familiar e/ou social associada à incapacidade das pessoas de afrontá-las (Dell,Acqua, Mezzina, 1991, p.59).

a. Caracterização dos usuários

Num primeiro momento, procuramos identificar características que pudessem contribuir na compreensão e caracterização mais geral do grupo, buscando conhecer aspectos comuns sem, no entanto, perder de vista as singularidades presentes nas histórias de vida e nas características pessoais e sócio-familiares de cada entrevistado. Esses dados estão representados no Quadro 1, a seguir.

Usuário	Sexo	Idade	Hipótese diagnóstica	Núcleo habitacional	Situação de trabalho	Rendimento /benefício	Tempo de transtorno	Tempo no NAPS	Internações Ocorrência
A.P.	M	46	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Nenhum	> 20 anos	1 – 5 anos	Não
A.A.O.	M	38	F 31 – transtorno afetivo bipolar	Família	Ativo	Trabalho	> 20 anos	1 – 5 anos	Não
A.S.A.	M	36	F 20 – esquizofrenia	Família	Afastado	Auxílio-doença	> 10 anos	< 1 ano	Sim
A.S.S.	F	24	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Nenhum	> 10 anos	< 1 ano	Sim
A.S.D.	M	24	F 06 / F 79 – o.t.m.o.*/def. mental	Família	Não	Nenhum	> 20 anos	5 – 10 anos	Sim
A.S.	M	32	F 31 – transtorno afetivo bipolar	Família	Afastado	Auxílio-doença	1 – 5 anos	1 – 5 anos	Sim
A.H.O.	F	34	F 20 – esquizofrenia	Família	Afastado	Auxílio-doença	5 – 10 anos	1 – 5 anos	Não
A.M.M.	F	44	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Aposentadoria	> 20 anos	5 – 10 anos	Sim
A.A.	M	52	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Aposentadoria	> 20 anos	> 10 anos	Não
C.L.V.	F	66	F 20 – esquizofrenia	Sozinho	Não	Aposentadoria	> 20 anos	1 – 5 anos	Sim
D.P.	M	37	F 06/ F 20 – o.t.m.o.*/esquizofrenia	Família	Não	Aposentadoria	> 20 anos	5 – 10 anos	Sim
G.R.F.	F	30	F 31 – transtorno afetivo bipolar	Família	Afastado	Nenhum	1 – 5 anos	1 – 5 anos	Não
I.F.	F	56	F 20 – esquizofrenia	Residência	Não	Aposentadoria	> 20 anos	5 – 10 anos	Sim
J.R.N.	M	42	F 31 – transtorno afetivo bipolar	Residência	Não	Aposentadoria	> 20 anos	5 – 10 anos	Sim
J.T.	M	55	F 32.3 – episódios depressivos	Família	Afastado	Auxílio-doença	1 – 5 anos	1 – 5 anos	Não
M.E.A.	F	45	F 06 / F 31 – o.t.m.o.*/ transt. afetivo bipolar	Família	Não	Aposentadoria do marido	> 20 anos	> 10 anos	Sim
N.M.S.	M	36	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Nenhum	10 – 20 anos	5 – 10 anos	
N.B.	M	62	F 20 – esquizofrenia	Abrigo	Não	Aposentadoria	> 20 anos	1 – 5 anos	Sim
Q.I.N.	F	33	F 32 – episódios depressivos	Família	Ativo	Trabalho	5 – 10 anos	< 1 ano	
R.B.S.	F	32	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Nenhum	> 20 anos	> 10 anos	Não
R.O.	M		F 20 – esquizofrenia	Família	Afastado	Auxílio-doença	1 – 5 anos	1 – 5 anos	Sim
V.L.S.	F	38	F 20 – esquizofrenia	Família	Ativo	Benefício - LOAS	5 – 10 anos	1 – 5 anos	Não
V.T.L.	M	42	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Aposentadoria	10 – 20 anos	5 – 10 anos	Sim
W.L.S.S.	M	29	F 31 – transtorno afetivo bipolar	Família	Ativo	Trabalho	5 – 10 anos	1 – 5 anos	Sim
W.C.G.N.	M	28	F 20 – esquizofrenia	Família	Não	Aposentadoria	10 – 20 anos	1 – 5 anos	Sim

Quadro 1. Caracterização dos usuários
(*) outros transtornos mentais orgânicos

Foram entrevistados 15 homens e 10 mulheres. A média de idade é de 45 anos, sendo que o usuário mais novo tem 24 anos e o mais velho, 66. Esse dado torna-se interessante quando associado ao tempo de transtorno apresentado pelos usuários. Os quatro usuários na faixa de idade dos 20 anos, com exceção do usuário com diagnóstico de deficiência mental e outros transtornos mentais orgânicos, apresentam a trajetória típica dos transtornos psicóticos, que se dão no início da fase adolescente sendo assim, verificamos que este grupo tem aproximadamente 10 anos de transcurso do transtorno (OMS, 2001).

Já os usuários com idades entre 40 e 70 anos, nove ao todo, com exceção do usuário com diagnóstico de episódios depressivos, apresentam mais de 20 anos de transtorno mental e têm histórico de internações asilares. Este ponto será melhor apresentado posteriormente.

b. Hipóteses diagnósticas

A hipótese diagnóstica é um dos aspectos necessários para justificar a indicação do usuário para o regime de tratamento intensivo. Para essa identificação, foi utilizada a última hipótese diagnóstica formulada pelo médico que acompanha o usuário no serviço. Esta não é necessariamente igual a hipóteses levantadas anteriormente e, por vezes, não condiz com a hipótese referida pelo sujeito avaliado.

Dezesseis usuários receberam a hipótese diagnóstica de esquizofrenia (F 20), sendo que um deles também tem o diagnóstico de outros transtornos mentais orgânicos (F 06). Seis usuários apresentam hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar (F 31); um entre os seis também apresenta comorbidade, tendo associado o diagnóstico de outros

transtornos mentais orgânicos (F 06). Um usuário tem a hipótese de deficiência mental não especificada (F 79), associada a outros transtornos mentais orgânicos (F 06). Dois usuários receberam o diagnóstico de episódios depressivos (F 32). Assim, verifica-se que do total de entrevistados, 23 pessoas apresentavam diagnósticos localizados no grupo das psicoses, que podem ser considerados transtornos mentais severos e persistentes, de acordo com as características e o tempo de duração dos mesmos.

c. Situação de moradia

Do total de 25 entrevistados, 21 usuários moram com familiares. Dentre esses, apenas quatro são casados. Cinco pessoas moram apenas com os pais, sendo que três delas moram só com a mãe; uma destas pessoas é casada, mas está separada do cônjuge. Sete moram com pais e irmãos, três moram com irmãos e sobrinhos e apenas duas pessoas moram apenas com filhos.

Dois usuários moram em residências terapêuticas vinculadas ao NAPS. Moram em residências mistas diferentes, ambas localizadas próximo ao serviço. Um deles foi transferido após o fechamento do Hospital Psiquiátrico Borda do Campo. O outro, mudou-se devido a necessidade de cuidado mais próximo após ter sofrido um atropelamento.

Uma usuária mora sozinha em casa localizada no mesmo quintal em que moram o irmão e a família. Apesar de ter todo o cotidiano da casa separado, como atividades ligadas à preparação da comida, compras, limpeza e organização da casa, a usuária afirma poder sempre acessar o irmão e a cunhada, caso tenha algum problema.

Um usuário é inquilino em abrigo para pessoas álcool-dependentes. Este abrigo é ligado a uma organização religiosa e é gerido por um pastor desta organização. A casa abriga cerca de 10 homens em regime de internação. Cada interno (termo usado pelo usuário para designar as pessoas atendidas por este abrigo) paga o valor de R\$ 300,00 por mês. De acordo com o relato do usuário, lá eles recebem apenas a alimentação e são responsáveis pela organização da casa; cada interno é responsável por manter limpo o quarto onde dorme e as roupas. A comida é preparada por supervisor que permanece na casa durante o dia. O usuário afirma ser inquilino do pastor; paga um aluguel no valor de R\$ 200,00 e é o único que possui cópia da chave da casa, podendo entrar e sair a qualquer hora.

d. Trabalho e renda

De todos os usuários entrevistados, apenas quatro encontravam-se em situação ativa de trabalho. A.A.O. é dono de duas bancas de jornais, localizadas no bairro onde mora. Durante a semana, quem fica responsável pelas bancas é a esposa e os pais do usuário, pois ele frequenta o serviço de segunda a sexta-feira, no regime de tratamento intensivo; nos fins de semana ele cuida sozinho das bancas; Q.I.N. e V.L.S. trabalham na rua. Q.I.N. trabalha como vendedora ambulante por dois dias na semana, nos quais ela fica responsável pelo carrinho de milho verde do irmão. V.L.S. trabalha todos os dias como ‘cuidadora de carros’ no Centro de Santo André. W.L.S.S. trabalha no Núcleo de Projetos Especiais, no setor de reciclagem, três vezes por semana, por meio período; enquanto está no NAPS, vende doces.

Dez usuários recebem aposentadoria. Oito desses usuários estão aposentados por invalidez; apenas um se aposentou por tempo de serviço. Uma usuária recebe a aposentadoria do marido falecido.

Seis usuários não têm qualquer rendimento; dependem economicamente das famílias.

Seis pessoas estão afastadas do trabalho e cinco delas recebem benefício por auxílio-doença. Uma delas está afastada, mas teve o benefício suspenso. No período de realização das entrevistas, dois usuários deste grupo estavam sem receber há mais de dois meses, aguardando por nova perícia médica.

Dos quatro usuários que trabalham, apenas um recebe benefício (Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS¹). Os outros três vivem com o dinheiro que ganham do trabalho e com outros rendimentos da família. Do total de entrevistados, essa é a única pessoa a receber o benefício.

Quatro dos usuários que recebem aposentadoria, a usuária que recebe o benefício e a usuária que recebe a aposentadoria do marido não têm acesso ao dinheiro, sendo de responsabilidade dos familiares gerirem e administrarem o que recebem.

No quadro abaixo (Quadro 2) é possível visualizar melhor essa questão.

Usuário	Tipo de rendimento	Acesso ao dinheiro
A.P.	Nenhum	--
A.A.O.	Trabalho	Sim
A.S.A.	Auxílio-doença	Sim
A.S.S.	Nenhum	--

¹ A Lei Orgânica da Assistência Social foi instituída em 07 de dezembro de 1993 e prevê o pagamento de um benefício de prestação continuada no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência e ao idoso com mais de 70 anos que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção e nem de tê-la provida pela sua família. A concessão de tal benefício está sujeita a perícia médica legal.

A.S.D.	Nenhum	--
A.S.	Auxílio-doença	Sim
A.H.O.	Auxílio-doença	Sim
A.M.M.	Aposentadoria (invalidez)	Sim
A.A.	Aposentadoria (invalidez)	Sim
C.L.V.	Aposentadoria (invalidez)	Não
D.P.	Aposentadoria (invalidez)	Não
G.R.F.	Nenhum (auxílio-doença suspenso)	--
I.F.	Aposentadoria (invalidez)	Não
J.R.N.	Aposentadoria (invalidez)	Sim
J.T.	Auxílio-doença	Sim
M.E.A.	Aposentadoria do marido	Não
N.M.S.	Nenhum	--
N.B.	Aposentadoria (tempo de serviço)	Sim
Q.I.N.	Trabalho	Sim
R.B.S.	Nenhum	--
R.O.	Auxílio-doença	Sim
V.L.S.	Benefício - LOAS	Não
V.T.L.	Aposentadoria (invalidez)	Sim
W.L.S.S.	Trabalho	Sim
W.C.G.N.	Aposentadoria (invalidez)	Não

Quadro 2. Rendimentos

e. Histórico de internações e tempos da doença

Em relação ao tempo de transtorno, 12 usuários estão em tratamento psiquiátrico há mais de 20 anos. Cinco têm entre 10 e 20 anos de tratamento; 4 pessoas têm entre 5 e 10 anos de tratamento e apenas 4 estão em tratamento há menos de 5 anos. Já no que tange ao tempo de tratamento no NAPS, 10 usuários fazem tratamento há mais de 5 anos. Doze dos entrevistados têm entre 1 e 5 anos de tratamento e apenas 3 estão no serviço há menos de 1 ano. Abaixo, apresentamos o Quadro 3, no qual estão detalhados os dados referentes ao histórico e tempos de internação.

