UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GUILHERME CORREA BARBOSA

# Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade

RIBEIRÃO PRETO
2010

GUILHERME CORREA BARBOSA

# Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, programa de Enfermagem Psiquiátrica.

**Linha de pesquisa:** O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

RIBEIRÃO PRETO

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

BARBOSA, GUILHERME CORREA

Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade /Guilherme Correa Barbosa; Orientadora Sueli Aparecida Frari Galera – Ribeirão Preto, 2010.

67 f. il., 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP para a obtenção do título de Mestre

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

1. Rede Social; 2. Esquizofrenia; 3. Saúde Mental.

**Guilherme Correa Barbosa**

# Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências-Enfermagem Psiquiátrica.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Data da Aprovação: _____/_____/_____

**BANCA EXAMINADORA**

Profª. Drª.Sueli Aparecida Frari Galera (ORIENTADORA)

Instituição: Escola de Enfermagem de RibeirãoPreto/USP Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

# DEDICATÓRIA

***À Deus, que sempre esteve ao meu lado cuidando de mim incondicionalmente.***

***À meus pais, Edson e Alinéia, por sempre acreditarem em mim, depositando em mim confiança e segurança para vencer as dificuldades, e pelos valores que sempre passaram a mim, tais como o afeto, a persistência, honestidade e humildade.***

***À meu irmão que sempre esteve ao meu lado nos momentos de alegria e de dificuldades, um amigo que sempre terei por perto.***

***À Tatiana que esteve ao meu lado nas lagrimas e nos sorrisos. Companhia para todos os momentos.***

# AGRADECIMENTOS

*“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”. (Charles Chaplin)*

Á Profa. Dra. Sueli Ap. Frari Galera por me acolher e por acreditar em minha competência, contribuindo para o meu crescimento científico e intelectual. Tendo paciência em entender e me ajudar a vencer minhas dificuldades e obstáculos com paciência e carinho.

À minha amiga Rosane Monteiro que me acolheu em momentos de angustia, me ajudou, apoiou e incentivou em minha pesquisa, podendo me acalmar e mostrar que tudo é possível, basta acreditar;

Á Profa. Dra. Vânia Moreno, que esteve comigo desde a graduação, que me apresentou o lindo campo da saúde mental e esteve presente sempre que precisei. É aquela amiga, que mesmo na distancia, estará de braços abertos para me acolher, o recíproco é verdadeiro.

À minha amiga Fernanda Machado que sempre me incentivou a percorrer os caminhos da pesquisa, e pelas palavras de carinho e conforto nos momentos de angustias.

Á Profa. Dra Leninha, Profa. Dra Maria Conceiçao, que puderam contribuir no amadurecimento de minha pesquisa durante a caminhada do mestrado, acolhendo e ajudando com carinho e muita humanidade.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, que puderam contribuir com meu amadurecimento e crescimento intelectual durante as disciplinas.

À Equipe do Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana pelo apoio, carinho, e pela paciência por ter-me na equipe;

E aos amigos em que tive oportunidade de conhecer em Ribeirão Preto durante o curso, Jonathan, Anderson Funai, Gabriela, Nunila, Kelly, Lais, Marilia Piloto e Janaina.

À Adriana Borela, secretária do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, pelo carinho, atenção a cada atendimento e orientação.

*A persistência é o caminho do êxito (Charles Chaplin)*

*"Não faças do amanhã o sinônimo de nunca,*
*nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.*
*Teus passos ficaram.*
*Olhes para trás ... mas vá em frente*
*pois há muitos que precisam*
*que chegues para poderem seguir-te." (Charles Chaplin).*

# RESUMO

BARBOSA, G. C. **Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade**. 2010. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

**INTRODUÇÃO:** As políticas de saúde mental apresentam uma tendência de propor a inclusão do portador de transtorno mental crônico na sua comunidade. É importante estudar as redes sociais desses portadores, para compreender a realidade social e apreender a complexidade das relações e interações sociais presentes nos processos que estruturam a sociabilidade do portador de transtorno mental crônico. **OBJETIVO:** descrever a rede social de portadores de esquizofrenia atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Serrana. **METODOLOGIA:** pesquisa descritiva, que utilizou questionário abordando as variáveis sócio-demográficas e do tratamento, o genograma e o ecomapa como instrumentos de coleta. Os dados foram organizados em um banco de dados do Excel, e transportados para o EpiInfo versão 3.5.1 (CDC, 2008) e submetidos a análise descritiva. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 41 portadores, a maioria constituída por homens, solteiros. Os pontos de apoio da rede social identificada foram: o serviço ambulatorial, o trabalho, a família e 17 locais da cidade freqüentados pelos portadores entrevistados. O ambulatório e o trabalho não foram citados como ponto importante da rede. A família é a instituição mais citada e todos os entrevistados tem contato com sua família. **DISCUSSÃO:** Observou-se nesta pesquisa que o adoecimento causa inúmeras limitações no portador de esquizofrenia, descrevendo uma rede social frágil, apoiada na família. Estes aspectos devem ser considerados nas equipes que prestam assistência em serviços de base comunitária. Apesar dessas limitações dos serviços, a Reforma Psiquiátrica tem conseqüências positivas, pois essas pessoas conseguem ficam em um ambiente com maiores possibilidades de interações pessoais satisfatórias. Mesmo que os portadores tenham limitações devido ao adoecimento, conseguem ter uma rede social, às vezes menor, mas que normalmente contribui no convívio diário. **Conclusão:** Esta pesquisa descreveu a rede social do portador de esquizofrenia que faz tratamento ambulatorial de base comunitária. O estudo restringe-se somente a um serviço de saúde mental, no entanto permitiu algumas reflexões importantes sobre os avanços obtidos com a Reforma Psiquiátrica e sobre o trabalho da equipe de saúde mental. As utilizações do genograma e do ecomapa se mostraram muito úteis no desenvolvimento da pesquisa. Estes instrumentos são de fácil utilização e facilitam a interação pesquisador com os participantes

**Palavras - Chave:** rede social, esquizofrenia, saúde mental

# ABSTRACT

Barbosa, G.C. A social network of schizophrenia carriers followed by a mental health service in the community. 2010 67f Dissertation (master's degree) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

**INTRODUCTION**: Mental health policies show a great tendency to recommend an inclusion of the chronic mental disorder carrier in the community. It is important to study these carriers social network to understand the social reality and understand the complexity of the relations and social interactions present in the processes that structure the chronic mental disorder carrier's sociability . **METHODOLOGY:** A descriptive research that used a questionnaire approaching the socio demographic variables and the treatment, the genogram and the ecomap as collection instruments. The data was organized in an EXCEL database and transported to an Epilnfo 3.5.1 (CDC, 2008) version and submitted to a descriptive analysis . **RESULTS:** Forty one carriers were interviewed. Most of them were single men. The social network support parts found were: the ambulatory room service, their jobs, family and 17 places visited by the carriers in town. The ambulatory service and jobs were not mentioned as an important point of the network. Family is the most mentioned institution and all of the interviewed people in the study have contact with their families. **DISCUSSION:** The research showed that falling sick gives cause for many limitations to the schizophrenia carrier, describing a fragile network based on family. These aspects must be considered by the groups that pay assistance in community based services. Despite these service limitations, the Psychiatric Reform has positive consequences. These people can stay in a place with a higher chance for satisfactory personal interaction. Even though the carriers have limits due to getting sick, they still can have a social network, sometimes smaller but one that usually contributes to their daily relationships. **CONCLUSION:** This research described the social network of the schizophrenic carrier that uses the ambulatory room service. The work is limited to only one mental health service however it was possible to achieve some important reflection on the progress obtained with the Psychiatric Reform and on the mental health group. The ecomap and genogram use were showed to be very useful in the research evolution. The instruments are easy to use and facilitate the interaction between the researcher and the attendees.


Keywords - social network, schizophrenia, mental health

# RESUMEN

BARBOSA, G. C. **Red social de un grupo de portadores de esquizofrenia seguidos por un servicio de salud mental en la comunidad**. 2010. 67f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

**INTRODUCCIÓN:** Las políticas de salud mental presentan una tendencia de proponer la inclusión del portador del trastorno mental crónico en su comunidad. Es importante estudiar las redes sociales de esos portadores, para comprender la realidad social y aprehender la complejidad de las relaciones e interacciones sociales presentes en los procesos que estructuran la sociabilidad del portador del trastorno mental crónico. **OBJETIVO:** describir la red social de portadores de esquizofrenia atendidos en el Dispensario de Salud Mental del pueblo de Serrana. **METODOLOGÍA:** pesquisa descriptiva, que utilizó cuestionario, abordando las variantes socio-demográficas y del tratamiento, el genograma y el ecomapa como instrumentos de colecta. Los datos fueron organizados en un banco de datos del Excel, y transportados para el EpiInfo, versión 3.5.1 (CDC, 2008) y sometidos a análisis descriptiva. **RESULTADOS:** Fueron encuestados 41 portadores, la mayoría constituida por hombres, solteros. Los puntos de apoyo de la red social identificada fueron: el servicio dispensario, el trabajo, la familia y 17 locales de la ciudad frecuentados por los portadores entrevistados. El ambulatorio y el trabajo no fueron citados como punto importante de la red. La familia es la institución más citada y todos los encuestados tienen contacto con la suya. **DISCUSIÓN:** Se observó en esta pesquisa que el enfermamiento causa inúmeras limitaciones al portador de esquizofrenia, describiendo una red social frágil, apoyada en la familia. Estos aspectos deben ser considerados por los equipos que dan asistencia a los servicios de base comunitaria. A pesar de esas limitaciones, la Reforma Psiquiátrica tiene consecuencias positivas, pues esas personas consiguen quedarse en un ambiente con mayores posibilidades de interacciones personales satisfactorias. Aunque los portadores tengan limitaciones debido al enfermamiento, consiguen tener una red social, a veces menor, pero que normalmente contribuye con la convivencia diaria. **CONCLUSIÓN:** Esta pesquisa describió la red social del portador de esquizofrenia que se trata en un dispensario de base comunitaria. El estudio se restringe solamente a un servicio de salud mental, sin embargo, permitió algunas reflexiones importantes sobre los avances obtenidos con la Reforma Psiquiátrica y sobre el trabajo del equipo de salud mental. Las utilizaciones del genograma y del ecomapa fueron muy útiles en el desarrollo de la búsqueda. Estos instrumentos son de fácil utilización y facilitan la interacción del investigador con los participantes.