Usuário	Internações
---------	-------------

	Ocorrência	Nº de internações	Tempo total de internações
A.P.	Não	--	--
A.A.O.	Não	--	--
A.S.A.	Sim	2	3 meses
A.S.S.	Sim	1	1 ano
A.S.D.	Sim	3	10 meses
A.S.	Sim	1	4 dias (Enf. Hosp. Geral)
A.H.O.	Não	--	--
A.M.M.	Sim	Diversas	30 anos
A.A.	Não	--	--
C.L.V.	Sim	2	5 meses
D.P.	Sim	1	4 dias (Enf. Hosp. Geral)
G.R.F.	Não	--	--
I.F.	Sim	Diversas	40 anos
J.R.N.	Sim	3	6 meses
J.T.	Não	--	--
M.E.A.	Sim	Diversas	5 anos
N.M.S.			
N.B.	Sim	2	4 meses
Q.I.N.			
R.B.S.	Não	--	--
R.O.	Sim	2	6 meses
V.L.S.	Não	--	--
V.T.L.	Sim	10	5 anos
W.L.S.S.	Sim	1	3 meses
W.C.G.N.	Sim	8	2 anos

Quadro 3. Histórico de internações

O DIA TÍPICO

8. O DIA TÍPICO: CONTRIBUIÇÕES DO COTIDIANO PARA SE PENSAR AS RELAÇÕES

A busca da construção do conhecimento sobre como as pessoas constroem as suas relações cotidianas na vida familiar, na vizinhança e na vivência propiciada pela inserção no serviço assistencial, fornece elementos importantes para a compreensão das redes sociais e do seu papel no percurso do acompanhamento em saúde mental.

As vivências cotidianas expressam a vulnerabilidade dos sujeitos traduzida de forma especial em sua dificuldade em acessar recursos, tanto materiais quanto afetivos. Tais observações dão sentido às abordagens que discutem e defendem o aumento da contratualidade das pessoas como eixo central do processo de reabilitação (Kinoshita, 2001; Saraceno, 2001).

O poder contratual se manifesta nos diversos cenários da vida uma vez que a inserção das pessoas ocorre necessariamente no contexto de redes de trocas sociais, quer sejam elas materiais, econômicas, culturais ou afetivas; é sempre a partir das trocas e das negociações por elas exigidas, que entramos em relação com o outro e efetuamos os processos de construção e reprodução de nossa vida social (Kinoshita, 2001; Saraceno, 2001; Castel, 200; Huxley & Thornicroft, 2003).

Consideramos que a partir da compreensão dos processos vivenciados pelas pessoas em seu contexto e das dinâmicas pelas quais realizam suas trocas e organizam o seu cotidiano, é possível pensar elementos que atuem como fatores de proteção contra os processos de vulnerabilização.

Neste sentido, as redes sociais se constituem como forte elemento agregador, uma vez que é a partir da inserção dos sujeitos nas redes sócio-relacionais que se pode descobrir, concretizar e multiplicar os contextos nos quais as pessoas podem realizar trocas, buscar e oferecer apoio e suporte social.

Redes de sociabilidade as mais diversas, como as oferecidas pela família, pela vizinhança, pela inserção em espaços da comunidade, pelo ambiente de trabalho, pelos serviços e ações de saúde e por outros tipos de espaços sociais, propiciam contextos que criam respostas para as necessidades das pessoas e favorecem o aumento da acessibilidade aos diversos recursos que estruturam o dia-a-dia.

A partir desta compreensão, o cotidiano enquanto lócus da organização da vida e núcleo potencial e concreto de trocas ganha relevância no estudo das redes sociais e do percurso de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais severos.

Nesta perspectiva, apresentamos a seguir características que apontam ou descrevem aspectos do cotidiano das pessoas entrevistadas.

Buscamos, por um lado, apresentar e refletir sobre elementos que caracterizassem as situações mais comuns vivenciadas pelo grupo estudado. Tais características permeiam a maior parte das entrevistas e compõem a realidade da maior parte dos usuários entrevistados; são situações experimentadas no dia-a-dia que apontam para a precariedade das inserções desses sujeitos nos contextos de vida, a fragilidade das relações experimentadas com outras pessoas e a dificuldade de acessar os recursos básicos e necessários para a reprodução da vida.

Na seqüência, apresentaremos, também, as situações singulares, que não se repetiram em outras entrevistas, mas que também podem caracterizar experiências vivenciadas por parte da população que sofre de transtornos mentais.

a. O dia-a-dia no NAPS

Os usuários entrevistados fazem parte do grupo caracterizado por receber tratamento intensivo e portanto permaneciam no serviço por no mínimo 6 períodos semanais. Alguns deles estavam sob o regime de *hospitalidade noturna*¹, o que determina que eles não frequentem outros espaços.

A permanência no NAPS é semelhante para todos os usuários, conforme a rotina já descrita. O tempo é subdividido entre as atividades oferecidas, as rotinas institucionais como alimentação e distribuição de fármaco, e os espaços de convivência.

b. Estar em casa: o uso do tempo

O tempo que os usuários permanecem em suas casas é restrito, devido ao número de períodos em que devem estar no serviço.

Quando estão em casa, 17 entrevistados afirmaram passar a maior parte do tempo acompanhados. Dentre eles, 13 pessoas afirmaram sentir a necessidade de

¹ O regime de hospitalidade noturna, assim como a hospitalidade diurna, também faz parte das modalidades de acompanhamento dos usuários de maior gravidade oferecidas pelo serviço. A indicação para que o usuário siga tal regime é feita de acordo com o estado de gravidade dele, contemplando os mesmos aspectos utilizados para a avaliação da necessidade de indicação para o regime de hospitalidade diurna. Uma vez feita a indicação, o usuário passa a dormir no serviço, por tempo estipulado pela equipe.

estarem sempre acompanhados; 4 pessoas referem que vivenciam essa situação porque seus familiares não permitem que fiquem sozinhos.

Oito pessoas afirmaram passar a maior parte do tempo sozinhas. Cinco delas optavam por isso, isolando-se em cômodos da casa. Para outras tal situação se devia ao fato dos familiares não ficarem muito tempo em casa porque trabalham ou estudam. Apenas 1 dos entrevistados morava sozinho.

c. Atividades domésticas: habitar

Buscamos também conhecer de que forma os entrevistados vivenciam o tempo que permanecem em casa, o que fazem e como fazem.

Foi possível reconhecer que, para o grupo estudado, a situação mais característica é a falta de atividades que preencham o cotidiano doméstico ou a presença de um repertório de atividades muito empobrecido, o que remete a impressão de um cotidiano esvaziado que transcorre em uma temporalidade alheia ao tempo social, mais tipicamente experimentado pelos demais familiares. Respostas como ‘eu assisto televisão’ ou ‘eu escuto rádio’ ou ‘não faço nada’ foram as mais frequentes. São poucos os que têm alguma atividade diferenciada e regular que denote algum projeto pessoal, singularize a vida doméstica e a dote de sentido.

Apenas 3 usuários descreveram atividades mais específicas, que realizam enquanto estão em casa. Um deles é músico e trabalhou muito tempo nessa área, chegando inclusive a tocar com artistas conhecidos. No momento da entrevista, dizia

estar tentando se restabelecer no campo e usava o tempo em que permanecia em casa para compor e estudar música:

Eu componho músicas e durante meu tratamento aqui no NAPS, coincidiu com a primavera. Aí eu comecei a compor uma música atrás da outra e tal... ontem eu compus mais uma, mas é que eu tinha perdido em casa, mas eu achei e terminei ela ontem. Mas antes de entrar no NAPS eu já compunha músicas. (Entrevista N° 1)

Outra usuária relatava ter começado um 'bico', para aumentar o rendimento. Ela começou a fazer bordados para uma confecção e usava o tempo em casa nesta atividade:

Eu to fazendo bordado. Eu peguei de uma senhora. Ela pega de uma loja e passa pra outras pessoas pra bordar. Então eu to bordando. É bom que dá um trocadinho. (Entrevista N° 7)

O terceiro usuário afirmava gostar de escrever cartas para parentes que moram em outras cidades e, dessa forma, manter contato com a família:

No meu tempo livre, eu adoro escrever cartas, pois escrevo cartas pro Rio Grande do Sul, Pernambuco, Brasília, Santa Catarina... (...) Eu escrevo pra parentes que estão no Rio Grande do Sul, parentes que estão em Pernambuco. Porque é assim, minha mãe e os parentes dela são todos pernambucanos e a família do meu pai é toda gaúcha, só ele que é catarinense. Em Santa Catarina são amigos, no Rio Grande do Sul são parentes. Em Pernambuco são todos parentes. E em Brasília é o meu tio que foi morar lá há 36 anos. (Entrevista N° 25)

Os demais 22 entrevistados afirmavam não fazer nada ou apenas assistir a televisão ou ouvir rádio.

Dezesseis entrevistados afirmavam realizar atividades de cuidado da casa, como limpeza, arrumação e cozinha. Dentre esses, 14 diziam ajudar quando solicitados ou ainda eram responsáveis por algumas tarefas, como limpar o próprio quarto ou lavar a louça. É interessante destacar que os outros 2 eram responsáveis por toda a arrumação da casa.

Um deles mora com dois filhos, em uma casa própria, próxima ao NAPS. O filho mais velho trabalha durante o dia e a filha mais nova, estuda na parte da manhã. A usuária frequenta o NAPS todos os dias, na parte da manhã, e diz cuidar da casa durante a parte da tarde. É responsável pela arrumação da casa, pelo preparo da comida e pelo cuidado da roupa.

O segundo usuário mora sozinho, numa casa de dois cômodos, localizada no mesmo terreno em que fica a casa do irmão. Ele frequentava o NAPS todos os dias, em período integral. Afirma cuidar da arrumação da casa, da própria roupa e do preparo da comida.

Duas das usuárias apresentadas acima não têm acesso ao dinheiro que recebem. A primeira recebe aposentadoria do marido falecido e a segunda tem aposentadoria própria. Apesar de serem responsáveis por todo o cuidado da casa, elas não fazem as compras. Quem recebe a aposentadoria e faz as compras da primeira usuária é seu enteado e, da segunda, é o irmão.

Ainda neste grupo, 2 pessoas disseram gostar das atividades de arrumação e fazem isso no período em que estão em casa:

Eu gosto de lavar roupa, eu gosto de passar. Eu gosto de varrer chão. (Entrevista Nº 4)

Em casa? Eu fico limpando as coisas. (Entrevista N° 16)

Nove entrevistados disseram não fazer ou ajudar em nenhum tipo de atividade. Dentre esses, apenas 1 afirmou ter medo das atividades, devido a acidentes que já sofreu na cozinha:

Eu fico com medo de queimar, eu fico com medo da doença dar em mim e eu cair em cima do fogo. (Entrevista N° 3)

Algumas situações são relacionadas à perda de interesse após os episódios de crise. O trecho a seguir ilustra essa posição:

Se eu sinto vontade. Antigamente eu ajudava mais, limpava o meu quarto, lavava o banheiro, lavava a louça quando minha mãe trabalhava... mas depois eu fiquei em crise e não fiz mais nada. (Entrevista N° 6)

Os 2 usuários que moram na residência terapêutica afirmam não fazer nada, uma vez que os cuidadores se responsabilizam pela maior parte das atividades.

Ajuda. Só comer. Só comer e dormir. Eles têm responsabilidade por isso. Até nosso lençol, ela dobra tudo, é um amor. (...) De alimentação, elas dão o prato completo. Eu como sozinho, como sozinho, mas se por um acaso eu tiver um problema de saúde e não puder comer sozinho, ela dá na boca. (Entrevista N° 14)

Não faço nada. A enfermeira lava a louça... O faxineiro chama Pedro. (Entrevista N° 13)

d. O auto-cuidado

A maior parte dos usuários refere que realizam sozinhos as atividades de auto cuidado, tais como higiene pessoal, banho, barba, escovação dos dentes, cuidados com o vestuário e outras. Alguns relatam que apenas em situações de crise, precisaram de ajuda para essas atividades. Os trechos abaixo ilustram essa situação:

(...) chegou no ponto que eu caí na cama e já não andava mais. As pessoas que iam lá em casa, me davam banho, me trocavam e pegava as roupas mijadas e levava pra lavar. (Entrevista N° 8)

Depressão, veja bem, eu não conseguia fazer nada, não tomava um banho, minha mãe que jogava água em cima de mim, pra fazer mais judiação, não comia, não se alimentava e não dormia. Foi ai que tudo começou. (Entrevista N° 18)

Apenas um usuário não realiza nada sozinho. O pai, que foi quem nos concedeu a entrevista, diz que essa dificuldade é devida aos rituais de repetição que o filho apresenta, o que dificulta muito as atividades de banho, vestuário e mesmo alimentação.