Palabras - Clave: red social, esquizofrenia, salud mental

# LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo idade, sexo, estado civil, trabalho e fonte de renda ..... 38

**Tabela 2** – Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo tempo de doença, número de internações e data da ultima internação ..... 40

**Tabela 3** – Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo com quem mora ..... 41

**Tabela 4** – Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo relacionamento forte, com conflito e fraco ..... 42

**Tabela 5** – Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo a rede social ..... 43

# SUMÁRIO

**1. Introdução ..... 12**
1.1 Conceito de redes sociais ..... 15
1.1.1 Diferentes abordagens para estudar a rede social ..... 17
1.1.2 Rede Social e Apoio Social: diferenças e aproximações ..... 20
1.1.3 Características da Rede Social ..... 21
1.2 Estudos sobre a rede social dos portadores de transtorno mentais ..... 23

**2. Objetivo ..... 30**

**3. Método ..... 32**
3.1 Local do Estudo ..... 33
3.2 Sujeitos do Estudo ..... 34
3.3 Coleta de dados ..... 34
3.4 Análise dos dados ..... 35
3.5 Aspectos éticos ..... 36

**4. Resultados ..... 37**
4.1 Características sociodemográficas ..... 38
4.2 Características quanto ao tratamento ..... 40
4.3 Rede Social dos participantes ..... 41
4.3.1 Com quem o usuário mora ..... 41
4.3.2 Qualidade dos relacionamentos ..... 42
4.3.3 Mapeamento das relações sociais dos usuários ..... 43

**5. Discussão ..... 46**

**6. Considerações Finais ..... 53**

**Referências Bibliográficas ..... 55**

**Apêndices ..... 62**

**Anexos ..... 66**

# 1. Introdução

Desde o inicio do milênio em diversos países, inclusive no Brasil, as políticas de saúde mental apresentam a tendência de propor a inclusão do portador de transtorno mental grave e de longa duração na comunidade. As políticas baseiam-se na ideia de que tendo seu tratamento junto à comunidade essas pessoas podem ter uma qualidade de vida melhor.

No Brasil, esta tendência tornou-se mais intensa e evidente no final dos anos 70 através do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em 2001, foi aprovada a lei 10.216, que tramitou durante 12 anos no Senado Federal, propondo o redirecionamento da rede de serviços em saúde mental através da construção de serviços centrados na comunidade onde o sujeito com transtorno mental vive e adoece e na fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos. Além disso, a lei dispõe sobre a proteção e direitos do portador de transtorno mental (DELGADO et al, 2007).

Após a aprovação da Lei 10.216, surgiram várias portarias com o objetivo de consolidar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todas elas têm por premissa a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços substitutivos extra-hospitalares. Há incentivos para os centros de atenção diária (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação de internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são o principal serviço substitutivo ao modelo centrado no hospital.

Em 2002, existiam 51 mil leitos psiquiátricos financiados pelo SUS por ano. Esse índice abaixou para 39 mil leitos no final de 2006. Além disso, até o ano de 2006 os gastos com os serviços extra-hospitalares foram maiores do que os gastos com os serviços hospitalares. Segundo relatório do Ministério da Saúde de 2007, apresenta uma substituição significativa de leitos hospitalares, especialmente de longa permanência por serviços de atenção aberta e comunitária. Esses dados indicam que o governo está reestruturando as políticas de saúde mental no país pautado na desinstitucionalização (Brasil, 2007).

Atualmente existem diferentes tipos de serviços centrados na comunidade onde a pessoa com transtorno mental vive e adoece. Na cidade de Ribeirão Preto, por exemplo, existem vários serviços, tais como, CAPSII, CAPSad, CAPSIII,

Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Saúde Mental, e Hospital Dia. Nas cidades que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII).

Neste contexto de novas leis e propostas políticas, insere-se a implantação do Serviço de Saúde Mental de Serrana de base comunitária.

É necessário que esses serviços estejam articulados a outros setores sociais, tendo como objetivo a reabilitação psicossocial e a reinserção social desses usuários. Os Serviços comunitários devem funcionar segundo a lógica do território, como um espaço de escuta e acolhimento, de criatividade, de construção de vida. O objetivo é cuidar do sujeito com transtorno mental e promover o seu contato com a sociedade. Busca sua inclusão e convívio com seu meio social, valoriza a autonomia e a cidadania (ROCHA, 2005; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nesta perspectiva, os serviços comunitários devem possibilitar novas relações sociais, incentivando e fortalecendo a rede social do portador. Portanto, promover a inclusão social do portador de transtorno mental.

Para estar inserido na sociedade, é necessário organizar uma vida cotidiana que conduza a uma continuidade de interações e relações sociais e com o modo de produção da sociedade. O serviço comunitário tem o compromisso de contribuir nas trocas sociais visando à inserção do portador na sociedade. Neste mesmo contexto, as atividades diárias de um indivíduo estão ligadas às atividades cotidianas de sua rede social, família, amigos, colegas de trabalho (SALLES; BARROS, 2008).

Entre o ir e vir ao serviço de saúde mental, atender necessidades tais como alimentação, higiene, relacionamento interpessoal, entre outros, o portador de transtorno mental grave e de longa duração interage com diferentes pessoas em diferentes instituições. Esta rede de interações pode ser positiva ou negativa, mas ela é em termos gerais “a fonte primária de cuidados” uma fonte de apoio para o portador.

Considerando as mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil e no cuidado em saúde mental, que o profissional de saúde deve conhecer a rede social de sua clientela, a finalidade desta pesquisa é contribuir com os estudos sobre a rede social de pessoas portadoras de transtorno mental e de longa duração.

## 1.1 Conceito de redes sociais

O termo rede social está alicerçado em diferentes áreas do conhecimento tais como a cibernética, a teoria dos sistemas, a antropologia e a sociologia. O termo surgiu no campo da antropologia e sociologia no período da revolução industrial para estudar a adaptação das pessoas que saíram do campo para trabalhar nas indústrias na década de 1950. Foi utilizado como uma metáfora para caracterizar as relações interpessoais entre grupos bem definidos das sociedades pré-industriais nessa mesma época. Assim buscou compreender esses novos padrões de sociabilidade utilizados por esses grupos nas cidades, analisando a relação com o meio rural e a criação de novas redes que ajudassem a melhor adaptação a esse novo momento da vida. Os resultados desses estudos iniciais indicavam que tais grupos favoreciam a obtenção de trabalho, de lazer, de aprendizado sobre a cultura urbana, entre outros, oferecendo uma integração da população que vivia no campo no contexto urbano (HAMMER, MAKIESKY-BARROW; GUTWIRTH, 1978).

Com esta breve história do conceito de rede social, percebe-se que o termo traz uma ideia bastante positiva, que é a de favorecer a integração das pessoas no ambiente social onde elas vivem e adoecem. Estudos sobre a rede social se intensificaram e sofisticaram ao longo do tempo. O conceito tornou-se relevante, porque criou possibilidades de criação de novos instrumentos de análise das relações sociais de diversos grupos sociais, possibilitando assim compreender o grau de sociabilidade de grupos específicos.

Tendo como foco as características dos indivíduos (gênero, idade, classe social) e das organizações (tamanho, alcance, função), e como tais elementos estão conectados (MURAMOTO, 2008), o conceito de rede social possibilita compreender as relações e interações das pessoas com a sociedade ao longo do tempo. Os laços sociais são necessários para o desenvolvimento humano, permitindo que, ao longo do tempo, a pessoa possa desempenhar suas funções sociais tais como o trabalho, estudo e cidadania (GRANOVETTER, 1973).

Mais recentemente, o conceito de rede social vem sendo estudado na perspectiva da cibernética e teoria dos sistemas. Nesta perspectiva, o termo é entendido como "*o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o*

*distingue da massa anônima da sociedade*", formando elos de apoio. (SLUZKI, 1997, p. 4).

Na perspectiva sistêmica, a rede social pode ser definida através da metáfora de uma teia onde os pontos são conectados por fios formando nódulos. Vista desta maneira, quando se realiza um estudo sobre rede, é possível mapear as relações entre pessoas e grupos iniciando pelos contatos diretos entre eles e estudando a qualidade, a intensidade e o seu tamanho. Compondo todo o conjunto de vínculos interpessoais do indivíduo (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Esta compreensão da rede social como uma teia, possibilita representar as conexões importantes entre o indivíduo ou um grupo de indivíduos e o mundo. Portanto, é necessário estabelecer quais características das conexões são relevantes em determinados contextos.

A análise de redes não se constitui em um fim em si mesmo. "Ela é o meio para realizar uma análise estrutural cujo objetivo é mostrar em que forma da rede é explicativa dos fenômenos analisados" (MARTELETO, 2001). È também o estudo da estrutura social, pois se trata de conjuntos de dados relacionais (HAWE; WEBSTER; SHIELL, 2004).

A família é considerada um sistema que interage com um suprassistema que é o ambiente social, comunidade próxima, serviços de saúde, igreja, praça, transporte coletivo, entre outros (WRIGHT; LEAHY, 2002).

Porém, é importante salientar que as fronteiras do sistema significativo do individuo não ficam restritas apenas à sua família nuclear ou extensa, mas sim a todo o conjunto de vínculos/relações interpessoais do individuo, tais como a família, amigos, relações de trabalho, de estudo, entre outros (SLUZKI, 1997, p.37).

Beels (1981) refere que toda pessoa possui uma rede social, e que diferentes aspectos da rede podem ser mais ou menos importantes, dependendo dos diferentes momentos da vida e de seus propósitos. Assim, podemos estabelecer como o momento da vida aquele do adoecimento mental, e que o propósito de se estudar a rede social é melhorar a qualidade de vida do adoecido mentalmente.

Pessoas que apresentam transtorno mental são as mais excluídas da sociedade. Estas pessoas apresentam uma propensão de não ter amigos próximos quatro vezes mais que a média da população. Além disso, um terço dessa

população refere não ter um amigo a quem recorrer em momentos de crise. Portanto, esta população apresenta uma rede social menor e fragmentada, dificultando sua interação com a sociedade (LIPTON et al, 1981; HUXLEY; THORNICROFT, 2003).

Anterior ao contexto da reforma psiquiátrica, os pacientes com transtornos mentais eram internados em um hospital psiquiátrico em que se perdiam os laços afetivos com a família e com seu meio social, devido a internações prolongadas e às parcas informações que eram destinadas à família. Hoje os serviços de saúde buscam incentivar a participação dos doentes no processo do seu adoecimento e buscar os cuidados necessários (SLUZKI, 1997). Assim, a responsabilidade dos profissionais de saúde mental atualmente é de conhecer e favorecer a rede social de pessoas portadoras de transtorno mental.

### 1.1.1 Diferentes abordagens para estudar a rede social

A literatura indica que existem pelo menos, duas abordagens para estudar a rede social, a sociocêntrica e a egocêntrica.

A abordagem sociocêntrica focaliza os laços relacionais entre os membros de uma comunidade única e limitada. Um exemplo seriam os laços relacionais entre todos os professores em uma escola secundária, ou de uma família em si. A abordagem egocentrista focaliza o indivíduo, assim no caso da escola, por exemplo, esta abordagem preocupa-se em identificar a rede social de cada professor. (SLUZKI, 1997; HAWE; WEBSTER; SHIELL, 2004; MOLINA, 2005).

Estas duas abordagens estão presentes nas quatro correntes de investigação sobre redes sociais.

A primeira corrente é a escola de Manchester, formada por antropólogos que buscaram estudar o comportamento humano através das redes sociais. Trabalha no paradigma estrutural-funcionalista para apreender o cotidiano da vida urbana. Utilizam o conceito de redes egocêntricas, em que o ego está no centro de um núcleo denso e há uma periferia de relações dispersas formadas pelos laços mais fracos. Os principais autores desta escola são Barnes que adota a visão sociocêntrica e Bott com a correlação entre o grau de segregação das relações

conjugais e da densidade das redes sociais de casais londrinos estudados. Tinha como métodos os Sociogramas, observação participante, conceitos sobre gráficos e matrizes de álgebras (MOLINA, 2005).

Outra corrente são os “Estudos de Comunidade”. Os sociólogos que adotam esta corrente buscam compreender a transformação da comunidade no "moderno" das sociedades urbanas. Investiga a localização das redes de pares formados por parentes, redes de apoio social, amigos e vizinhos que proporcionam socialização e informação. Esta corrente adota principalmente a entrevista como instrumento de coleta de dados. Ficou bem focada nas informações através de entrevistas. As entrevistas normalmente buscavam a obtenção das redes sociais das pessoas entrevistadas, tendendo a identificar as redes de apoio ou vínculos fortes em vez de os fracos (MOLINA, 2005).

Outra corrente de investigação são os “Estudos de estimação do tamanho das redes sociais”. Busca estimar o tamanho da rede social de um indivíduo através do número de pessoas conhecidas em um período de tempo, não importando se esse indivíduo tem ou não contato com tais pessoas no momento. Trabalha com Amostras de listas telefônicas locais ou listas de nomes. Tem como enfoque teórico o tamanho, estrutura ou amostras representativas das redes pessoais. Esta corrente segue a rede egocêntrica, sendo que o indivíduo enumera pessoas reconhecidas por geradores de nome, listas telefônicas, etc (MOLINA, 2005).

A última corrente é o “Capital Social”. Tem um enfoque no acesso a pessoas em posições sociais superiores e seus recursos associados, ela pode ser dividida em três ramos: a primeira que vem a ser o capital centrado na pessoa, ou seja, o número e a qualidade das relações de cada individuo determinam a classe social na qual está inserida. Vê o capital social como algo inerente às pessoas. O segundo, os recursos do capital social, reside nos recursos das propriedades das redes de relações, mais que nas pessoas; é a estrutura da rede social que determina a capital, sendo que quanto maior o grau de intermediação, ou seja, a capacidade de ser "pontes" na rede, conectando grupos exclusivamente, maior o capital. O terceiro uso do conceito associa ao sucesso econômico de uma região de um país com uma rede de instituições civis e diferenças econômicas, sendo que a existência de uma densa rede de organizações contribui para o sucesso econômico de uma região (MOLINA, 2005).

Marteleto, 2001, salienta que o objetivo da análise de redes é demonstrar como os comportamentos e as opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem, não sendo as características individuais analisadas e sim o conjunto de relações formadas através das interações de um individuo com o outro.

Tais estruturas podem ser compreendidas como uma rede de relações, que influenciarão as escolhas, as orientações, o comportamento e as opiniões dos indivíduos (MURAMOTO, 2008).

O conceito de redes sociais é um campo de pesquisa e de ação que permite também ser utilizado com um único objetivo: entender como se constroem e se estabelecem as relações sociais. Nesta perspectiva, as organizações sociais identificadas em uma rede, podem atuar de forma benéfica no sentido de proporcionar “fatores de proteção contra o aparecimento de doenças, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional” (CASSEL, apud VALLA, 1999, p. 15).

As principais características da rede social estão no tamanho e na densidade, sendo que o tamanho é o nº de indivíduos que se agregam a essa rede e a densidade esta relacionada ao grau de interconexão, que é definido como a relação de links para as reais potencialidades existentes (MORIN; SELDMAN, 1986).

As redes sociais podem ser classificadas em: Primárias (imediatas) que consiste nas conexões de um determinado indivíduo com outros e as conexões destes indivíduos uns com os outros. Estas conexões são estabelecidas por relações de parentesco, amizade ou vizinhança pautadas na reciprocidade e na confiança. Secundárias (estendida) inclui a maior conexão ligando estes conjuntos de indivíduos em populações maiores. (HAMMER, MAKIESKY-BARROW; GUTWIRTH, 1978; MARTELETO, 2001; SOUZA; COUTINHO, 2006)

Nesta pesquisa, a rede social será um caminho para analisar as possibilidades de inclusão do portador de transtorno mental crônico no contexto da Reforma Psiquiátrica e ajudá-lo no convívio em seu meio social. Estará norteada pela abordagem egocêntrica, pois focalizará o indivíduo.

### 1.1.2 Rede Social e Apoio Social: diferenças e aproximações

É importante diferenciarmos os conceitos de rede social e apoio social. Pedro, Rocha e Nascimento (2008) salientam que apoio social e rede social estão interligados, mas possuem diferenças entre si. A rede social é mais uma dimensão estrutural ou institucional ligada à pessoa, ou seja, é mais objetivo e o apoio social já é mais uma dimensão pessoal sendo constituído por membros dessa rede social.

O apoio social refere-se à autopercepções e crenças da pessoa em relação àquilo que a ajuda. Pode ser classificado em apoio emocional (afeto, de autoestima, respeito, valorização, aceitação das percepções), a apreciação do apoio (feedback, afirmação, novas perspectivas levando a coerência na autoconceito), o apoio informacional (sugestão, aconselhamento, informação), e apoio instrumental (orientação, dinheiro, tempo, prestação de estratégias conducentes à autoeficácia). O apoio social ainda pode ser definido como prestação efetiva ou recebimento de assistência, bem como a percepção individual de apoio pode ser positiva ou negativa (BULLOCK, 2002; KING et al, 2006).

Andrade e Vaitsman (2002) “referem os conceitos de apoio de rede social nos remete a dispositivos de ajuda mútua”. Quando a rede social é forte, integrada e articulada, ela potencializa a fonte de ajuda, ressaltando os aspectos positivos das relações sociais, como compartilhar informações, o auxilio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

A interação do individuo com sua rede social é importante para analisarmos se uma pessoa consegue realizar tarefas de seu cotidiano. Ou seja, se uma pessoa com transtorno mental participa com sucesso na sociedade em termos de emprego remunerado, estudos, diferentes atividades de lazer e de construção de uma vida social (EKLUND; HANSSON, 2007; MULLER et al, 2007).

No atual estudo, entendemos que a situação do adoecimento mental impõe limitações aos indivíduos nas suas relações com o trabalho, com os familiares, amigos e parceiros, abalando assim sua identidade e afetando o atendimento de suas necessidades humanas básicas.

A diminuição das trocas sociais cria uma espécie de circulo vicioso desintegrador das redes sociais, caracterizado por declínio da rede devido ao

adoecimento, tentativa de restauração da rede nos períodos de estabilização e novo declínio da rede quando ocorre novo período agudo (SLUZKI, 1995).

As propostas da Reforma Psiquiátrica visam favorecer a vida do doente na comunidade, permitindo que ele estabeleça laços com pessoas de diversos setores da sociedade. Estabelecendo assim uma rede social que possibilite apoio para enfrentar o adoecimento mental.

### 1.1.3 Características da Rede Social

Os conceitos de rede social desenvolvidos por Molina e Sluzki abordam seis aspectos: Tamanho, Composição ou distribuição, tipos de relação, conteúdo das relações, estrutura da rede pessoal, dinâmica das redes pessoais (SLUZKY, 1997, MOLINA, 2005).

As características principais descritas na literatura são:

**Tamanho**: é o número de pessoas conectadas ao indivíduo, ou seja, é o número de pessoas na rede do individuo. De modo geral, segundo os trabalhos de Molina (2005), o tamanho médio da rede de uma pessoa adulta é de 290 pessoas, podendo haver um desnível típico para até 250 pessoas. Há indicações que as redes de tamanho médio são as mais afetivas do que as pequenas ou as muito numerosas. Outro dado é que mulheres possuem uma rede social menor que a dos homens, por muitas vezes não estarem inseridas no mercado de trabalho (SLUZKI, 1997; MOLINA, 2005).

**Composição ou distribuição**: é a identificação das propriedades do individuo em relação às outras pessoas que fazem parte da rede. Ela fornece informações das relações e da estrutura da rede social. Quando as pessoas desenvolvem relações semelhantes, usamos a denominação homofilia ou homogeneidade da rede, ou seja, é o relacionamento das pessoas da rede que compartilham de algumas características pessoais comuns, como a idade, sexo, nível educacional, interesses profissionais,... (MOLINA, 2005).

**Tipos de relação**: Segundo Molina (2005), há sete tipos de relações que podem ser descritas como “familiares próximos”, “familiares (parentes)”, “melhores amigos”, “colegas”, “companheiros de trabalho”, “vizinhos” e “conhecidos”.

Sluzki (1997, p.42) cria um mapa de rede, dividindo em quadrantes os tipos de relação que são divididos em “família”, “amizade”, “relações de trabalho ou escolares” e “relações comunitárias”.

Nos países como Estados Unidos e Canadá, há estimativa de que os familiares somem em media 50% da rede social dos indivíduos. Em minorias étnicas, como os hispânicos na Califórnia, apresentam em media 70% da rede social formada por familiares. Mas a média da social global pessoal é a proporção da família encontrar 25% e os vizinhos em torno de 6% (Sluzki, 1997; Molina, 2005).

**Conteúdo das Relações**: Podem ser por “apoio social” (cotidiano e de emergência), de socialização ou confidência e de relações instrumentais. Um exemplo de socialização ou confidência é a relação entre amigos. A relação de suporte pode ser vista pela relação entre pais e filhos (MOLINA, 2005).