Um usuário, morador de um dos serviços residenciais, diz ser capaz de tomar banho sozinho, mas prefere ter a ajuda dos cuidadores. Este usuário tem deficiência visual total.

Eu tomo banho, eu tomo banho sozinho se eu quiser. Mas como a gente tem o auxílio das cuidadoras, aí é melhor, né? Auxíliam a gente, é bem melhor (...). (Entrevista N° 14)

e. Fins de semana e atividades de lazer

Em relação às experiências e atividades realizadas nos finais de semana, as respostas se repetem e mais uma vez o que se destaca é a falta de atividades. Percebemos que as pessoas permaneciam todo o tempo em casa, não recebiam visitas e não conversavam com outras pessoas.

Apenas 3 usuários disseram fazer passeios nos finais de semana.

Q.I.N. tem uma família grande. Todos os seus parentes e amigos vieram da Bahia, seu estado natal, e, aos finais de semana, eles se reúnem, visitam a casa dos familiares ou amigos.

N.B. passeia sozinho por parques de Santo André. Neste caso, o que mais chama atenção é a ausência de companhia para fazer os passeios. N.B. é o único usuário que mora como inquilino em um abrigo religioso para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Vou assim a passeio. Não é atividade, é passeio. Vou passear, me distrair. Lá no Riacho Grande, passo o dia lá, no Storil. E sempre sozinho. Sempre sozinho e com Deus. (Entrevista Nº 18)

O terceiro usuário tem o hábito de, em alguns fins de semana, jogar basquete em um parque próximo ao NAPS.

E de vez em quando, de final de semana, sábado e domingo, eu vou jogar basquete aqui no Pignatário. (...) Eu vou de

sábado e domingo lá e fico jogando basquete, sábado e domingo dá pra jogar. (Entrevista Nº 24)

8. Espaços de circulação

Perguntamos aos usuários sobre os lugares que costumam frequentar e os passeios que fazem; observamos a ausência de espaços de circulação na maioria dos relatos. A partir da compreensão de que as redes sociais se desenvolvem nos diversos espaços que ocupamos, que proporcionam trocas e ampliam os processos de inclusão e participação social, a fragilidade ou ausência de circulação dos sujeitos em lugares diferentes da casa e do serviço de saúde podem se configurar num fator de risco para as pessoas e seus itinerários terapêuticos.

Na medida em que ampliamos nossa circulação no território, que aumentamos as diversas dependências com relação aos lugares e às pessoas, aumentamos também nossa autonomia, uma vez que criamos mais possibilidades de respostas, outras formas de organizar o cotidiano e obter apoio e suporte (Kinoshita, 2001).

No caso do grupo estudado, observamos que são poucos os usuários que frequentam outros lugares regularmente.

Seis pessoas vão a igreja ou a reuniões religiosas ao menos uma vez por semana. Para elas, este espaço atua como importante lugar de relações e trocas. Três deles nomearam pessoas da igreja como melhores amigos.

Uma das usuárias frequentava diariamente uma academia, considerava esse espaço importante embora afirmasse que ainda não havia feito amizades lá.

Amigos amigos eu ainda não fiz, mas tem as meninas que a gente sempre se cumprimenta, que a gente vê mais. De vez em quando conversa um pouquinho, faz as aulas juntas. (Entrevista N° 7)

Um usuário frequenta um evento que ocorre uma vez por semana porque acredita ser um espaço importante para sua profissão de músico, e um bar, na região central da cidade. Sempre vai a esse bar sozinho e não costuma conversar com os outros frequentadores, mas é reconhecido pelo atendente do bar, que sempre lhe dá uma bebida:

Eu costumo ir na igreja, eu afastei um pouquinho, to indo só no conhecimento, que é o estudo da Bíblia. E outros lugares é o Canja com Canja que eu gosto de ir sempre. (...)Canja com Canja é um evento que tem no Paço Municipal, no Anfiteatro, que é os grupos que o Leila costuma convidar pra ir fazer uma apresentação. E é sempre um som pra cima assim, entendeu? É bem organizado. E ali é um ponto... é uma vitrine também, né, porque você encontra músicos... (...)Tem o Óleo Santo, que é um bar onde eu vou, que é mais filosofia. (...)é um bar onde eu costumo ir, porque rola um jazz lá e eu gosto muito de jazz. Eu gosto de tomar Kronenbeer. Aí eu chego lá, ele me dá uma Kronenbeer, eu fico lá tomando. (Entrevista N° 1)

Há também o usuário que frequenta a quadra de basquete que fica próxima ao NAPS, onde encontra pessoas e joga basquete aos finais de semana (W.L.S.S.) e o que faz os passeios aos parques de Santo André (N.B.).

Os demais usuários afirmaram não saírem de casa e não terem nenhum lugar específico que costumam frequentar ou visitar.

Tentou-se extrair das entrevistas informações que pudessem ilustrar o cotidiano dos entrevistados, por acreditarmos que, desta forma, é possível criar um quadro sobre como se reproduzem os dias, os fazeres, como se dá a vida cotidiana dessas pessoas.

REDES SOCIAIS

9. CARACTERIZAÇÃO DAS REDES SOCIAIS

A apresentação e sistematização dos dados referentes às redes sociais dos entrevistados serão realizadas a partir de dois referenciais teóricos compreendidos enquanto perspectivas analíticas complementares: as características estruturais da rede social e os processos de sociabilidade e vulnerabilidade relacional.

A primeira perspectiva analítica proposta tem como objetivo apresentar a caracterização das redes sociais, no que diz respeito aos seus aspectos estruturais. Essas informações permitem a elaboração do diagnóstico situacional das redes, e possibilitam a análise das influências que tais aspectos exercem no comportamento e no processo de reabilitação psicossocial de cada pessoa.

A segunda perspectiva possibilita a análise das dinâmicas vivenciadas pelos indivíduos em suas redes pessoais, além de oferecer elementos para a reflexão mais ampla sobre os processos de vulnerabilidade em pessoas com transtornos mentais e auxiliar na construção de pautas de intervenção para enfrentamento de tais processos.

Nesta perspectiva, elaboramos um quadro (Quadro 4) que associa as contribuições dos autores e das duas perspectivas.

Aspectos estruturais	Aspectos funcionais	Aspectos contextuais
Tamanho	Tipos de relações	Dinâmica
Estrutura	Conteúdo das relações	
Composição		

Quadro 4. Analisadores das redes sociais.

a. Aspectos estruturais

Dentre os aspectos estruturais da rede, analisaremos os que dizem respeito ao tamanho, à estrutura e à composição das relações.

i. Tamanho

De acordo com a descrição já apresentada na metodologia as questões propostas buscaram identificar os contatos ativos presentes em diversas situações do cotidiano das pessoas. Tiveram um caráter descritivo, evitando assim que as pessoas se vissem constrangidas a elaborarem generalizações. (Anexo E) O número total de relações foi identificado pelo pesquisador no trabalho de compilação dos dados.

No quadro a seguir (Quadro 5), apresentamos o número de pessoas integrantes das redes sociais dos entrevistados.

Usuário	Total de pessoas referidas
A.P.	11
A.A.O.	19
A.S.A.	16
A.S.S.	8
A.S.D.	10
A.S.	16
A.H.O.	14
A.M.M.	8
A.A.	17
C.L.V.	7
D.P.	5
G.R.F.	19
I.F.	14
J.R.N.	21

J.T.	13
M.E.A.	24
N.M.S.	8
N.B.	14
Q.I.N.	12
R.B.S.	7
R.O.	2
V.L.S.	16
V.T.L.	8
W.L.S.S.	10
W.C.G.N.	12

Quadro 5. Número total de pessoas referidas.

Podemos observar que o tamanho das redes sociais dos entrevistados é pequeno quando comparado ao tamanho médio das redes sociais de pessoas que não apresentam transtornos mentais, descrito pela literatura consultada. O número médio de relações identificadas é próximo á quantidade de laços fortes presentes na população em geral, que é de 18,5 contatos. Relações deste tipo são identificadas como relações próximas e/ou íntimas, capazes de oferecer suporte e apoio social no cotidiano e especialmente nos momentos de crise. Num segundo momento será apresentada a avaliação sobre as funções exercidas pelos componentes das redes identificadas pelos entrevistados

ii. Estrutura

As redes sociais dos entrevistados configuram-se pela presença de um núcleo denso de relações próximas, composto por membros da família e, em algumas situações, por operadores do NAPS. Observamos que não houve a identificação de vizinhos e amigos no contexto desse núcleo denso ou dentre ao laços que podem ser considerados fortes. Observamos também que o contato com vizinhos e amigos se

caracteriza por ser esporádico e aleatório, o que coloca tais relações na periferia expandida das redes identificadas. Se consideramos o tipo de relação vivenciada com parentes e outros usuários do serviço esses laços também poderiam ser localizados nesta zona das redes.

iii. Composição

A composição da rede social diz respeito às características comuns compartilhadas entre o ego e as pessoas com quem se relaciona. Os estudos neste campo salientam a existência da característica de homofilia, ou tendência a desenvolver relações com pessoas semelhantes. Essa característica foi parcialmente observada entre os entrevistados de forma que as redes, além de restritas são compostas basicamente por familiares e cuidadores, mas ao contrário do que supúnhamos inicialmente verificamos uma tendência de afastamento e rejeição em relação às outras pessoas que freqüentam o NAPS. As entrevistas mostraram que não há relações consideradas significativas entre os usuários do serviço. Neste caso, a identificação com esse outro - as pessoas com transtorno mental - é considerada como fator negativo. Os discursos não mostraram sentimentos de identificação, empatia ou afetividade com os demais usuários. O estigma ou rejeição ao convívio com o indivíduo com transtorno mental, difuso na sociedade, também aparece como um valor interiorizado pelos próprios usuários, na medida em que estes também buscam evitar o contato com os demais e, quando há contato, procuram fazê-lo com aqueles considerados mais saudáveis. Alguns trechos para exemplificar essa situação serão apresentados no subitem tipos de relações.

b. Aspectos funcionais

Como aspectos funcionais, identificamos as características referentes ao tipo de relações e ao conteúdo ou funções exercidas pela rede.

i. Tipos de relações

Consideramos cinco tipos de relações para a caracterização das redes sociais dos usuários: núcleo habitacional/família, família expandida, amigos e vizinhos, relações vivenciadas a partir da situação de trabalho e relações vivenciadas a partir da inserção no serviço. Este último aspecto reconhece o serviço como um lugar importante de pertencimento dos usuários, nele buscamos identificar que tipo de relações são estabelecidas entre os usuários e demais pessoas que utilizam o serviço, técnicos e trabalhadores da instituição.

No quadro a seguir (Quadro 6), apresentamos o número de pessoas identificado pelos usuários em cada um dos cinco campos relacionais.

Nome	Núcleo habitacional/ Família	Família expandida	Amigos vizinhos	Trabalho	Relações vivenciadas no serviço	Total de pessoas referidas
A.P.	1	2	5	--	3	11
A.A.O.	5	3	4	2	5	19
A.S.A.	7	2	3	--	4	16
A.S.S.	2	1	4	--	1	8
A.S.D.	3	4	--	--	3	10
A.S.	1	6	2	--	7	16
A.H.O.	5	--	2	--	7	14
A.M.M.	3	1	2	--	2	8

A.A.	2	7	4	--	4	17
C.L.V.	--	3	2	--	2	7
D.P.	1	3	--	--	1	5
G.R.F.	1	2	12	--	4	19
I.F.	9	4	--	--	1	14
J.R.N.	9	5	4	--	3	21
J.T.	1	5	3	--	4	13
M.E.A.	2	6	4	--	12	24
N.M.S.	2	2	1	--	3	8
N.B.	9	2	1	--	2	14
Q.I.N.	2	4	1	1	4	12
R.B.S.	6	1	--	--	--	7
R.O.	1	1	--	--	--	2
V.L.S.	8	--	5	--	3	16
V.T.L.	4	2	--	--	2	8
W.L.S.S.	2	--	1	--	7	10
W.C.G.N.	2	5	--	--	4	12

Quadro 6. Tipos de relações.

Optamos por apresentar cada tipo de relação separadamente, buscando detalhar as informações e aprofundar reflexões que consideramos relevantes.