Para Sluzki (1997), o conteúdo das relações é representado pela função de cada uma delas. Este autor identifica sete funções nas relações: “companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos”. A companhia social é o estar junto ou a realização de atividade em conjunto. O apoio emocional vem a ser os intercâmbios que têm a conotação de uma atitude emocional positiva, um clima de compreensão, empatia, simpatia, estímulo e apoio. É o contar com o outro, com a boa vontade do outro; temos como exemplo: as amizades íntimas, relações familiares próximas com baixo nível de ambivalência. O guia cognitivo e conselhos vêm a ser as interações para compartilhar as informações pessoais e sociais. A regulação social destina-se às interações que lembram e reafirmam papéis e responsabilidades, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas. A ajuda material e de serviços está na colaboração especifica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde. O acesso a novos contatos destina a abertura de portas de conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do individuo.

**Estrutura da rede pessoal**: Tem o sentido de ter informações sobre as relações entre cada um de uma amostra representativa do alterar no ego e não só de laços fortes. Molina (2005) trabalha com a questão de a estrutura ter dois núcleos, um núcleo central, denso, composto pelas relações mais próximas como os familiares, amigos íntimos e um núcleo mais disperso, periférico que compõe os vizinhos, amigos e colegas de trabalho.

Sluzki (1997) utiliza como nomenclatura para descrever a estrutura da rede pessoal como densidade, sendo as conexões entre membros independentemente do informante (amigos meus que são amigos entre si, por exemplo). Um nível de densidade médio favorece a máxima efetividade do grupo, já um nível de densidade muito alta favorece a conformidade em seus membros. Ainda Sluzki (1997) salienta que a avaliação da dimensão “densidade” deve ser complementada com análises qualitativas, como a detecção de subsistemas coerentes ou conjuntos (clusters) na rede. Outro autor coloca que a densidade das redes de pessoal é, em média, 30%. As redes de mulheres tendem a ser mais densas por uma variedade de motivos (na maioria das vezes de contato com o suporte social, redes menores) que a dos homens (MOLINA, 2005).

**Dinâmica das redes pessoais**: referem-se às modificações/mudanças que acontecem nas relações, interações e redes sociais dos indivíduos ao longo da vida. Analisando o ciclo da vida, as fases de mudanças significativas estão entre a juventude e a fase adulta, pois é o momento em que o indivíduo assume sua vida, ou seja, entra no mercado de trabalho e que apresenta um declínio ao longo dos anos até a velhice. Ao longo do tempo, há uma mudança de 1/32 nos laços fracos. Cabe ressaltar que os laços fortes (maior intensidade, frequência e de relacionamento mais longo são mais estáveis do que os mais fracos, e os laços familiares persistem mais que os outros laços. Papéis dominantes (amizade = confiança; família = apoio social) são substituídas, em parte, na maturidade (= confiança dos colegas, vizinhos = apoio social), mas volta a recuperar a força dos 60 (MOLINA, 2005)

## 1.2 Estudos sobre a rede social dos portadores de transtorno mentais

A rede social vem sendo um tema de crescente interesse nas pesquisas em assistência e enfermagem psiquiátrica visando conhecer o impacto do adoecimento e saúde mental na rede social dessas pessoas.

Cohen e Sokolovsky (1978) compararam a rede social de três grupos de pessoas que utilizavam um hotel para portadores de transtorno mental na cidade de Nova York: esquizofrênicos com sintomas residuais, esquizofrênicos sem sintomas

residuais e pessoas não psicóticas. Os resultados dessa pesquisa indicaram que os não psicóticos mantidos no hotel tinham suas redes duas vezes maiores que os esquizofrênicos com sintomas residuais. Mesmo os esquizofrênicos com sintomas residuais tinham uma pequena rede social não chegando a ficar completamente isolados. Segundo os autores, o número de reinternações e o tamanho da rede estão relacionados com a sintomatologia do paciente, pois os esquizofrênicos com sintomas residuais tinham a menor rede e tiveram pelo menos uma reinternação. Conclui que os psicóticos moradores do hotel tendem a ter redes menores que os residentes não psicóticos.

Westermeyer e Pattison (1981) em um estudo quantitativo, analisaram a rede social de 35 doentes mentais em 27 aldeias rurais na província de Lao. O autor refere que por ser uma pequena aldeia, a rede social dos doentes mentais fica reduzida apenas aos membros dessa aldeia. Ainda comenta que os doentes mentais sem a capacidade de trocar bens e trabalhar, perdem amigos, vizinhos e colegas de trabalho. Chegam a ser deixados com alguns membros da família ou "patrocinadores" para o cuidado perdendo assim sua qualidade de vida.

Lipton et al (1981) comparou a estrutura e função das redes sociais de um grupo de quinze esquizofrênicos em primeira internação com um grupo de quinze esquizofrênicos com múltiplas internações. Usou como instrumento entrevistas e analisou os critérios estruturais de rede social:, tamanho, densidade, grau, critérios interacionais, direcionalidade, conteúdo transacional e diversidade de ligações. Os resultados desse estudo indicaram que estruturalmente as redes dos pacientes de primeira internação são maiores e mais interligadas do que a rede de doentes com múltiplas internações.

Nos anos após a primeira internação, os indivíduos experienciam uma acentuada diminuição do número e da complexidade de seus contatos em todas as vertentes sociais. Existe uma perda contínua de membros da rede após múltiplas admissões reduzindo ainda mais os recursos disponíveis para auxiliar o paciente a conviver em sua comunidade. A maior parte das mudanças na rede social dos doentes mentais se desenvolve depois da primeira internação (LIPTON et al , 1981).

Pattison e Pattison, (1981) em um estudo de caso, descreveram a rede social de uma portadora de esquizofrenia paranoide de 22 anos de idade que morava com os pais e frequentava a faculdade, sendo uma família imigrante do Oriente. Utilizaram o instrumento Pattison Psychosocial Kinship Inventory, que determina o

número de pessoas, relacionamentos e interações obtido na rede social de qualquer pessoa. O estudo revelou que a portadora possuía quase nenhuma ligação com o mundo externo e vivia em uma apertada matriz de relacionamentos interligados.

Os autores ainda comentam que relações sociais podem influenciar no desenvolvimento, manutenção e remissão dos sintomas da esquizofrenia, definem rede social como “uma "construção social" das relações entre ego e outros marcantes significativos”.

Hamilton et al (1989) realizaram uma investigação sobre a qualidade e tamanho da rede social de 39 esquizofrênicos e sua relação com os sintomas positivos e negativos. Os resultados indicaram que doentes com sintomas negativos tinham significativamente uma rede menor, mais fragmentada e menos complexa. Diminuem assim os vínculos sociais tendo um aumento no isolamento social e na cronificação da doença. Em termos de estrutura da rede social, os doentes com sintomas negativos tinham suas redes menores e mais fragmentadas do que os doentes com sintomas positivos.

Os mesmos autores ainda comentam que características dos sintomas negativos, como: apatia, falta de iniciativa, pobreza na fala, distúrbios do funcionamento, comportamento inapropriado e perdas das atividades vocacionais e sociais, apresentam um fator contribuinte para a dificuldade em viver socialmente e, assim, para a redução das redes sociais (HAMILTON et al., 1989).

O mesmo ainda coloca que pessoas em um setor da rede muitas vezes têm pouca informação sobre as pessoas em outros setores dessa rede, e sugere que a importância das redes em serem interligadas, pois assim um membro tem o máximo de contatos com os outros membros dessa rede e, com isso, favorece os laços e vínculos sociais (HAMILTON et al., 1989)

Meeks e Murrell (1994) em um estudo quantitativo compararam a rede social de 27 portadores de transtorno mental grave com 19 doentes mentais portadores de transtornos de menor gravidade. Os resultados da pesquisa indicaram que as redes sociais dos portadores de transtorno mental grave eram menores e menos recíprocas, e eles tinham menos familiares.

Dickinson et al (2002) examinaram a rede social de pacientes que tiveram recentemente internados em Hospital Psiquiátrico e compararam com pacientes usuários de serviço comunitário de saúde mental sem internação hospitalar. A coleta de dados foi realizada através de entrevista estruturada. O trabalho mostrou que

indivíduos com frequentes internações têm nitidamente menores redes; há também uma perda contínua dos membros da rede quando o curso da doença progride.

Além disso, os pacientes recentemente internados tinham menor contato com os familiares, amigos e vizinhos. Já o grupo dos usuários de serviço comunitário sem internação possui uma frequência de contato social mais amplo tanto na rede primaria quanto secundaria. Os autores comentam que um fator contribuinte para a diminuição do tamanho da rede é a dificuldade da família e da sociedade em manter o convívio com o portador de transtorno mental, tendo dificuldades em compreender alguns comportamentos por esse portador não corresponder às expectativas dos familiares e sociedade (DICKINSON et al, 2002).

Pickens (2003) por meio de um estudo de caso analisou as estruturas e funções das redes sociais formais e informais de mulheres com transtorno afetivo bipolar e transtorno esquizoafetivo, num recorte de quatro mulheres. Usou como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada, observação participante e analise documental. A analise foi orientada por categorias da rede, tais como: (a) estrutura: tamanho, composição e duração do contato; (b) função: frequência de contacto, o tipo de contato, o que aconteceu durante o contato, assumiu várias funções, e problemas de rede interações e (c) outras categorias, tais como identificadas nos dados. Os resultados indicaram que as participantes do estudo têm suas redes sociais fragmentadas e menores.

Nordt et al (2007) analisaram a evolução e a diversidade da rede social de portadores de diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno afetivo após internação em dois grandes hospitais psiquiátricos em Zurique. Utilizaram como medidas o número dos papéis sociais e de apoio sociais percebidos ao longo de três anos após a internação psiquiátrica. Os resultados da pesquisa indicaram que as mulheres tinham maior diversidade nas redes sociais e que as pessoas com doença mental geralmente não são isoladas, em termos de diversidade da rede social, tendo uma variedade de grupos sociais para se referir.

Muller et al (2007) realizaram uma investigação longitudinal com 183 portadores de transtornos afetivos ou esquizofrenia, entrevistando-os no momento da primeira internação, após três anos da alta hospitalar. Os resultados obtidos indicam que pessoas do sexo masculino, sem emprego (competitivo ou protegido), ou com um poder aquisitivo baixo tinham as redes menores. Enquanto as mulheres tinham uma rede mais expandida e diversificada.

A pesquisa de Muller (2007) indicou também que a rede social de doentes mentais está restrita ao período anterior ao surto. Após o primeiro surto, as pessoas da rede social do doente tendem a se afastar da relação, enfraquecendo assim as relações do paciente com sua rede e com isso agravando seus sintomas. Nos meses e anos após a saída do hospital psiquiátrico, quando se recuperam de episódios agudos da doença, eles podem retomar contatos sociais e reestruturar as suas redes sociais.

Muramoto (2008) realizou uma pesquisa qualitativa orientada pela postura etnográfica, trabalhou com pesquisa bibliográfica, entrevistas por pautas, observação participante e construção de caderno de campo buscando 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. O estudo mostrou que os entrevistados possuem redes sociais empobrecidas, poucas pessoas dispõem de alguma relação significativa e o acesso a recursos materiais e afetivos é escasso. E 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.

Lipton et al (1981) afirma que, quanto repetidas internações ocorrem, a família e amigos afastam-se da rede, talvez por causa do estigma, rótulo do paciente "esquizofrênico", ou talvez porque os membros da rede tenham esgotado todos os recursos de ajuda para esse portador.

Percebemos que as mais dramáticas mudanças na estrutura e função das redes ocorrem após a primeira internação. Após a internação, os indivíduos experienciam uma acentuada diminuição do número e da complexidade de seus contatos que compõe a rede social, possibilitando um possível isolamento social (HAMMER, MAKIESKY-BARROW; GUTWIRTH, 1978; HAMILTON et al., 1989; BRUNT; HANSSON, 2002; GOLDBERG; ROLLINS; LEHMAN, 2003; MULLER et al, 2007). Reforçam a importância de medidas de promoção e prevenção ocorridas na sociedade através de políticas de saúde e conscientização. Redes de tamanhos menores podem ser um fator de predisposição para reinternações (COHEN; SOKOLOVSKY, 1978; MORIN; SELDMAN, 1986) e um resultado de hospitalização (LIPTON et al. 1981).

Por outro lado, o estudo de Cohen e Sokolovsky (1978) demonstrou que serviços na comunidade como o hospital albergue, local que abriga pessoas sem moradia, podem colaborar com a construção de uma rede social mínima, mesmo para portadores de sintomas residuais.

Aumentando a rede social do paciente, pode-se fornecer acesso a um maior número de recursos e com isso ajudar o portador de transtorno mental a encontrar apoio para enfrentar seu adoecimento com a melhor qualidade de vida possível. Conhecer a rede social de portadores de transtorno mental possibilita ampliar a discussão sobre as estratégias do plano terapêutico de melhorar os vínculos do doente com seu contexto social e afetivo.

Morin e Seldman (1986) afirma que uma intervenção precoce, na primeira internação psiquiátrica, por exemplo, pode ajudar os pacientes a manter sua rede original e incluir novos elementos, favorecendo a criação de uma “nova rede”.

A maioria das pesquisas apresentadas nesta pequena revisão teve por objetivo verificar a influência de sintomas e da internação psiquiátrica na rede social de portadores de transtornos mentais graves e persistentes. São estudos comparativos, que identificam diferenças nas redes sociais de portadores de transtornos mentais graves quando comparadas com a rede de portadores de transtornos leves. Comparam também as redes com o número de internação. Demonstram que quanto maior o número de internação mais reduzida e fragmentada é a rede social do doente mental.

Indicam também que a internação psiquiátrica e os transtornos mentais graves e de longa duração causam uma redução acentuada na rede social dos doentes mentais. Do ponto de vista estrutural, a rede social dos doentes mentais que sofreram internação são menos interligadas e mais fragmentadas. Funcionalmente, essas redes têm uma menor percentagem de multiplicidade e ligações mais dependentes. Geralmente a rede social dos doentes mentais se restringe principalmente aos familiares e parentes próximos.

Alguns trabalhos também informam que doentes mentais do sexo feminino são socialmente menos isolados e mais susceptíveis de serem casados e terem filhos do que os do sexo masculino (Muller et al, 2007; Pickens, 2003). Já Brunt e Hansson (2002) reforçam que viver independentemente ou em áreas urbanas reforça a dimensão de rede.

Considera-se que o presente estudo parte do principio de que é nosso dever buscar conhecimentos sobre a rede social de doentes mentais que estão vivendo do contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e que o tema rede social pode nos direcionar para aspectos mais positivos das possibilidades de viver na comunidade com qualidade de vida.

Considerando-se ainda que no Brasil existam poucos trabalhos que discutem o tema rede social do portador de transtorno mental esta pesquisa tem o objetivo de descrever a rede social de portadores de transtorno mental grave moradores em um pequeno município no interior do Estado de São Paulo atendidos em um serviço comunitário que funciona na cidade desde o ano de 2001.

# 2. Objetivo

Descrever a rede social de portadores de esquizofrenia atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Serrana, município do interior do Estado de São Paulo, a partir de seu período de adoecimento e acompanhamento em serviço de saúde mental.

# 3. Método

Optou-se por realizar uma pesquisa descritiva que consiste na análise das características principais ou decisivas de um fenômeno ou ainda o isolamento de variáveis principais ou chave (LAKATOS e MARCONI, 2003).

Definimos que rede social é o conjunto de instituições e seus indivíduos existentes na comunidade com os quais o doente mental estabelece algum tipo de relação.

## 3.1 Local do Estudo

**Contextualizando a Saúde Mental de Serrana.**

Serrana é uma cidade de aproximadamente 40.000 habitantes localizada na região Norte do Estado de São Paulo. A cidade possui uma parcela de população flutuante, pelo fato de ter uma Usina de produção de álcool e muitos cortadores de cana. Esses trabalhadores vêm morar na cidade na época da safra e voltam para as suas cidades de origem na entressafra.

Respeitando o princípio da regionalização preconizado pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), a rede de serviços do SUS seja organizada de forma hierarquizada e regionalizada para que a população de uma área delimitada possa ser melhor conhecida e assistida em sua territoriedade.

Em 2001, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Serrana criou o Ambulatório de Saúde Mental de Serrana, que é responsável pelo atendimento em saúde mental da população de Serrana e cidade de Serra Azul. Juntas, estas cidades têm 49 mil habitantes. O serviço oferece assistência em saúde mental gratuita, e atualmente funciona com uma equipe composta por 02 médicos psiquiatras, 01 enfermeiro, 05 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social, 02 oficineiras de artes e 01 educador físico, 02 recepcionistas, 01 motorista, 01 auxiliar de serviços gerais.

Antes de 2001, os portadores de transtornos mentais do município eram tratados em outras cidades ou Ribeirão. A vantagem de se ter uma equipe de saúde mental no município é que ela permite uma aproximação da equipe com o contexto social de sua clientela.

O serviço conta com vários tipos de atendimentos: atendimento médico-psiquiátrico, atendimento de enfermagem (consultas), acompanhamento psicológico, atendimento de terapia ocupacional, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas com oficineiros, visitas domiciliares.

## 3.2 Sujeitos do Estudo

Por ser uma primeira experiência de descrição de rede social de portador de transtorno mental, optamos por trabalhar somente com portadores de esquizofrenia. Dentre os transtornos mentais, poucos têm um efeito tão profundo nos indivíduos, seus familiares e na sociedade em geral como a esquizofrenia, considerada um dos principais problemas mundiais de saúde pública (CONN, 2001; SAUNDERS,1997; ZANETTI; GALERA,2007).

Através do levantamento de prontuário do serviço, foram identificados 54 usuários com diagnóstico de esquizofrenia. Destes, conseguimos entrevistar apenas 41 usuários, pois quatro eram pessoas que moravam na cidade somente no período de colheita da cana-de-açúcar, e nove pacientes se recusaram a participar.

## 3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevista individual com o portador de esquizofrenia, ou com ele e um familiar quando o portador considerou importante sua participação. Das 41 entrevistas realizadas, em apenas 14 o familiar participou.

Inicialmente entramos em contato com o paciente e apresentamos a proposta da pesquisa. Também foi solicitado para o usuário indicar um familiar para fazer parte da entrevista. A entrevista foi agendada conforme disposição do usuário, sendo realizada no serviço de saúde ou na residência do paciente, dependendo da preferência do paciente. As entrevistas foram gravadas em áudio com a permissão dos participantes.

**Instrumentos**

Três instrumentos foram utilizados para a coleta de dados. Um questionário abordando as variáveis: sexo, idade, estado civil, tempo de doença, número de internações, data da última internação, tempo de tratamento no serviço, local onde fazia tratamento antes da existência do serviço, atividades que realiza no serviço, com que frequência usa o serviço que recebe (APÊNDICE 1).

O genograma segundo Wright e Leahey (2002), constitui um diagrama da família e propicia também *"dados reais sobre os relacionamentos ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migração"* (p.84). utilizado para descrever a rede primaria do portador.

Para obter informações sobre as interações do doente com o contexto social, foi usado o ecomapa. O ecomapa é um "*diagrama do contato da família com os outros além da família imediata. Representa as conexões importantes entre a família e o mundo"* (WRIGHT e LEAHEY, 2002, p.84). Neste trabalho, foi o diagrama do contato do doente com os outros, além da família imediata.

O genograma e o ecomapa foram analisados identificando as seguintes variáveis que descrevem a rede social do portador de transtorno mental:

- Número de pessoas que moram na casa.
- Número de pessoas e instituições que possuem vínculo.
- Qualidade desses vínculos:

  Forte – pessoa/instituição que pode contar sempre que precisa, apresenta bom relacionamento. Pessoas/instituições importantes.

  Fraco – pessoa/ instituição a qual não tem muito contato, mas que às vezes tem contato.

  Conflito – pessoa a qual apresenta dificuldades de relacionamento.

## 3.4 Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco de dados do Excel, e transportados para o EpiInfo versão 3.5.1 (CDC, 2008) e submetidos à análise descritiva. A rede social foi identificada através do número de instituições com as quais o doente tem contato, frequência e qualidade dos contatos e qualidade dos

contatos. A qualidade dos contatos foi analisada através de três atributos, vínculo forte, fraco ou conflituoso. Estas características foram extraídas a partir dos traçados do ecomapa. Os traçados de linhas retas indicam fortes vínculos, linhas pontilhadas indicam vínculos tênues e linhas cortadas indicam relações estressantes. Sendo que quanto maior a linha, mais forte o vinculo afetivo. Essas informações foram analisadas através de frequência e porcentagem. As redes foram comparadas entre si.

### 3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolo nº 1157/2010.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICES 2 e 3).

# 4. Resultados

Através de um levantamento dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia cadastrados no Ambulatório de Saúde Mental de Serrana, identificamos 54 sujeitos que poderiam participar da pesquisa. Desse total, quatro eram pessoas que moravam na cidade somente no período de colheita da cana-de-açúcar, nove pacientes se recusaram a participar. Assim este trabalho refere-se a 41 pacientes cadastrados no Ambulatório de Saúde Mental de Serrana. A seguir, apresentamos uma descrição sociodemográfica e clínica dos 41 portadores e sua rede social.

## 4.1 Características sociodemográficas

**Tabela 1 –** Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo idade, sexo, estado civil, trabalho e fonte de renda.