- **Núcleo habitacional/Família**

Este item se refere às relações vivenciadas entre as pessoas que residem com os entrevistados e que mantêm entre si um tempo prolongado de convivência. Nomeamos esse tipo de relação genericamente como Núcleo habitacional/Família, pois fazem parte do grupo entrevistado 2 pessoas que vivem em serviços residenciais terapêuticos e 1 pessoa que mora em um abrigo. Essas 3 pessoas, embora não convivam com familiares, encontram-se em situação semelhante àqueles que moram com familiares em relação ao tempo e ao espaço de convivência, mesmo que as relações sejam de outra natureza. Essas questões serão aprofundadas adiante.

Sete usuários referem que podem contar com a família para as questões do dia-a-dia e que conseguem encontrar suporte e obter ajuda neste espaço. Apontam a importância de seus familiares compreenderem a ‘doença’ e ajudarem tanto nas situações de crise quanto nos momentos de maior estabilidade. Comentam também a postura de cuidado adotada pelas famílias:

(...)um irmão meu que tava trabalhando, mas ele saiu do serviço pra cuidar de mim. (Entrevista N° 3)

A gente vive... você já sabe como a gente vive, né? Normal, um olha o outro, normal, eu olha ela, ela olha pra mim. (Entrevista N° 15)

É muito boa, é de total confiança, tranqüilidade. Conversamos, nos entendemos bem. Eles ajudam bastante. (Entrevista N° 7)

Os relatos confirmaram que a família atua como rede social forte, representando o núcleo denso de relações composto pelas pessoas que estão mais próximas do sujeito. Esse núcleo de pessoas ajuda nos momentos de crise e oferece proteção para situações de maior carga afetiva, que geralmente são responsáveis pela desestabilização dos sujeitos mais vulneráveis (Molina, 2005).

Sete usuários consideram a convivência com os seus familiares como sendo ‘normal’. Aqui a idéia de normalidade se traduz pela ausência de brigas e conflitos. Os relatos sobre o ambiente familiar sem brigas muitas vezes parece sugerir também a presença de um distanciamento afetivo entre os entrevistados e os membros da família.

Esses usuários procuram ficar mais tempo sozinhos quando estão em casa e dizem que não conversam muito com as pessoas com quem moram. Os relatos não

mostraram a postura de cuidado por parte dos familiares. Alguns usuários deste grupo colocaram a percepção de que não são compreendidos pelos seus familiares no que diz respeito ao transtorno e ao tratamento que fazem.

O trecho a seguir, ilustra essa situação:

A minha família não se envolve com a doença. A minha família não se envolve comigo nesses aspectos assim do tratamento. Eles enxergam como eu preciso do tratamento, mandam eu vir, mas eles não me perguntam o que eu faço. Eles me cobram porque que eu tô fazendo. Não sei se ficou claro pra você. É assim eu vou entrar em crise, eu to em crise, aí minha família me cobra, vai lá que você não ta legal, aí eu venho, faço tratamento e eles começam a me questionar porque que eu to aqui? Isso é muito complicado pra minha cabeça. (Entrevista Nº 2)

Sete usuários descreveram relações negativas com seus familiares, afirmando vivenciarem uma convivência difícil e carente de situações de apoio e suporte. Foram relatados episódios de brigas, desentendimentos e violência. Todos os usuários deste grupo referiram a falta de compreensão que sentem por parte da família e a não aceitação do transtorno mental. Situações de descaso e não envolvimento nas questões relativas ao acompanhamento de cada sujeito também foram percebidas. O relato apresentado á seguir ilustra algumas situações de distanciamento e violência e o impacto dessas situações sobre o entrevistado

Eu tenho uma família desunida, ninguém procura pai nem tio, não tem conversa, não tem união, nem diálogo, não tem diálogo, isso que me apavora, essa família, sabe. Se todo mundo morasse junto, desse uma força sabe, morasse lá perto do lugar onde eu moro, sabe, seria bom pra mim. (...) Eu vou falar a verdade, eu não me dou muito com meu pai, mas eu gosto dele. (...) Ela (irmã) não conversa comigo, não procura

se entender, não fala nada comigo. Eu me sinto mal às vezes. (...) Agora com a R. (outra irmã) eu não sei. Ela chega estressadinha, qualquer coisinha ela quer vir pra cima de mim, me bater. Ela me deu um tapa assim, no rosto. Uma vez tava ela e o namorado dela e o namorado dela deixar ela fazer isso comigo, me dar um tapa, eu fiquei até com marca assim, no rosto. Eu já fiquei com vários hematomas. (Entrevista N° 20)

Outra situação, vivenciada cotidianamente por outra usuária, também retrata a posição de desvalor e a falta de lugar vivenciado na família. Ela mora na casa dos pais, mas não dispõe de nenhum espaço próprio, tal como um quarto ou cama, de forma que, no momento da entrevista, dormia na casa de uma vizinha da família. Isso acontecia desde a sua saída do hospital psiquiátrico onde esteve internada:

E: Onde você dorme?

A: Eu durmo junto com a D. Ercília.

E: Quem é D. Ercília?

A: D. Ercília é uma senhora que tem lá. (...)

E: Pra dormir, você dorme fora da sua casa?

A: É. Tem a minha caminha lá.

E: Por que você dorme fora da tua casa?

A: Porque na minha casa não tem lugar pra dormir, tem um sofá só.

E: Você sempre dormiu na D. Ercília? Onde você dormia antes?

A: Antes eu dormia no chão.

E: Da tua casa?

A: É. (Entrevista N° 4)

Esta situação nos levou a refletir sobre o desvalor atribuído às pessoas com transtorno mental e seus efeitos sobre o lugar destinado e ocupado por algumas dessas pessoas não apenas no espaço concreto da casa, mas também enquanto membros de uma família.

Nesses contextos, é possível observar que as pessoas tendem a perder espaços na casa e na família, conforme suas trajetórias, e os diversos momentos de ruptura vivenciados, especialmente, após as situações de crise, quando os usuários permanecem muito tempo no serviço ou vivenciam períodos de internação, reduzindo conseqüentemente sua presença e permanência na casa. Ao regressarem, frequentemente encontram os seus espaços reduzidos, tanto no plano concreto quanto no plano afetivo.

Dois usuários moram em serviços residenciais vinculados ao serviço. No Quadro 2 é possível observar que cada um deles divide a casa com grande número de pessoas. Neste caso, o núcleo habitacional também parece não se configurar enquanto o núcleo denso de suas redes sociais. Nenhum dos usuários considera que as relações estabelecidas com os demais moradores sejam importantes ou dotadas de valor. Ao contrário, chama atenção a ausência de relações mais profundas, de ajuda ou suporte, apesar da avaliação positiva feita pelos dois usuários sobre a convivência entre os moradores.

O morador da residência mista considera que a dificuldade de fazer amizades com as pessoas com quem mora se deva ao transtorno mental e aos problemas dele decorrentes:

“Não é questão de não conseguir fazer” (amizade)”, é que tudo tem problema psiquiátrico, só ele que pode ser assim, então eu to conversando com ele e ele não corresponde o papo, então o que é que eu falo, não falo nada. Não dá pra ter amizade com aquele pessoal da residência. (Entrevista Nº 14)

Um dos usuários entrevistados mora em abrigo para dependentes químicos e apresenta situação bem semelhante aos usuários que moram nos serviços residenciais. Apesar de afirmar que conversa com todos os moradores do abrigo, diz não ter relações mais profundas de troca e amizade. Este também se refere aos problemas apresentados pelos demais moradores com um obstáculo ao desenvolvimento de relações sociais:

Eu fico mais é descansando, deitado, conversando com o pessoal lá, vendo o problema de cada um, e eu fico no pensamento que o meu não é nada, comparando com os deles, tem coisa pior, ali e em todo lugar, aí pelo mundo afora. (Entrevista Nº 18)

Há uma única usuária que mora sozinha. Ela diz conversar com a cunhada, que mora em outra casa localizada no mesmo terreno.

Os estudos sobre redes sociais identificam que a família se caracteriza por compor o núcleo denso da rede e, por isso, oferece maior potencial para disponibilizar suporte e apoio social. Segundo Molina (2005), são as pessoas com quem podemos contar no cotidiano.

Nossa investigação identificou que 17 usuários – incluindo aqueles que moram nos serviços residenciais e no abrigo – não encontram esse tipo de apoio na relação com seus familiares. Neste sentido, é importante avaliar os demais espaços em que os sujeitos vivenciam suas relações, uma vez que não encontram suporte em sua rede mais próxima.

- **Família expandida**

Outro campo relacional considerado importante é o da família expandida, termo utilizado para identificar as pessoas que não compõem o núcleo habitacional; são tios, avós, primos e irmãos que não coabitam com os entrevistados.

Neste campo relacional encontramos situações mais graves de não envolvimento e distanciamento em relação aos entrevistados. Vinte e dois usuários falaram sobre sua família, sobre irmãos, tios e primos. Entretanto, 15 usuários afirmaram não terem uma boa relação com esses familiares.

Diversas situações comentadas e relatos demonstram grande afastamento desse grupo e um contato bastante empobrecido. É importante ressaltar que neste tópico foram identificados apenas aqueles parentes citados pelos entrevistados, e não todos os componentes da família ampliada.

Abaixo separamos alguns trechos que ilustram o distanciamento entre familiares e usuários:

Mas eu noto que familiares, outras pessoas da família assim primos. A minha família própria, meus pais, não. Meu irmão sim, eu sinto, e o resto da família, das outras pessoas, e vizinho eu sinto um distanciamento, sabe, que não quer se meter, não quer se envolver. Seria isso, não quer se envolver. (Entrevista N° 2)

É mais ele que vai visitar os irmãos. Eles não têm assunto em relação a essa parte. Eles não têm entendimento que nem a gente tem, eu, a minha sogra, a Marileuza, do problema dele, do tratamento mental. Eles ficam de longe, julgando o que eles acham. Ele ficou internado aqui 15 dias em dezembro, foi antes do natal, a maior agitação e esse irmão dele, o mais velho, ligou pra mim dizendo que vinha aqui pra visitar ele. Mas até hoje não veio. Não visitou e não procurou mais. (Entrevista N° 9 – esposa)

Abaixo reproduzimos um trecho da entrevista de um dos moradores da residência terapêutica. Neste caso, o abandono por parte dos familiares é marcante.

E: Você tem outro irmão?

I: Carlos

E: Faz tempo que você não vê o Carlos?

I: Tenho outro irmão: José...

E: Quanto tempo faz que você não os vê?

I: Há mais de 5 anos... (Entrevista Nº 13)

Algumas situações de ruptura com a família expandida são atribuídas a episódios relacionados ao transtorno mental do sujeito. Quando reconstruímos os itinerários de alguns usuários fica nítida a involução de suas redes sociais. Rupturas, distanciamentos e o empobrecimento das relações em geral parecem acompanhar a trajetória da doença.

Ele tinha os primos dele. Quando ia pra lá encher o saco da mulher, aí eles iam. Depois, de um tempo pra cá, eles se afastaram dele. Ele tinha bastante primo. Hoje não querem nem chegar perto dele. Acho que tomaram nojo, sei lá, ou também porque ele tem esse problema. (Entrevista Nº 5 – pai)

É que o meu filho mais velho, depois de tudo que aconteceu, que ele me agrediu, mesmo porque ele não me reconheceu, ele não aceita até hoje. É difícil, né? Então ele não aceita, ele acha que não devia ter feito isso. Então é por isso que ta meio afastado. Mas o R. também, se vai o meu irmão lá em casa, se vai alguém lá em casa, ele fica meio parado também. Ele não se perdoou ainda pelo que ele fez, pelo que aconteceu. Depois ele recordou as coisas. (Entrevista Nº 21 – mãe)

Neste sentido, percebemos mais claramente a urgência e importância da proposição de projetos terapêuticos e programas de reabilitação, voltados para a

intervenção sobre a inserção dos indivíduos em contextos que lhes proporcionem possibilidades reais de troca, que lhes confirmem respostas às mais diversas demandas da vida cotidiana. O universo familiar, enquanto espaço de cuidado daquele que sofre, é um contexto importante a ser trabalhado no processo de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais severos.

Sete usuários afirmaram ter um bom contato e relacionamento com os familiares. Destacaram a profundidade das relações e a importância de tais vínculos. Dentre eles, 3 identificaram pessoas da família expandida como melhores amigos. Afirmaram sempre poder contar com os familiares para os momentos de maior demanda e nomearam essa esfera como espaço potencial para procurar ajuda.

Três usuários não mencionaram familiares ou parentes durante a realização das entrevistas. Dois desses usuários moram com irmãos e as respectivas famílias. Assim, dividem a mesma casa o usuário, os pais, os irmãos, cunhados e sobrinhos.