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Idade** | | |
| 19 a 25 anos | 7 | 17,1 |
| 26 a 30 anos | 7 | 17,1 |
| 31 a 35 anos | 5 | 12,1 |
| 36 a 40 anos | 10 | 24,4 |
| 41 ou mais | 12 | 29,2 |
| **Sexo** | | |
| Masculino | 31 | 75,6 |
| Feminino | 10 | 24,4 |
| **Estado Civil** | | |
| Solteiro | 27 | 65,8 |
| Casado/Amasiado | 8 | 19,5 |
| Separado/Divorciado | 6 | 14,6 |
| **Trabalha** | | |
| Sim | 11 | 26,8 |
| Não | 30 | 73,2 |
| **Fonte de renda** | | |
| Trabalhos/Bicos | 11 | 26,8 |
| Aposentado por invalidez INSS | 7 | 17,1 |
| Afastado do trabalho INSS | 8 | 19,5 |
| Sem renda | 15 | 36,5 |
| **Total** | **41** | **100** |

Dos 41 portadores, 31 eram homens (75%) e dez eram mulheres (24%). A idade variou de 19 a 66 anos, tendo uma média de idade de 37 anos. A maioria era de solteiros (66%), 19% casados/amasiados e 15% separados.

Dos 15% separados (seis pacientes), um mora sozinho, três moram com pais e irmãos e dois moram com filhos.

Dos 20% dos casados (oito pacientes), tivemos 50% homens e 50% mulheres.

Com relação à atividade laboral, 73% dos pacientes não trabalham, e dos 27% que trabalham somente um possui carteira assinada. Este paciente trabalha na cozinha piloto da prefeitura. Os que não possuem carteira assinada realizam pequenos “bicos” para ajudar no orçamento doméstico, tais como servente de pedreiro, faxineira, marcenaria, entre outros.

Dentre os 73% que não trabalham, 19% estão afastados de seu trabalho em decorrência de sua doença, 17% são aposentados por invalidez e 37% negaram ter alguma fonte de renda.

As idades dos pacientes que trabalham variam 20 a 66 anos, tendo três pacientes na faixa dos 20 anos, três na faixa dos 30 anos, dois na faixa dos 40 anos, dois na faixa dos cinquenta e um na faixa dos 60 anos.

Um ponto importante da rede social é o trabalho. O resultado mostra que 73% dos portadores de esquizofrenia desta amostra não possuem este recurso da rede social

Observando o número de internações, temos 8 pacientes que internaram na faixa de 0 a 3 internações e três pacientes que internaram na faixa de 5 a 8 internações. Ao observarmos o tempo de adoecimento, 4 pacientes estão na faixa de 2 a 5 anos, 4 pacientes estão na faixa de 10 a 17 anos, 2 na faixa de 32 a 33 anos e 1 paciente com 28 anos de adoecimento. Todos têm o trabalho com parte de sua rede social tendo um vínculo forte com o chefe.

## 4.2 Características quanto ao tratamento

**Tabela 2 -** Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo tempo de doença, número de internações e data da ultima internação.

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Tempo de doença** | | |
| 0 a 5 ano | 9 | 21,9 |
| 6 a 10 anos | 5 | 12,1 |
| 11 a 15 anos | 10 | 24,3 |
| 16 e mais | 17 | 41,4 |
| **Número de internações** | | |
| Nenhuma | 8 | 19,5 |
| Uma | 5 | 12,1 |
| Duas | 4 | 9,7 |
| Três | 3 | 7,3 |
| Quatro | 3 | 7,3 |
| Cinco | 7 | 17,1 |
| Seis ou mais | 11 | 26,8 |
| **Data da última internação** | | |
| Nunca internou | 8 | 17,1 |
| Menos de um ano | 9 | 21,9 |
| 1 a 2 anos | 7 | 17,1 |
| 3 a 4 anos | 4 | 9,7 |
| 5 ou mais | 14 | 34,1 |
| **Total** | 41 | 100 |

Quanto ao tempo de adoecimento, 22% dos pacientes estavam adoecidos na faixa de 0 a 5 anos de doença, 12% estavam na faixa de 6 a 10 anos, 24% estavam na faixa de 11 a 15 anos e 41% na faixa de 16 ou mais anos de adoecimento. Percebemos que a amostra apresenta pacientes com maior tempo de doença.

Ao observarmos o número de internações que os pacientes sofreram, temos que 20% dos pacientes nunca foram internados, 12% sofreram apenas uma internação, 17% sofreram cinco internações e 27% sofreram de seis ou mais internações.

Entre os que sofreram internações, 22% receberam alta a menos de um ano, 17% que receberam alta entre 1 a 2 anos e 34% com 5 ou mais anos.

## 4.3 Rede Social dos participantes

### 4.3.1 Com quem o usuário mora

**Tabela 3 -** Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo com quem mora.

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Com quem mora** | | |
| Sozinho | 5 | 12,1 |
| Mãe | 2 | 4,8 |
| Pais | 3 | 7,3 |
| Pais + irmão | 8 | 19,5 |
| Cônjuge + filhos | 6 | 14,6 |
| Pais +irmãos +sobrinho | 5 | 12,1 |
| Outros familiares | 12 | 29,2 |
| **Total** | **41** | **100** |

Observamos que 12% dos pacientes moram sozinhos, 19% moram com os pais e irmãos, 15% com o cônjuge e filhos, 12% com pais, irmãos e sobrinho. Na realidade, pacientes que informaram morar sozinhos, moram nos fundos da casa de um familiar. Apenas um paciente mora em uma casa separada, mas recebe diariamente apoio familiar para diversas atividades, tais como compras, organização da casa e alimentação.

Portanto, todos os pacientes convivem com a família nuclear.

### 4.3.2 Qualidade dos relacionamentos

**Tabela 4 -** Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo relacionamento forte, com conflito e fraco.

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Relaciona forte** | | |
| Pai | 1 | 2,4 |
| Mãe | 15 | 36,5 |
| Irmão | 4 | 9,7 |
| Filho | 5 | 12,1 |
| Outros Familiares | 16 | 39,3 |
| **Relaciona com conflito** | | |
| Ninguém | 23 | 56,1 |
| Irmão | 6 | 14,6 |
| Filho | 3 | 7,3 |
| Primo | 2 | 4,8 |
| Outros Familiares | 7 | 17,1 |
| **Relacionamento fraco** | | |
| Irmão | 22 | 53,6 |
| Sobrinho | 7 | 17,1 |
| Tio | 3 | 7,3 |
| Outros Familiares | 9 | 21,9 |
| **Total** | **41** | **100** |

Com relação à qualidade dos relacionamentos entre os membros da família e o doente, verificamos que 37% dos pacientes relataram ter um forte vínculo com a mãe, 12% relataram ter com o filho, 10% com o irmão e 40% com outros familiares. Podemos ressaltar que a figura materna tem um papel importante na vida dos pacientes.

No relacionamento conflituoso, 56% dos pacientes negaram ter conflito com alguma pessoa. No amostra, 15% relataram conflito com o irmão, e 7% com o filho.

O relacionamento fraco, 54% dos pacientes disseram ser com o irmão, 17% relataram ser com o sobrinho.

### 4.3.3 Mapeamento das relações sociais dos usuários

**Tabela 5 -** Caracterização dos pacientes, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Deusdedith Mega de Serrana-SP, segundo a rede social.

| | Masc. | % | Fem. | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rede Social** | | | | | | |
| Família (em si) | 31 | 100 | 8 | 80 | 39 | 95,1 |
| Igreja | 11 | 35,5 | 5 | 50 | 16 | 39 |
| Mercado/supermercado | 9 | 29 | 4 | 40 | 13 | 31,7 |
| Bar/lanchonete/restaurante | 11 | 35,5 | 0 | 0 | 11 | 26,8 |
| Trabalhos/bicos | 9 | 29 | 2 | 20 | 11 | 26,8 |
| Escola/Cursos | 1 | 10 | 7 | 22,6 | 8 | 19,5 |
| Rua | 6 | 19,4 | 1 | 10 | 7 | 17,1 |
| Banco | 3 | 9,7 | 1 | 10 | 4 | 9,7 |
| Padaria | 3 | 9,7 | 1 | 10 | 4 | 9,7 |
| Feira | 2 | 6,5 | 1 | 10 | 3 | 7,3 |
| Posto de Saúde | 2 | 6,5 | 1 | 10 | 3 | 7,3 |
| Praça | 0 | 0 | 2 | 20 | 2 | 4,8 |
| Banca de jornal | 1 | 3,2 | 0 | 0 | 1 | 2,4 |
| Biblioteca Municipal | 1 | 3,2 | 0 | 0 | 1 | 2,4 |
| Deposito de bebidas | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 2,4 |
| Posto de gasolina | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 2,4 |
| Pronto-Socorro Municipal | 1 | 3,2 | 0 | 0 | 1 | 2,4 |

Os entrevistados foram questionados sobre os locais da cidade que frequentaram nos últimos três meses.

Foram identificados dezessete locais: família (em si) (95%), igreja (39%), mercado/supermercado (32%), bar/lanchonete/restaurante (27%), trabalhos/bicos (27%), escola/curso (20%), rua (17%), banco (10%), padaria (10%), feira (7%), posto de saúde (7%), praça (5%), banca de jornal (3%), biblioteca municipal (3%), depósito de bebidas (3%), posto de gasolina (3%), pronto-socorro municipal (3%).

Na amostra, sendo a família um recurso da rede social, 100% dos pacientes do sexo masculino utilizam a família como rede e 80% dos pacientes do sexo feminino utilizam este recurso.

Com a Igreja, temos 36% dos homens e 50% das mulheres frequentando este recurso.

Em relação ao mercado/supermercado, tivemos 29% dos homens e 40% das mulheres que frequentam o local. Com tais dados, podemos notar certa autonomia dos pacientes, por irem ao mercado comprar seus mantimentos diários.

Os que utilizam o bar/restaurante/lanchonete como parte de sua rede, temos onze pacientes do sexo masculino (36%). Dois pacientes utilizam o bar para apenas comprar cigarro. Um dos pacientes possui uma irmã proprietária de bar e com isso a ajuda diariamente. Um dos pacientes ajuda em média quatro vezes por semana sua mãe em seu bar. Outro utiliza o restaurante para realizar seu almoço, em média cinco vezes por semana. Outro frequenta o bar de um primo para ver jogos de futebol e tomar refrigerantes. Quatro pacientes frequentam o bar, pois têm amizade com o dono. Outro utiliza o bar de final de semana, refere ir para ver o movimento que acontece em frente do bar.

No trabalho/bicos, temos nove pacientes do sexo masculino (29%) e dois pacientes do sexo feminino que apresentam alguma atividade laborativa. Das pacientes do sexo feminino, há uma que faz artesanatos e vende em duas lojas na cidade e outra que é faxineira tendo um forte vínculo com sua patroa. Os do sexo masculino têm um paciente que faz bicos de pintor, dois sendo servente de pedreiro, outro que ajuda a tia na salgaderia, um que ajuda a mãe no bar, outro que ajuda a irmã no bar, um faz bico de carpir, outro trabalha em uma marcenaria, temos apenas um que trabalha na cozinha piloto na prefeitura entregando merenda escolar.

Dos que utilizam a escola como recurso de sua rede social, temos 10% das mulheres e 23% dos homens. Dois pacientes que fazem supletivo no período noturno cinco vezes por semana, um que leva e busca o “enteado” na escola, uma que leva e busca os filhos na escola. Um que é voluntário em uma escola municipal de ensino fundamental, cuida do jardim da Escola 3x/semana, apresenta bom vínculo com a guarda municipal. Outro que frequenta o ensino médio. Outro que realiza curso técnico de administração na industrial 5x/semana e um que faz curso de eletrônica 3x/semana.

Observando a rua, temos seis pacientes do sexo masculino (19%) e uma paciente do sexo feminino (10%) utilizando como rede social

No banco como recurso da rede social, observamos na amostra que 10% dos homens e 10% das mulheres utilizam este recurso. Todos utilizam o banco para receber seus benefícios ou aposentadorias e negam ter contato com algum funcionário.

Na padaria, temos três pacientes do sexo masculino (10%) e uma paciente do sexo feminino (10%) que utiliza a padaria como parte de sua rede.

Em relação à feira, temos dois pacientes do sexo masculino (7%) e um do sexo feminino (10%). Todos utilizam como um local de lazer sendo rotina de domingo de manhã.

Dois pacientes do sexo masculino (7%) e uma paciente do sexo feminino (10%) utilizam o posto de saúde como rede. A paciente do sexo feminino refere ir ao posto de saúde todas as manhãs, pois é portadora de diabetes e necessita de insulina, tendo um forte vinculo com a equipe de enfermagem do posto perto de sua casa.

Na praça, temos duas mulheres (20%) que utilizam este espaço. Uma delas utiliza o espaço todo sábado a que vai com sua irmã e três sobrinhas, a outra utiliza para distração em que possui alguns amigos, indo, em media, quatro vezes por semana.

Apenas um dos pacientes do sexo masculino (3%) utiliza a banca de jornal como rede, em que possui um forte vínculo com o dono da banca, frequentando todos os dias.

Temos apenas um paciente do sexo masculino (3%) que utiliza a biblioteca municipal como rede, referindo ter prática pela leitura.

O depósito de bebidas também é utilizado por uma mulher (10%), que refere usar para comprar refrigerantes e cigarro e apresenta um forte vínculo com o dono do estabelecimento.

No posto de gasolina, temos apenas uma mulher (10%), cabendo ressaltar que esta utiliza o posto de gasolina como ajuda, pois possui amizade com os frentistas e estes a ajudam a amarrar o cabelo, já que ela possui uma cirurgia no ombro esquerdo que dificulta tal atividade, segundo informações da paciente.

Em relação ao recurso Pronto-Socorro Municipal, apenas um paciente do sexo masculino (3%) que utiliza tal recurso como rede social. Descreve utilizar o Pronto-Socorro Municipal acompanhado pela mãe quando apresenta alguma desestabilização de seu transtorno mental.

Observando o número de locais que os portadores frequentam, temos dois (5%) pacientes que utilizam apenas um local como rede social; treze, (32%), dois locais; onze (27%), três locais como rede social; nove (22%), quatro locais; três (7%), cinco locais; três (7%), seis locais. Podemos perceber que os pacientes apresentam um número pequeno de locais com os quais apresentam vínculos.

# 5. Discussão

Esta pesquisa realizou um levantamento da rede social dos portadores de diagnóstico de esquizofrenia atendidos no ambulatório de saúde mental de Serrana. Foram identificados 51 pacientes dos quais participaram 41, sendo que a maioria (75%) eram homens, solteiros (66%), com idade entre 19 a 66 anos. Os participantes receberam o diagnóstico de esquizofrenia há menos de um ano ou até 37 anos. E o número de internações variou de zero a vinte, sendo que para 21% a ultima internação ocorreu há menos de um ano e para 34% há mais de cinco anos.

A literatura indica que a esquizofrenia apresenta igual prevalência entre homens e mulheres. Porém em duas situações há diferenças entre homens e mulheres. O inicio do adoecimento é mais precoce no homem do que em mulheres, e as mulheres apresentam melhor prognóstico da doença (MARI eLEITÃO, 2000; MESSAS et aL, 2000; KAPLAN; SADOCK; GREB, 1997).

As mulheres portadoras de transtorno mental são socialmente menos isoladas e mais susceptíveis a serem casadas e a terem filhos do que os homens (MULLER et al, 2007). Necessitam de doses menores de medicação antipsicotica, são menos hospitalizadas, passam menos tempo internadas, têm menos recaídas e um melhor funcionamento social (PROESQ, apud DURÃO, 2004).

No sexo masculino, a evolução é pior, pois pode estar relacionada à personalidade pré-mórbida mais comprometida, idade de início mais precoce, probabilidade maior de permanecer solteiro, presença de sintomas negativos, pior resposta ao tratamento e alterações cerebrais estruturais (CHAVES, 2000).

O estado conjugal é preditor de melhor evolução da esquizofrenia, e ser solteiro está associado consistentemente a uma pior qualidade de vida tanto para homens quanto para as mulheres. Homens com esquizofrenia, em relação às mulheres, apresentam menor capacidade para construir ou manter uma relação. (CARDOSO CS et al, 2006).

Chaves, 2001, ressalta que com o aumento da idade e ser solteiro, apresentam um risco maior de hospitalização. Já nos indivíduos casados o efeito é inverso, ou seja, diminui com o aumento da idade. Indivíduos com início mais precoce da doença têm suas chances de casar diminuídas.

Pacientes que possuem maior número de internações apresentam maior cronicidade da doença, podendo ter inúmeras perdas, tais como, menor rede social, sintomas negativos mais prevalentes, principalmente a questão do isolamento social (LIPTON et al, 1981; COHEN; SOKOLOVSKY, 1978; DICKISON et AL, 2002).

Estas características das diferenças na evolução do adoecimento entre homens e mulheres talvez explique o fato de termos um número grande de homens em tratamento.

O conceito de rede social adotado nesta pesquisa é definido através da metáfora de uma teia. Onde os pontos são conectados por fios formando nódulos (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Sendo esta compreensão da rede social como uma teia, possibilita representar as conexões importantes entre o indivíduo ou um grupo de indivíduos e o mundo. A rede social descrita nesta pesquisa envolve os seguintes pontos: o trabalho, o serviço de saúde mental, a família e o contexto social mais próximo do dia a dia do doente.

Com relação ao trabalho observamos que a maioria dos participantes não possui atividade laborativa (73%). Do ponto de vista da rede social o trabalho é um dos nós capaz de agregar as pessoas. O trabalho possibilita o desempenho de habilidades que possibilitam o desempenho de competências próprias do trabalho, de competências interpessoais e sociais. Podendo inclusive ser fonte de amigos e ajuda. Sem atividade laborativa, as pessoas não conseguem prover suas necessidades básicas, perdem a autoestima, desfragmentando sua rede social. Há uma desestruturação da família, um afastamento dos vizinhos, agravando assim as condições de vida (SOARES, 2010).

A esquizofrenia é uma doença crônica em que os sinais e sintomas prejudicam a habilidade de raciocínio lógico do portador em relação aos demais e às funções consideradas produtivas pela sociedade, comprometendo relacionamentos, e dificultando sua inserção e manutenção em um emprego fixo. Os efeitos colaterais das medicações também podem contribuir com essa dificuldade, que pode deixar os pacientes sonolentos, com tremores, entre outros (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

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

A impossibilidade de inclusão social através do trabalho fragiliza a rede social dessas pessoas. Uma possibilidade de proteger o doente é garantir que ele receba aposentadoria. Este beneficio auxilia a minimizar os problemas gerados pela

impossibilidade de trabalhar, facilita seu poder de contratualidade no grupo familiar (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Somente um paciente tinha emprego fixo com carteira assinada, afirmando assim a dificuldade dessa demanda em manter-se em um emprego fixo. Por outro lado, este mesmo caso é um exemplo de possibilidade de inclusão através do trabalho, quando o preconceito e o descrédito são superados. Temos também um exemplo de um paciente que faz trabalho voluntario de jardinagem em uma escola municipal, dado importante para ressaltar que há possibilidades de inclusão do portador no meio social.

Outra alternativa de organizar a inclusão do portador de transtorno mental é o movimento pela economia solidária. Na proposta da economia solidária, as trocas durante o trabalho e o trabalho coletivo são consideradas primordiais para promover as relações de solidariedade, ressaltando a importância das relações familiares e comunitárias entre os trabalhadores (Barfknecht; Merlo; Nardi, 2006).

O trabalho no movimento pela economia solidária auxilia na inclusão social, pois cria redes de compromisso e proteção social como alternativas necessárias para o enfrentamento dessa condição dupla (SOARES, 2010).

Cabe ressaltar que o ambulatório de saúde mental também é um local importante na construção da rede social. Nesta pesquisa os participantes não conseguem enxergar o local como parte do cotidiano deles, pois a assistência oferecida para a maioria fica restrita a consulta medica mensal. Assim o doente tem relações interpessoais fracas com o serviço, contribuindo pouco na construção da rede social.

A esquizofrenia por ser um transtorno grave e persistente seus sinais e sintomas afeta diversas áreas da vida do portador. O doente necessita de ajuda para realizar tarefas do dia a dia tais como alimentar-se, cuidar de sua higiene, regular atividade física e descanso. A responsabilidade pelo cuidado e o dia a dia do portador acaba ficando para algum familiar (SALLES; BARROS, 2008). Assim a família é o principal recurso da rede social do doente mental. Para algumas linhas de pesquisa a família é considerada uma micro rede. Nesta pesquisa a família foi à instituição mais citada nas relações interpessoais dos entrevistados.

Todos os entrevistados moram com algum familiar ou tem o cuidado diário de algum familiar. Sendo a maioria desses cuidadores pertencentes à família nuclear. A família é o principal recurso de ajuda e cuidado que os portadores de transtorno

metal podem recorrer em momentos de crise, ou em seu dia a dia (HAMILTON et al, 1989).