- **Amigos e vizinhos**

O terceiro campo relacional a ser desenvolvido diz respeito aos amigos e vizinhos. Pedimos aos entrevistados que nomeassem as pessoas que consideravam amigas, excluindo aquelas pertencentes à família e ao ambiente do serviço de atenção.

Dez dos entrevistados nomearam pessoas com quem conversam com certa frequência. O conceito de frequência utilizado nas respostas foi bastante elástico; houve desde a referência a contatos semanais até a contatos anuais.

A quantidade de laços identificados é pequena e as descrições apresentadas sobre as relações permitiram observar que apenas dois deles possuem relações recíprocas, de ajuda e procura mútua.

Procuramos detalhar o número de relações, os locais dos encontros com os amigos, a direção da procura e a frequência dos contatos. O Quadro 7 mostra essas características.

Usuário	Número de amigos/vizinhos	Local de encontro	Iniciativa da procura	Frequência de contato
A.P.	5	Casa dos amigos	Usuário	2 – 1 vez/semana 3 – muito esporádico
A.A.O.	4	Rua	Usuário	1 – 1 vez/semana 1 – a cada 2 meses 1 – muito esporádico 1 – não vê há muito tempo
A.S.A.	3	Casas	Mútua	3 – 1 vez/mês
A.H.O.	2	Casas	Mútua	2 – a cada 2 meses
C.L.V.	2	Igreja	Mútua	2 – 1 vez/semana
J.R.N.	4	Rua	Mútua	4 – não vê há muito tempo
M.E.A.	4	Casas	Usuária	4 – 1 vez/ano
N.M.S.	1	Igreja	Usuário	1 – 1 vez/semana
N.B.	1	Casa do amigo	Usuário	1 vez/mês
Q.I.N.	1	Casas	Mútua	1 – não vê há muito tempo

Quadro 7. Relações de amizade – Grupo 1: características

Dois usuários deste grupo nomearam antigos vizinhos como amigos. Relatam que, após a mudança de residência, a frequência de contato com essas pessoas diminuiu consideravelmente, mas ainda as consideram amigas.

Sete usuários afirmaram não terem nenhum amigo. No Quadro 2 é possível constatar que esses usuários experimentam um empobrecimento considerável de suas

redes sociais. Foram as pessoas que, em geral, identificaram a menor quantidade de relações.

Os trechos apresentados retratam essa situação.

E: Quando você precisa de alguma ajuda, quem você procura?

R: A ninguém. Eu fico desesperada por causa disso, porque não tem quem possa me ajudar.

E: Nenhum vizinho, nenhum colega?

R: Não.

E: Você não tem contato com as pessoas?

R: Não, não tenho. (Entrevista Nº 20)

E: O senhor tem um melhor amigo? Alguém que o senhor procure quando o senhor precisa de um conselho, quando o senhor quer conversar sobre algum problema, quer contar alguma coisa, quem geralmente o senhor procura?

V: Melhor amigo? Eu escuto rádio. Música. (Entrevista Nº 23)

Dois usuários neste grupo afirmam que tinham amigos no passado, mas que, após os episódios de crise ou a partir do conhecimento da doença, os amigos se afastaram. No momento da entrevista consideravam não terem nenhum amigo.

Neste contexto, acreditamos que é apropriada a discussão sobre as trajetórias dos usuários. Os relatos mostram que eles vão perdendo os laços de amizade, as relações vão sendo enfraquecidas na medida em que os processos de ruptura e vulnerabilização dos sujeitos se reproduzem e não encontram o suporte necessário por parte do serviço de atenção e da família.

Cinco usuários nomearam vizinhos como amigos. Nestes casos, entretanto, não observamos haver nessas relações proximidade e troca como descrevem os autores consultados. Os relatos desse grupo se pode constatar que há o desenvolvimento de

relações superficiais, de vizinhança e não propriamente de amizade. Ao relatarem o contato que fazem com cada ‘amigo-vizinho’, afirmam que este se resume em ‘oi’, ‘bom dia’, ‘boa tarde’, quando se encontram por acaso ao entrarem ou saírem de suas casas. Três usuários falaram de pessoas cujos nomes não sabiam, descrevendo-as apenas pela localização das casas.

Abaixo, o Quadro 8 sintetiza as características dessas relações.

Usuário	Número de amigos/vizinhos	Local de encontro	Iniciativa da procura	Frequência de contato
A.S.S.	4	Rua	Mútua	Aleatória
A.S.	2	Rua	Mútua	Aleatória
A.A.	4	Rua	Mútua	Aleatória
J.T.	3	Rua	Mútua	Aleatória
V.L.S.S.	5	Rua	Mútua	Aleatória

Quadro 8. Relações de amizade – Grupo 2: características

Três pessoas descreveram relações de amizade mútua que vivenciam no dia-a-dia com pessoas fora do ambiente doméstico e não decorrentes da inserção no serviço de atenção. Elas apontaram situações nas quais é possível perceber relações de ajuda e suporte, inclusive nos momentos de maior instabilidade.

O Quadro 9 apresenta informações referentes a essas relações.

Usuário	Número de amigos/vizinhos	Local de encontro	Iniciativa da procura	Frequência de contato
A.M.M.	2	Casas	Mútua	Diária
G.F.R.	12	Casas e igreja	Mútua	3 – 1 vez/mês 8 – 1 vez/semana 1 – diária
W.L.S.S.	1	Rua	Mútua	Semanal

Quadro 9. Relações de amizade – Grupo 3: características

É possível observar que a participação dos usuários nessas redes promove um importante grau de proteção tanto para situações comuns vivenciadas no cotidiano quanto para aquelas que demandam mais atenção e cuidado. A percepção das relações de ajuda também se mostra importante para a compreensão dos processos de apoio.

Um dos usuários desse grupo relatou poder contar com os vizinhos de diversas formas, através de ajuda econômica, de auxílio para o cuidado dos netos e da filha e de apoio em momentos de maior ruptura decorrentes de estados de instabilidade.

No trecho a seguir, outro entrevistado descreve a sua percepção sobre a relação:

E: quem são as pessoas mais importantes pra você, aquele cara que é mais seu amigo, com quem você conversa mais no seu dia-a-dia, mas assim, fora da sua casa e fora do seu trabalho?

W: A tia A. Ela é como se fosse a minha mãe, né? Minha segunda mãe. Que ela conversa com a gente como se fosse uma mãe, né? Porque ela fala assim: ó, eu tenho meu filho e vocês parecem um filho pra mim. Ela fala com a gente. Que ela tem um filho de 14 anos, vai fazer quinze. Ela conversa com todo mundo, ela é simpática (...). (Entrevista Nº 24)

A terceira usuária desse grupo possui rede social mais diversificada e sua descrição dessas relações sugerem que sejam relações importantes de ajuda e suporte mútuos. No trecho reproduzido abaixo, há o relato sobre a redução frequência do contato com amigos após os primeiros episódios de crise. É interessante notar que, tanto a usuária quanto seus amigos adotaram estratégias para contornar essa situação, passando a reunir um número menor de pessoas nos encontros.

G: Hoje, eu podia melhorar mais. Porque assim, eu sempre fui uma pessoa de ter muita amizade, ter bastante gente em casa, pra assistir filme, brincar, meus amigos sempre me convidavam muito pra ir na casa deles também. Só que agora eu dei uma maneirada porque eu passo mal. Se tem muita gente na minha casa, eu passo mal. Eu fico ruim, saio gritando ou senão eu desmaio. Quando eu to com a crise mesmo, que eu fico segurando, segurando, pra não dar aqueles chilikues, aí eu desmaio. Mas eu acho que devagarzinho a gente ta conseguindo, eu e meu marido. A gente tem chamado menos pessoas pra ir em casa. Aí minhas amigas tem feito assim, tem chamado só eu pra ir na casa delas e mais um amigo, não bastante. Eles também me ajudam bastante nesse aspecto. (Entrevista N° 12)

- **Trabalho**

O trabalho é campo relacional importante e dentre os usuários entrevistados, apenas 3 encontram-se em situação ativa de trabalho no momento da entrevista. Dois deles nomearam pessoas com quem convivem e se relacionam no período em que estão trabalhando.

Uma das usuárias (Q.I.N.) trabalha como vendedora ambulante duas vezes por semana. Refere que encontra muitas pessoas durante um dia de trabalho; entretanto, tais encontros caracterizam-se por serem contatos breves, não havendo estabelecimento de vínculos duradouros. Afirma passar a maior parte do tempo próxima a uma prima, que também trabalha como vendedora ambulante.

O segundo usuário vivencia uma experiência semelhante. A.A.O. é dono de duas bancas de jornal no bairro onde mora e no momento da entrevista trabalhava apenas nos finais de semana, pois frequentava o NAPS durante os dias úteis. Referiu encontrar muitas pessoas durante um dia de trabalho, mas, assim como o relato

anterior, afirmou não desenvolver relações mais profundas. Neste caso, os pais foram identificados como as pessoas que compõem essa esfera relacional, pois o acompanham em alguns períodos de trabalho.

O terceiro usuário trabalha no Núcleo de Projetos Especiais, no setor de reciclagem. É o único cujos companheiros de trabalho são sempre os mesmos, o que poderia criar a possibilidade do desenvolvimento de laços mais fortes. Entretanto, apesar de afirmar conversar com todos os outros usuários com quem trabalha, não nomeou nenhuma pessoa em especial.

- **Relações vivenciadas a partir da inserção no serviço**

O último campo relacional investigado é possibilitado pela inserção dos sujeitos no serviço de atenção. Observamos que as relações vivenciadas neste contexto representam papel importante na rede social dos indivíduos. A partir dos relatos e da observação, foi possível notar que tais relações ocupam grande parte do cotidiano relacional dos usuários; tais contatos acontecem com frequência maior do que aqueles com familiares, amigos e vizinhos. O Quadro 10 apresenta o número de laços existentes com os técnicos, os funcionários e entre os usuários.

Nome	Relações vivenciadas no serviço	Pessoas referidas		
		Técnicos	Funcionários	Usuários
A.P.	3	2	1	0
A.A.O.	5	2	1	2
A.S.A.	4	2	1	1
A.S.S.	1	1	0	0
A.S.D.	3	2	1	0
A.S.	7	1	1	5
A.H.O.	7	2	0	5

A.M.M.	2	1	0	1
A.A.	4	1	0	3
C.L.V.	2	0	0	2
D.P.	1	0	1	0
G.R.F.	4	2	1	1
I.F.	1	0	0	1
J.R.N.	3	2	0	1
J.T.	4	0	1	3
M.E.A.	12	3	4	5
N.M.S.	3	2	1	0
N.B.	2	2	0	0
Q.I.N.	4	0	1	3
R.B.S.	0	0	0	0
R.O.	0	0	0	0
V.L.S.	3	1	2	0
V.T.L.	2	1	0	1
W.L.S.S.	7	4	2	1
W.C.G.N.	4	2	1	1

Quadro 10. Relações vivenciadas a partir da inserção no serviço.

Verificamos que os laços existentes entre os usuários e técnicos configuram-se enquanto os de maior proximidade, uma vez que a maioria dos entrevistados identifica o técnico de referência como primeira pessoa a procurar em caso de demandas, especialmente aquelas relacionadas ao tratamento.

As relações com os funcionários (trabalhadores das áreas de limpeza, administração, cozinha e suporte técnico) foram descritas como tendo caráter mais afetivo. É possível identificar alguns episódios de ajuda proporcionados por essas relações. Alguns trechos assim o demonstram:

E: E os funcionários?

J: De funcionário tem o (...).

E: É o moço que faz a limpeza?

J: Aquele lá nós dois sempre brinca um com outro.
(Entrevista N° 15)

Jogamos snooker... Ou às vezes ele me leva com ele para ir atrás do carro dele que estava batido... Só tem ele só... que é amigo. Minha mãe estava com um problema na barriga, ele levou minha mãe e eu no hospital, ele não cobrou nada. (Entrevista N° 11)

Eu vendo doce, ganho dos doces. É paçoquinha, geléia. Eu vendo doce, qualquer doce. (...) Se eu não vender, fica guardado com a (...). Aí quando eu venho pra vender os doces, eu falo pra ela: ó, (...), você pega os doces pra eu vender? Aí ela: ah, agora você vai pegar os doces? Eu: é agora eu vou pegar os doces pra vender. Aí ela pega. Enquanto isso, fica com ela. (Entrevista N° 24)

Inicialmente trabalhamos com a hipótese de que o serviço se configurasse num espaço importante de relações, com potencial para produzir a ampliação das redes sociais dos usuários. Entretanto, as relações entre os usuários parece ser a mais superficial. Muitos entrevistados disseram conversar com os demais usuários, mas afirmaram não haver “ninguém em especial”, cujos nomes se lembrassem. Alguns usuários afirmaram não estabelecerem nenhuma relação com os outros. Nos trechos abaixo, observamos um distanciamento proposital, que poderia ser atribuído ao preconceito com relação aos demais:

E: Mas tem algum usuário com quem você converse mais?

A: Não, não tem isso não. Às vezes eu quero até fazer amizade e não consigo também.

E: Mas por que você acha que não consegue?

A: Porque... não não é isso. Porque não é o caso. Eu venho só pegar meu remédio às vezes e vou embora. (Entrevista N° 1)

E: E aqui nessa residência, você não conseguiu fazer amizades com essas pessoas?

J: Não é questão de não conseguir fazer, é que tudo tem problema psiquiátrico, só ele que pode ser assim, então eu to conversando com ele e ele não corresponde o papo, então o

que é que eu falo, não falo nada. Não dá pra ter amizade com aquele pessoal da residência. (Entrevista N° 14)

Notamos que, entre os usuários nomeados pelos entrevistados, aparecem na maioria dos relatos pessoas que ocupam lugar de destaque no serviço. É o que acontece, por exemplo, com a usuária responsável pelo brechó que foi citada em diversos relatos.

Nenhum dos entrevistados afirmou ter estado na casa de outro usuário, assim como disseram não terem sido visitados, mesmo os que estão vinculados ao serviço há muitos anos. Tal fato, associado a outros elementos observados no campo, sugere que tais relações sejam muito frágeis.

ii. Conteúdo das relações

Buscamos conhecer o tipo de ajuda recebida pelos usuários, quem a oferece e em quais momentos. Dezoito pessoas afirmaram contarem com seus familiares para ajuda nas situações cotidianas; apenas 5 pessoas afirmaram procurarem os profissionais do serviço. Dentre essas, estão os moradores da residência terapêutica e o usuário que reside em um abrigo. Dois usuários afirmaram não obter ajuda de ninguém.

Nos momentos de crise, apenas os usuários que não moram com familiares afirmaram procurar o NAPS para obter ajuda. Os demais referem que seus familiares são os primeiros a perceberem quando não estão bem e a oferecerem ajuda.

De acordo com as descrições das relações vivenciadas, é possível apreender que a função de suporte é desempenhada por algumas pessoas e não por toda a rede social. Também percebemos que há poucas relações de confidência e socialização,

sendo que apenas 3 usuários dispõem de amigos cuja relação mostra-se mais significativa. Neste sentido, o empobrecimento global da rede social desses sujeitos aparece mais uma vez como fator de risco, na medida em que as possibilidades de encontrar ajuda e suporte, especialmente para as situações do cotidiano, tornam-se escassas.

c. Aspectos contextuais

Os aspectos contextuais dizem respeito à história da rede social. Aqui, apresentaremos os dados relativos à dinâmica e às mudanças ocorridas nas redes sociais dos usuários.

i. Dinâmica

Ao longo da vida ocorrem mudanças acontecem nas redes sociais, intensificadas por acontecimentos singulares, tais como os descritos anteriormente. As fraturas relacionais são identificadas como processos que podem levar ao empobrecimento da rede social e colocar o indivíduo em situação de vulnerabilidade relacional. Os transtornos mentais e as diversas rupturas vivenciadas a partir de processos de retirada da pessoa de sua vida cotidiana e de institucionalização são identificados como fraturas relacionais.

Entre as pessoas entrevistadas no NAPS, verificamos que o processo de adoecimento e as diversas rupturas decorrentes produziram mudanças significativas na rede social dos usuários.

Assim, a eclosão do transtorno, o longo percurso de tratamento, os processos de institucionalização, desde os mais brandos – representados pela presença diária no serviço, mas manutenção parcial da vida doméstica e familiar – até os mais graves, representados pela possível internação configuram-se em importantes determinantes da redução e aumento da fragilidade relacional das pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, rerepresentamos o quadro abaixo (Quadro.3), onde é detalhado o histórico de internações dos entrevistados.

Usuário	Internações		
	Ocorrência	Nº de internações	Tempo total de internações
A.P.	Não	--	--
A.A.O.	Não	--	--
A.S.A.	Sim	2	3 meses
A.S.S.	Sim	1	1 ano
A.S.D.	Sim	3	10 meses
A.S.	Sim	1	4 dias (Enf. Hosp. Geral)
A.H.O.	Não	--	--
A.M.M.	Sim	Diversas	30 anos
A.A.	Não	--	--
C.L.V.	Sim	2	5 meses
D.P.	Sim	1	4 dias (Enf. Hosp. Geral)
G.R.F.	Não	--	--
I.F.	Sim	Diversas	40 anos
J.R.N.	Sim	3	6 meses
J.T.	Não	--	--
M.E.A.	Sim	Diversas	5 anos
N.M.S.	Sim	4	6 meses
N.B.	Sim	2	4 meses
Q.I.N.	Não	--	--
R.B.S.	Não	--	--
R.O.	Sim	2	6 meses
V.L.S.	Não	--	--
V.T.L.	Sim	10	5 anos
W.L.S.S.	Sim	1	3 meses
W.C.G.N.	Sim	8	2 anos

Quadro 3. Histórico de internações.

Abaixo, reproduzimos alguns trechos que demonstram essa relação de forma mais clara.

Não, porque quando as pessoas vêm que nós estamos com problemas, as pessoas se afastam. Quantas vezes, a partir do momento que as pessoas vêm ou ficam sabendo que você toma remédio, que você faz tratamento psiquiátrico, as pessoas se afastam. Então, por isso que eu falo, meus amigos são as pessoas do NAPS. Porque eles se afastam menos, eles deixam de nos procurar. (Entrevista N° 25)

Na verdade, tá muito meio atrapalhado. Porque desde que ele ficou doente, então sabe como é, os amigos se afastam, não tem amizade com quem entrosar, entendeu? Tanto no trabalho como assim, de amizade. (Entrevista N° 21 – mãe).

CONSIDERAÇÕES
CONSIDERAÇÕES
FINAIS

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal conhecer e caracterizar as redes sociais de pessoas com transtornos mentais severos, usuários do NAPS II, em Santo André. O trabalho desenvolvido buscou cumprir com este objetivo e oferecer elementos para a reflexão sobre a construção de projetos terapêuticos individuais no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental e sobre o papel que eles ocupam no enfrentamento dos problemas decorrentes da situação de vulnerabilidade social.

A apresentação dos dados compreendeu três partes – caracterização da população, notas sobre o cotidiano e caracterização das redes sociais – e possibilitou a observação de questões levantadas pela literatura consultada, contribuindo de forma importante para a compreensão das dinâmicas sociais da população com transtornos mentais. Neste capítulo, apresentaremos os pontos considerados mais fortes e que melhor contribuíram para as discussões sobre o tema.

O processo de realização da pesquisa demonstrou que as pessoas com transtornos mentais severos, usuárias do NAPS, apresentam empobrecimento em suas redes sociais e poucas relações consideradas significativas. Confirmando os dados encontrados na literatura sobre redes sociais, foi possível apreender que tais relações são frágeis, pouco capazes de oferecerem suporte social e de agenciarem recursos materiais e afetivos, o que amplia a necessidade de elaboração e desenvolvimento de estratégias e de modalidades de cuidado que possibilitem a intervenção nas redes sociais..

Os dados evidenciaram que o empobrecimento das redes ocorre em diversos campos relacionais, tais como convivência familiar, amizades, trabalho e em relação à inserção no próprio serviço de saúde. O esvaziamento de relações nesses campos é progressivo e tende a acentuar-se ao longo dos diversos processos de ruptura vivenciados pelos sujeitos, gerando dinâmicas de exclusão alimentadas pelos processos de institucionalização, quer seja pelo aumento da presença no NAPS ou por uma internação hospitalar.

Há também situações de exclusão social que ocorrem nos campos relacionais compostos por familiares e parentes, amigos e companheiros de trabalho. Nota-se o afastamento dos parentes após a eclosão do transtorno mental e durante o percurso do tratamento, mesmo nas famílias mais integradas. Esse processo acentua a vulnerabilidade dos sujeitos, pois observamos que as relações vivenciadas no núcleo familiar representam parte importante da rede social.

A escassez de relações de amizade também aparece como fator importante para a determinação das situações de vulnerabilidade nas quais os entrevistados se encontram. A literatura consultada aponta que relações desse tipo desempenham importante papel de suporte e apoio social, especialmente durante a vida adulta. Identificamos que os entrevistados não dispõem desses laços de amizade, o que também contribui para restringir as possibilidades de acesso a ajuda e outros recursos necessários.

A exclusão no campo do trabalho determina a fragilidade econômica dos usuários e os priva de relações que poderiam surgir neste contexto. De acordo com o modelo proposto por Castel (1994), podemos caracterizar a população com transtorno mental como ocupante da zona de desfiliação, pois não dispõem de

inserção no campo do trabalho e se inserem em redes sociais empobrecidas e frágeis. Assim, podemos concluir que essas pessoas vivenciam um duplo processo de exclusão.

Observa-se também que nas famílias e nos técnicos do NAPS estão os laços mais fortes dos entrevistados, pessoas deste grupo são as primeiras a serem procuradas nas situações de crise e para obtenção de ajuda no cotidiano. Paradoxalmente se verifica que essas relações não se constituem enquanto relações de suporte, uma vez que apenas 7 dos entrevistados afirmaram encontrar apoio entre seus familiares.

Algumas situações relatadas demonstram a dificuldade em conseguir ajuda da família e apontam para o esgotamento da rede social mais próxima. A família esgota sua capacidade de gerar respostas às demandas dos sujeitos, conseguindo apenas satisfazer algumas necessidades básicas. Essa situação pode ser compreendida enquanto geradora de estresse para todos os componentes envolvidos e é alimentada pelo empobrecimento generalizado das redes sociais dos entrevistados. A família vivencia uma situação de sobrecarga gerada pela impossibilidade do usuário em acessar outras redes e compartilhar as demandas e necessidades com outras pessoas e em outros espaços de trocas. Tal dinâmica produz uma situação de saturação que resulta na incapacidade em desempenhar a função de suporte.

Ao mesmo tempo, notamos que os usuários e os técnicos do serviço vivenciam relações semelhantes às observadas em relação aos familiares. Existe uma forte relação de dependência institucional, que situa o NAPS em posição análoga à ocupada pela família. O serviço de saúde mental também se configura como

principal agenciador de recursos, conseqüência da falta de acesso a outras redes, e também vê sua capacidade de resposta esgotada devido à sobrecarga de demandas.

O processo de observação mostrou que as relações entre os operadores e os usuários se manifesta de maneira coloquial, de forma muito semelhante às relações familiares. Essa semelhança é observada tanto no comportamento quanto no tipo de respostas oferecidas pelos técnicos, de forma que também podemos considerar que há saturação da capacidade do serviço em satisfazer as demandas dos usuários.

Observamos apenas a existência de relações duais entre usuários e profissionais, que não são capazes de promoverem respostas emancipatórias necessárias para a construção da autonomia e independência das pessoas. Nesta perspectiva, podemos concluir que o serviço não consegue atuar como potencializador para a entrada em novos circuitos de trocas e atua de forma disfuncional, produzindo respostas muito homogêneas e não adequadas as necessidades específicas de cada sujeito.

As duas situações de saturação, da família e do serviço, potencializam os processos de vulnerabilidade, uma vez que os entrevistados só recorrem a estes dois espaços para a obtenção de suporte e não têm a oportunidade de acessar outras possibilidades de trocas.

Nessa direção, é possível problematizar a concepção dos projetos terapêuticos desenvolvidos pelos profissionais que, em geral, se limitam a definirem: o tempo de permanência no serviço, a dispensação de fármacos, a distribuição do horário de permanência de cada usuário no serviço em atividades (grupos e oficinas) e o agendamento periódico de consultas médico-psiquiátricas. Essa concepção de projeto assistencial se mostra limitada quando comparada à proposta de atendimento preconizada pela regulamentação dos serviços tipo CAPS III. Mostra-se ainda mais

restrita em relação às propostas de intervenção sugeridas pelos referenciais teóricos que concebem as ações ativadoras ou de fortalecimento das redes sociais como eixos centrais do tratamento, bem como em relação às contribuições trazidas pelo campo da reabilitação psicossocial.

A concepção sobre a construção dos projetos terapêuticos e a maneira com a qual o NAPS realiza o acompanhamento dos usuários se mostra incapaz de produzir mudanças nas redes sociais. Verificamos este dado a partir da caracterização e diagnóstico das redes e relações dos entrevistados. Analisamos que não há diferenças significativas entre as redes sociais dos usuários inseridos no serviço há muitos anos e aqueles que começaram o tratamento no NAPS há poucos meses. Observamos que as trajetórias percorridas tanto pelos usuários inseridos há tempos como por aqueles recentemente inseridos são muito similares, bem como as dinâmicas que os levaram ao empobrecimento das redes sociais e o ingresso nos processos de vulnerabilidade. Neste sentido, é possível afirmar que os projetos terapêuticos elaborados pela equipe do NAPS não têm sido capazes de intervir nestes aspectos da vida dos usuários e auxiliar no enfrentamento da vulnerabilidade social.

Os projetos terapêuticos dos usuários em regime de tratamento intensivo determinam que eles freqüentem o NAPS por pelo menos 6 períodos semanais. Essa determinação implica na retirada das pessoas dos circuitos de troca disponíveis e contribui para o aumento do isolamento social e da vulnerabilidade relacional. Compreendemos que essa retirada causa menos rupturas quando comparadas àquelas determinadas pela internação asilar, mas apresenta similaridades no que diz respeito ao empobrecimento das redes sociais, à diminuição do poder contratual e ao aumento da dependência institucional.

Esse tipo de processo de institucionalização também é, em certa medida, alimentado pelas demandas dos usuários e familiares, que freqüentemente solicitam apenas a medicação, contenção das crises e realização de atividades. Neste sentido, a demanda colocada pelas pessoas também contribui para gerar problemas tais como: desabilidade social, isolamento, empobrecimento das redes, diminuição da contratualidade, aumento da dependência institucional etc. A impossibilidade de transitarem por outras redes sociais parece empurrar o indivíduo para uma dinâmica que se mostra sempre mais excludente.

A partir dessas considerações, é possível verificar o papel central que o serviço exerce na vida das pessoas acompanhadas. Nesse sentido, podemos afirmar que as ações realizadas pelo NAPS são muito importantes e podem determinar o curso de vida das pessoas com transtornos mentais.

A pesquisa confirmou os estudos que apontam que as pessoas com transtornos mentais dispõem de redes sociais reduzidas. Demonstrou que o empobrecimento das redes, associado à baixa qualidade do suporte recebido e a inserção precária ou ausente em outros espaços de sociabilidade, tais como o trabalho, configura-se em fatores de risco para essa população e a constitui como um coletivo vulnerável.

Também evidenciou que, na construção dos projetos terapêuticos, o serviço não considera os aspectos referentes à sociabilidade dos usuários, o que determina a impossibilidade de prevenir ou evitar os riscos das transformações negativas ocorridas nas redes pessoais após a eclosão do transtorno mental e das diversas rupturas provocadas pelos processos de institucionalização, além de não promover ações que imprimam mudanças nessa dinâmica.

A partir das conclusões apresentadas, consideramos a necessidade dos serviços substitutivos de saúde mental assumirem a vulnerabilidade relacional enquanto alvo das propostas de intervenção. Nesse sentido, defendemos que as proposições e modelos apresentados pelos autores e referenciais teóricos aqui apresentados configuram-se em importantes bases para a construção de políticas públicas neste setor e para a orientação do trabalho técnico desenvolvido pelos profissionais que atuam nos CAPS. Também consideramos que as contribuições trazidas pelos estudos que investigam as redes sociais e os processos de vulnerabilidade social devam ser considerados na construção dos projetos terapêuticos individuais que tenham como objetivo aumentar a contratualidade e o poder de trocas afetivas e materiais das pessoas com transtornos mentais severos.

Acredito que as discussões possibilitadas pela pesquisa são importantes para o campo da saúde mental e devam ser consideradas para a reflexão sobre o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, na medida em que o momento atual da reforma psiquiátrica no Brasil demanda o desenvolvimento de novas estratégias e tecnologias que possam ampliar o alcance das intervenções e aumentar a autonomia das pessoas assistidas. As contribuições oferecidas pelo referencial teórico das redes sociais mostram-se potencialmente importantes, conforme os resultados encontrados, e podem servir de base para a construção deste novo cenário. Desta forma, espero que o resultado deste trabalho possa contribuir para essa discussão, oferecendo elementos para pensarmos nossa prática na construção dos projetos assistenciais e em nosso papel enquanto profissionais e operadores do campo da Saúde Mental.

ANEXOS
ANEXOS

11. ANEXOS

- A. Protocolo de aprovação da pesquisa pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa – CAPPesq
- B. Termo de consentimento livre e esclarecido
- C. Carta-convite aos usuários
- D. Folder explicativo da pesquisa
- E. Roteiro de entrevistas
- F. Grade de atividades e oficinas oferecidas no NAPS
- G. Relação de entrevistas completas

**ANEXO A. PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA –
CAPPESQ**



APROVAÇÃO


A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 26.01.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1266/05**, intitulado: "A sustentabilidade da vida cotidiana. Uma experiência de ativação de redes sociais em serviços de saúde mental do município de Santo André." apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Profa. Dra. Elisabete Ferreira Mângia**

Pesquisador (a) Executante: **Sra. Melissa Tieko Muramoto**

CAPPesq, 26 de Janeiro de 2006.


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax : 011 - 3069 6492 - e-mail : cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq@hcnet.usp.br
VCN

ANEXO B. Termo de consentimento livre e esclarecido**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA
E TERAPIA OCUPACIONAL**

DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS – INFORMAÇÃO

(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1.NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:..... CIDADE

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:..... Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DAS PESQUISAS : **Estudo Colaborativo sobre a experiência da rede de serviços em saúde mental do município de Santo André –SP : caracterizando os serviços, conhecendo resultados e desenvolvendo um experimento sobre ativação de rede social e A sustentabilidade da vida cotidiana. Uma experiência de ativação de redes sociais em serviços de saúde mental no município de Santo André.**

2. PESQUISADORES: Elisabete Ferreira Mângia e Melissa Tieko Muramoto

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	RISCO MÍNIMO	x	RISCO	MÉDIO
RISCO BAIXO				RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 MESES

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Este estudo pretende conhecer a experiência de implantação da rede de serviços de saúde mental do município de Santo André, seus objetivos e resultados atuais. Também objetiva investigar as estratégias de ativação de redes sociais dos usuários utilizadas pelos serviços. Para tanto, será desenvolvido o

acompanhamento de alguns usuários participantes dos atendimentos promovidos pelos serviços de saúde mental, com o objetivo de identificar, ao longo do período de 24 meses, as mudanças em suas redes de relações sociais. Essa pesquisa visa compreender e estimular a capacidade dos serviços em contribuir na ampliação dos apoios sociais das pessoas que atendem, porque esse aspecto está sendo considerado muito importante no êxito dos tratamentos em saúde mental.

Serão também realizadas entrevistas e aplicados questionários individuais com cada participante desta pesquisa. Assim, gostaríamos de poder contar com a sua contribuição concedendo uma entrevista, bem como respondendo ao questionário. Nessa entrevista gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre alguns aspectos de sua rede social de trocas e relações. Será apresentado, previamente, para cada participante o roteiro de entrevista e gostaríamos de assegurar que cada participante terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e para responder aos tópicos do roteiro de entrevista que julgar possíveis de serem respondidos. Cada entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Num segundo momento, a transcrição de cada entrevista será apresentada ao participante para que sejam feitas as alterações que cada um julgar necessárias.

Também será organizado um diário de campo a partir da participação do pesquisador nos grupos de ativação de redes sociais. Gostaríamos de poder contar com a sua contribuição concedendo autorização para a coleta destes dados bem como na participação das atividades propostas pelos serviços e na disponibilidade para responder aos questionários individuais de avaliação de seu projeto terapêutico.

O diário de campo servirá como fonte para informações julgadas relevantes para a pesquisa, tais como as discussões acerca das redes sociais e das estratégias para ativação destas.

Esse material ficará à disposição de cada participante que poderá, em qualquer momento retirar a sua autorização para que seja utilizado.

Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. O relatório final da pesquisa será apresentado em um seminário aberto a todos os participantes da pesquisa, técnicos, gestores, usuários e familiares.

Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos contribuir com propostas para a melhoria do atendimento prestado pelos serviços

de saúde mental. Dessa forma gostaríamos de obter a sua autorização para a participação no projeto.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

Os participantes terão:

- 1- acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas.
- 2- liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- 3- salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
- 4- disponibilidade dos pesquisadores para qualquer questão relacionada ou decorrente da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS E QUAISQUER TIPO DE ESCLARECIMENTOS.

- Elisabete Ferreira Mângia (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP)

Telefone 3685-5316 e 3091-7457

Endereço: Rua Victor Brecheret 520 – 9DT3 Vila Iara Osasco CEP 06026-000

- Melissa Tieko Muramoto (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP)

Telefone 6781-1551 e 3091-7457

Endereço: Rua Arapuê, 168 – Jardim Santa Maria/São Paulo – SP cep.: 03574-070

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura dos pesquisadores

ANEXO C. CARTA-CONVITE AOS USUÁRIOS

Convite de Participação nas Pesquisas “Estudo Colaborativo sobre a experiência da rede de serviços em saúde mental do município de Santo André –SP: caracterizando os serviços, conhecendo resultados e desenvolvendo um experimento sobre ativação de rede social” e “A sustentabilidade da vida cotidiana. Uma experiência de ativação de redes sociais em serviços de saúde mental no município de Santo André”.

Ao Sr. (a)

Somos terapeutas ocupacionais da USP e estamos desenvolvendo uma pesquisa no NAPS II. Gostaríamos muito de convidá-lo a participar desta experiência. Você pode encontrar maiores informações no texto que está recebendo junto a este convite.

Gostaríamos de chamá-lo a comparecer no NAPS II no dia _____, às _____ horas para conversarmos e realizarmos uma entrevista. Gostaríamos de solicitar a presença de um familiar nesse encontro para que ele acompanhe sua entrevista e também para que ele possa nos conceder uma outra. A presença do familiar é muito importante.

Ficamos gratos em poder contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Melissa Tieko Muramoto

Elisabete Ferreira Mângia

ANEXO D. FOLDER EXPLICATIVO DA PESQUISA

**Universidade de São Paulo
Programa de Pós-Graduação Ciências da Reabilitação,
da Faculdade de Medicina da USP**

A sustentabilidade da vida cotidiana. Uma experiência de ativação de redes sociais em serviços de saúde mental no município de Santo André.

Somos terapeutas ocupacionais e estamos realizando um estudo chamado 'A sustentabilidade da vida cotidiana. Uma experiência de ativação de redes sociais em serviços de saúde mental no município de Santo André'.

Este estudo está sendo feito no NAPS II e pretende conhecer as redes sociais dos usuários deste serviço. As redes sociais são formadas pelas pessoas mais próximas a nós. Podem ser pessoas da família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e de escola ou ainda outras pessoas que conhecemos e que consideramos importantes. São aquelas pessoas com quem podemos contar quando estamos com problemas e com quem dividimos as atividades de nossas vidas. As redes sociais são consideradas muito importantes para a manutenção de um bom estado de saúde. Muitos estudos mostram que aquelas pessoas que têm uma rede social ampla e forte apresentam melhores condições de saúde. Alguns outros estudos mostram que as pessoas usuárias de NAPS ou outros serviços abertos também apresentam melhores quadros de saúde mental quando possuem uma rede social forte. Por isso queremos desenvolver essa pesquisa no NAPS II.

Para isso, iremos fazer entrevistas com os usuários, seus familiares e os técnicos de referência. As entrevistas serão realizadas no início do estudo e novamente ao final de dez meses e nela os entrevistados responderão questões acerca da rede social que possuem e das relações que vivem com as pessoas mais próximas.

Um roteiro de entrevista será apresentado anteriormente para cada participante e este terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e para responder aos tópicos do roteiro de entrevista que julgar possíveis de serem respondidos.

Também será realizado o acompanhamento dos atendimentos promovidos pelo serviço de alguns usuários que participarão da pesquisa. Este acompanhamento, assim como as entrevistas, procurará investigar as possíveis mudanças nas redes sociais dos usuários após o período do estudo. A partir destas informações,

tentaremos entender a capacidade dos serviços em estimular e fortalecer as relações sociais dos indivíduos e a importância da rede social no tratamento em saúde mental.

Dessa forma gostaríamos de obter a sua autorização para a realização e gravação de sua entrevista e posterior inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa. Também gostaríamos de contar com a sua contribuição e disponibilidade para as atividades propostas pelo serviço.

Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo de sua entrevista.

Os resultados finais da pesquisa serão apresentados em um seminário aberto a todos os participantes da pesquisa. Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos aprofundar o conhecimento sobre essa experiência, fundamental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e oferecer contribuições para seu aprimoramento.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

ANEXO E. ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Parte 1. Informações pessoais

Nome

Data de nascimento

Sexo

Nacionalidade

Grau de escolaridade

- Naturalidade
- Núcleo habitacional
- Trabalho
 - Condição de trabalho
 - Tempo trabalho diariamente
 - Experiências anteriores de trabalho
 - Situação de afastamento do trabalho e tempo
 - Profissão
- Rendimento
 - Tipo de rendimento
 - Média de rendimento
- Histórico do transtorno e tratamento
 - Tempo total de apresentação do transtorno

- Tempo total de realização de tratamento psiquiátrico
- Internações – quantidade, local e tempo total
- Tempo de tratamento no NAPS
- Último episódio de crise

Parte 2. Informações sobre o cotidiano

- Permanência no NAPS
 - Frequência no NAPS
 - Atividades realizadas (grupos, oficinas, atendimentos individuais, consultas médico-psiquiátricas, visitas domiciliares, atividades externas, etc.)
- Dia típico
 - Tempo que permanece em casa
 - Atividades realizadas no ambiente doméstico
 - Em casa, fica acompanhado ou sozinho
 - Atividades realizadas no tempo livre
 - Atividades realizadas aos finais de semana
 - Lugares que frequenta
- Ajuda para realização de atividades
 - Atividades de auto cuidado
 - Atividades de organização do espaço doméstico (casa, quarto)
 - Locomoção e mobilidade

- Administração do dinheiro
- Necessidade de ajuda para realização de alguma atividade

Parte 3. Informações sobre a rede social

- Relações, qualidade e frequência de contato
 - Relações vivenciadas com as pessoas do núcleo habitacional
 - Relações vivenciadas com a família expandida
 - Relações vivenciadas com companheiros de trabalho
 - Relações vivenciadas a partir da inserção no NAPS
 - Relações vivenciadas com amigos, colegas e vizinhos
 - Interesse em aumentar contatos
 - Existência de relações antigas que poderiam ser retomadas
 - Procura e obtenção de ajuda
 - Percepção sobre a satisfação com a vida social

ANEXO F. GRADE DE ATIVIDADES E OFICINAS OFERECIDAS PELO NAPS

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-8h30 – Café	8h-8h30 – Café	8h-8h30 – Café	8h-8h30 – Café	8h-8h30 – Café
9h – Remédio Oficina de música (Batucada) Arrastão (André/Batucada) 10h – Alongamento (André)	8h30 – Grupo de fuxico (André) 9h30 – Oficina de Fios (Soraya/Antonia) 10h – Gr de Psicoterapia Familiar (André/Elisa) 10h – Futebol (Batucada)	8h – Grupo de sexualidade 10h – Assembléia 11h – Encontro do DST-AIDS (quinzenal)	8h30 – Oficina de Marcenaria (André) 9h – Grupo de cozinha (Daise) 9h30 – Pernas curtas 9h30 – Oficina de Fios (Soraya) 10h – Alongamento (Artur)	9h – Grupo de TO (André/Renata) 9h – Grupo de Lian Gong (Soraya) 10h – Futebol (Batucada)
11h-12h – Passagem de plantão	11h-12h – Passagem de plantão	11h-12h – Passagem de plantão	11h-13h – Reunião de equipe	11h-12h – Passagem de plantão
12h-13h – Almoço	12h-13h – Almoço	12h-13h – Almoço	12h-13h – Almoço	12h-13h – Almoço
13h30 – Grupo de Bio- energética – homens (André) 14h – Medicação e medicação em casa (HD) 14h30 – Clube dos saberes	13h30 – Grupo de Yoga (Soraya) 14h – Oficina de histórias (Renata/Elisa)	13h30 – Oficina de tapeçaria 13h30 – Grupo de Lian Gong (Soraya)	13h – Grupo de Psicoterapia 13h30 – Grupo de Yoga (Soraya) 14h30 – Grupo de pintura (Debora) 15h – Grupo de família (Eraldo)	18 h – Teatro Grupo de culinária (André)
19h - Jantar	19h – Jantar	19h – Jantar	19h – Jantar	19h - Jantar
Plantão da manhã Renata Plantão da tarde Cláudia/Alessandra	Plantão da manhã Daise Plantão da tarde Cláudia/Alessandra	Plantão da manhã Antônia Plantão da tarde Debora	Plantão da manhã Eraldo Plantão da tarde Soraya	Plantão da manhã Roseli Plantão da tarde André

ANEXO G. RELAÇÃO DE ENTREVISTAS COMPLETAS

A transcrição completa das entrevistas não foi anexada à dissertação devido à grande quantidade de páginas. Foi elaborado um volume em separado que constam todas as entrevistas realizadas na íntegra e está disponível para consulta com a autora da dissertação.

REFERÊNCIAS
REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS
BIBLIOGRÁFICAS

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuhab D. *Serviço comunitário de saúde mental de Santo Andre sob a ótica dos usuários: conquistas e desafios*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP (2005).

Aguilar C, Molina JL. Identidades étnicas y redes personales de jóvenes de Sarajevo REDES – Revista hispana para análisis de redes sociales [Internet]. 2004. oct/nov: 7; 3. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es/>.

Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Em: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*, Coleção Antropológica e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Amarante P. *Reforma sanitária e Reforma psiquiátrica no Brasil* [apostila]. Em: Curso à distancia sobre Saúde mental, políticas e instituições. Rio de Janeiro: Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7, 4: 925-34.

Barbosa MTS, Byington MRL, Struchiner CJ. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia de HIV. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16, 1.

Becker T, Thornicroft G, Leese M, Mccrone P, Johnson S, Albert M, Turner D. Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 171, 7:15-9.

Bedoni A. Um commento agli studi prospettici sull'esito dei disturbi schizofrenici pubblicati negli ultimo 10 anni. *Lettera – Percorsi bibliografici in psichiatria*, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano. 1995; 20: 96-145.

Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: an 18-month follow-up study. *Scand.J. Caring Sci.* 2003; 17: 3-11.

Boumard P. O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas. *PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional* [Internet]. 1999. Disponível em <http://www2.ccb/psicologia/revista/texto1v1n22.htm>.

Brasil, Ministério da Saúde/ SAS. *Legislação em Saúde Mental, 1990-2004*. 5ª ed. Brasília, 2004a.

Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004b.

Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. Em: Lancetti A. (direção). *SaúdeLoucura*. Grupos e Coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. p.21-48.

Castel R. As armadilhas da exclusão. Em: Castel R, Wanderley LEN, Belfiore WM. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 2000. p.17-50.

Castelfranchi C. Rete di supporto sociale ed intervento sui processi psichici. Matera, nov. 2004. (mimeo).

Castelfranchi C. La produzione interpersonale ed istituzionale della gravità. In: Attenasio L. (a cura di) *Dialogo con la follia*. Un approccio collettivo al trattamento del paziente grave. Roma: Armando Editore, 2003.

Castelfranchi C. Prevenzione. Tra pessimismo della ragione e ottimismo della volontà. In: Piccione R. (a cura di) *Prevenzione e salute mentale*. Fondamenti, pratiche, prospettive. Roma: Carocci Editore, 1998

Castelfranchi C, Henry P, Pirella A. *L'invenzione collettiva*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1995.

Chor D, Griep RH, Lopes C, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17, 4.

Dayson D, Lee-Jones R, Chahal KK, Leff J. The TAPS Project 32: social network of two group homes ... 5 years on. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 1998; 33: 438-444.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Em: Delgado J.(org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha; 1991. p. 53-79.

Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. Em Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. P.157-184.

Deslandes SF, Mendonça EA. As redes sociais e as representações de risco para usuários de drogas injetáveis [Internet]. 2001. Disponível em www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm.

Emirbayer M, Goodwin J. Network analysis, culture and the problem of agency. *American Journal of Sociology*. 1994; 99, 6: 1411-1454.

Granovetter MS. The strength of weak ties. JSTOR Journal Storage [Internet]. 1973. Disponível em www.jstor.org.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37, 3: 379-85.

Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 1997; 31, 3: 410-422.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Editora Vozes. 1987.

Hall GB, Nelson G. Social networks, social support, personal empowerment, and the adaptation of psychiatric consumers/survivors: path analytic models. *Social Science Med*. 1996; 43, 12: 1743-54.

Hawe P, Webster C, Shiell A. A glossary of terms for navigating the field of social network analysis. *J. Epidemiol. Commun. Health*. 2004; 58, 12: 971-75.

Howard L, Leese M, Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 102, 5: 376-85.

Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *British Journal of Psychiatry.* 2003; 182, april: 289-290.

Kadushin C. Introduction to social network theory. Basic Network Concepts [Internet]. 2004. Disponível em: <http://home.eartlink.net/~ckadushin/Texts/Basic%20Network%20Concepts.pdf>.

Kadushin C. Who benefits from network analysis: ethics of social network research. *Social Networks* [Internet]. 2005 27. Disponível em www.elsevier.com/locate/socnet.

Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Em: Pitta A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 2000; 176: 217-223.

Louch H. Personal network integration: transitivity and homophily in strong-tie relations. *Social Networks* [Internet]. 2000 22. Disponível em www.elsevier.com/locate/socnet.

Mângia EF. Notas Metodológicas para a pesquisa de campo e análise de entrevistas, Lab. Conexões, FMUSP, 2006, 30p, (mimeo)

Mângia EF, Muramoto MT. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. 2005; 16, 1: 22-30.

Marsden P. Homogeneity in confindeng relations. *Social Networks* [Internet]. 1988 9. Disponível em www.elsevier.com/locate/socnet.

Marteleto RM. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos e transferência da informação. *Revista Ciência da Informação*. 2001; 30, 1: 71-81.

Martí JB. La vulnerabilidad relacional: Análisis Del fenómeno y pautas de intervención. *REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales* [Internet]. 2006; 11,4. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es>.

Martins P, Fontes B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2004.

Mercier C, Caron J, Tempier R, Leouffre P. Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Ment. Health J.* 1998; 34, 5.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (orgs.) *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programa Social*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Molina JL. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales* [Internet]. 2005. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es/>.

Molina JL, Aguilar C. Redes sociales y antropología: um estudio de caso (discursos étnicos y redes personales entro jóvenes de Sarajevo). . *REDES – Revista hispana para análisis de redes sociales* [Internet]. 2005. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es/>

Molina JL, Teves L, Jariego I M. El análisis de redes en iberoamérica: una agenda de investigación. *REDES – Revista hispana para análisis de redes sociales* [Internet]. 2004. jun/jul: 6; 1. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es/>.

Newman MEJ. Ego-centered networks and the ripple effect. *Social Networks* [Internet]. 2003 25. Disponível em www.elsevier.com/locate/socnet.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). *Relatório sobre a saúde no mundo – 2001*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.

Queiroz MIP. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor: 1991.

Rosa CAde. *Serviço residencial terapêutico: possibilidades e limites no processo de institucionalização* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP (2005).

Rotelli F. Re-habilita la re-habilitación. 1993. (mimeo)

Rotelli F. A instituição inventada. Em: Nicacio F. (org. e trad.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 89-100.

Rotelli F, Leonardis OM D. Desinstitucionalização, uma outra via. Em: Nicacio F. (org. e trad.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001, p.17-60.

Saraceno B *A cidadania como forma de tolerância*, Conferência: Rio de Janeiro, 1998.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro/ Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1999.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Em: Pitta A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Sluzky CE. *A rede social na prática sistêmica*. 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Souza IM. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental, In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999, 89-124.

Starace F, Gritti P. Social Network and Social Support: experiences and prospects for intervention. *Per la salute mentale/For mental health*. 1987; 4: 211-216. Trieste; Coop. "Il Posto delle Fragole".

Terzian E, Tognoni G. Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 2003; CXXVII, 2.

Terzian E, TognoniG. Studio randomizzato di intervento sulla rete sociale (SIRS) nei servizi psichiatrici territoriali (SPT), Protocollo, Laboratorio Farmacologia Clinica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano, 2004 (mimeo).

Vasconcelos EM. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2002.

Wellman B. Network analysis: Some basic principles. *JSTOR Journal Storage* [Internet]. 1983 [citado mai 2008]. Disponível em www.jstor.org.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)