É na família que o indivíduo tem a garantia de uma aceitação incondicional, com isenção de interesses ou outros fatores que a sociedade ou convívio social exigem para que ele sinta-se seguro e aceito pelos membros, sentimentos expressos por um profundo afeto. (LOPES, 2004).

Taylor (1992) confere para a família a função de mantenedora física, oferecendo de modo eficaz o atendimento às necessidades básicas de alimento, vestuário, casa e saúde. A família, por definição, é considerada um agrupamento especial na busca de objetivos comuns de crescimento e desenvolvimento de seus membros, os quais serão atingidos através de certas funções por ela exercidas.

Em relação a relacionamentos, os vínculos mais fortes ocorrem com as pessoas mais próximas, que possuem o cuidado direto do dia a dia. Normalmente esta função acontece com a mãe, que geralmente é o melhor recurso para o cuidado e atenção ao portador (PEGORARO; CALDANA, 2006). O vinculo é importante, pois é o meio em que estabelecem as trocas e ofertas de ajuda e ou cuidados no cotidiano. A maioria dos entrevistados negou relações conflituosas no contexto familiar. No entanto, esta resposta deve ser considerada com cuidado, pois o aspecto da pressão social que nos obriga negar certas relações familiares conflituosas, pode ter influenciado esta resposta.

Os vínculos podem levar ao exercício da descoberta das potencialidades entre os membros da comunidade, fortalecendo vínculos e autonomia para a resolução de seus problemas, tendo como recursos os mais disponíveis a sua realidade (SOARES, 2004).

Com relação a outras instituições e pessoas pertencentes à rede social dos entrevistados deve-se salientar que logo que se fez a pergunta sobre os lugares que o participante frequenta no seu dia a dia, a resposta mais frequente era que não ia a lugar algum, não gostava de sair de casa e não tinha amigos. Porém após a abordagem do pesquisador eles contaram sobre algumas interações. Assim foram identificados dezessete locais como possíveis redes sociais dos entrevistados. É possível notar que mesmo os portadores tendo suas limitações devido ao adoecimento, conseguem ter uma rede social, às vezes menor, mas que normalmente contribui no convívio diário. Em muitos locais, os pacientes

apresentam um bom vínculo com o dono do local, auxiliando seu convívio em seu território.

Para contextualizar a importância da rede social no convívio do portador na sociedade, apresento uma das entrevistadas, em que descreve ter seis locais que frequenta normalmente, são eles: Igreja, posto de gasolina, deposito de bebidas, supermercado, banco e família. É uma paciente que tem 58 anos, já esta adoecida há 37 anos e faz mais de 10 anos que não interna, tem sua aposentadoria e conseguiu criar uma rede em que pode preencher seu cotidiano.

Os sintomas negativos da esquizofrenia, tais como, indiferença emocional, maneirismo, falta de motivação e cooperação, apatia, afeto embotado e isolamento social, podem estar associados com empobrecimento das redes sociais (BENGTSSON-TOPS, 2004; BEELS, 1979). Os sintomas psicóticos comprometem a capacidade de trabalho e de relações interpessoais por toda a vida (KAPLAN, SADOCK, GREB, 1997).

Pessoas com transtornos mentais geralmente não são isolados, em termos de diversidade da rede social. Apresentam uma variedade de grupos sociais para freqüentar (MULLER et al, 2007). Apesar disso são socialmente mais isolados (HAMILTON et al., 1989; GOLDBERG; ROLLINS; LEHMAN, 2003). O isolamento causa impacto na qualidade de vida e na auto-estima do portador (MULLER et al, 2007). Talvez tenha sido por causa desses aspectos que os entrevistados ao serem indagados sobre os locais que freqüentam tenham respondido que não freqüentam lugar algum.

Outro dado importante é a religião, que está presente na vida dos portadores, pois existe a busca por algum alívio do sofrimento, por alguma significação ao desespero que só aparece na vida de quem adoece (DALGALARRONDO, 2007). A amostra aponta que 40% dos entrevistados têm a Igreja como um recurso da rede.

Ao identificar a rede social do portador de transtorno mental verificamos que o serviço de saúde mental de base comunitária e ambulatorial não foi citado pelos participantes desta pesquisa. Talvez este resultado esteja nos indicando que o serviço ambulatorial não é de base comunitária. O profissional de saúde mental deste serviço não faz parte da rede social cotidiana do doente. Este resultado nos faz pensar na necessidade de retomar o conceito de território que está colocado nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

É no território que se exerce o controle das subjetividades, os desafios de construir a partir destes espaços urbanos, quase nulos de trocas sociais, espaços públicos como *lócus* terapêutico, de intervenção, de invenção, de montagens e instalações permanentes a todos, loucos ou não, que habitam as cidades (YASUI, 2010).

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

A estratégia de olhar o território e a rede social presente significa em uma proposta de construção de uma rede de cuidados, de aprender a olhar para o território buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno Cabe aqui reforçar a importância de o profissional de saúde ajudar a organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar (YASUI, 2010).

# 6. Considerações Finais

O objetivo desta pesquisa foi realizar o mapeamento das relações sociais dos usuários portadores de esquizofrenia que são atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Serrana. Identificamos que a atividade laborativa do portador de esquizofrenia ainda é bem limitada, mas cabe ressaltar que a família continua sendo o principal recurso de sua rede. Também foi possível identificar outros espaços da cidade que são freqüentados, indicando assim que, apesar das limitações impostas pelo adoecimento a Reforma Psiquiátrica tem conseguido uma melhor inclusão do doente mental no contexto onde ele vive e adoece.

O serviço de saúde mental não foi referido como local de relações interpessoais. Provavelmente porque a maioria dos pacientes freqüenta o serviço uma vez por mês e somente para consulta médica. Este resultado nos indica a necessidade repensar a organização do serviço e de incluir o conceito de território na construção da assistência em saúde mental.

O estudo restringe-se somente a um serviço de saúde mental, no entanto permitiu algumas reflexões importantes sobre os avanços obtidos com a Reforma Psiquiátrica e sobre o trabalho da equipe de saúde mental.

As utilizações do genograma e do ecomapa se mostraram muito úteis no desenvolvimento da pesquisa. Estes instrumentos são de fácil utilização e facilitam a interação pesquisador com os participantes.

# Referências Bibliográficas

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n. 4, p. 925-934, 2002.

BARFKNECHT, K.; MERLO, Á.R.C.; NARDI, H.C. "Saúde mental e economia solidária: Analise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. **Psicologia & Sociedade;** v.18, n.2, p. 54-61; mai./ago, 2006.

BEELS, C.C. Social support and Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, n. 1, p. 58-72, 1981.

BENGTSSON-TOPS, A. Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. Volume 11, Issue 3, pages 298–304, June 2004.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental **Acta Paul Enferm**; v.21, n.4, p.588-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde, 85 p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARDOSO, C.S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo **Cad. Saúde Pública** R.J. v.22 n.6 June 2006

CHAVES, A. C. Diferenças entre sexos na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA,In.; CHAVES, A. C.; MARI, J. J.(editores). **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p.85-101.

BRUNT, D.; HANSSON, L. The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. **Journal of Mental Health,** v.11, n.6, p.611–621, 2002.

BULLOCK, K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: Bomar PJ. **Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders; 2002.

Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info, Version 3.3.2 - Database and statistics software for public health professionals. Atlanta: CDC; 2008.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia **Rev Bras Psiquiatr**; v.22, Supl I, p. 21-2, 2000

CONN, V. A visão da família sobre o continuum do atendimento. In: STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica – princípios e pratica.** Porto Alegre: Art Med editora, 2001. p. 296-302.

COHEN, C.I.; J, SOKOLOVSKY. Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. **Schizophrenia Bulletin**, v. 4, n. 4, p.546-560, 1978.

DALGALARRONDO, P Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v.34 supl.1, 2007

DELGADO, P. G. G.; Schechtmab,A.; Weber, R.; Almstalden, A. F.; Bonavigno, E., et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: conferencia regional de reforma dos serviços de saude mental: 15 anos depois de Caracas. In: Mello, M. F.; Mello, A. A.; Kohn, R. (org) **Epidemiologia da saude mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p. 39-83, 2007.

DICKINSON, D.; GREEN, G.; HAYES, C.; GILHEANY, B.; WHITTKER, A.; Social network and social support characteristics amongst individuals recently discharged from acute psychiatric units. **J. Psychiatr Ment Health Nurs**, v.9, n.2, p.183-9, Apr. 2002.

DURÃO, A.M.S.. **Grupo de acompanhamento de pacientes portadores de esquizofrenia medicados com clozapina e de seus familiares: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

EKLUND, M.; HANSSON, L.; Social Network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. **International Journal of Social Psychiatry**, v.53, p.293-305, 2007.

GRANOVETTER, M.S. The Strength of Weak Ties. **The American Journal of Sociology**, v.78, n. 6, pp. 1360-1380, 1973.

GOLDBERG, R.W.; ROLLINS, A.L.; LEHMAN, A.F. Social network correlates among people with psychiatric disabilities. **Journal Psychiatric Rehabilitation**, v.26 , p. 393–402, 2003.

HAMILTON, G.; PONZOHA, C.A.; CUTLER, D.L.; WEIGEL, R.M. Social network and negative versus positive symptoms of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 15, n. 4, p.625-633, 1989.

HAMMER,M.; Makiesky-Barrow, S.; Gutwirth,L. Social Network and schizophrenia. **SCHIZOPHRENIA BULLETIN**, v.4, n.4, p. 522-545, 1978.

HAWE, P.; WEBSTER, C.; SHIELL, A. A glossary of terms for navigating the field of social network analysis **Journal Epidemiol Community Health,** v**.**58; p.971-975, 2004.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **British journal of psychiatry**, v.182, p.289-290, 2003.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREB, J.A. **Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7ªed. Porto Alegre: ArtMed, 1997

KING,G.;, COLLEEN, W.; SPECHT, J.A.; BROWN, E. Social Support Processes and the Adaptation of Individuals With Chronic Disabilities**. Qual Health Res**; v.16; p.902-925, 2006.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5a. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIPTON, F.R.; COHEN, C.I.; FISHER, E.; KATZ, S.E. Schizophrenia: A network crisis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, n. 1, p.144-151, 1981.

MARI, J.J; LEITÃO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.22, Supl I,p.15-7, 2000.

LOPES, R.L. **Redes sociais das mães de crianças desnutridas do bairro padre palhano em Sobral-CE.** 2004. 84 f. Monografia **(**especialização em saúde da família) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Ceara, 2004.

MARTELETO, R.M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência de informação. **Ciência da Informação**, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MEEKS, S.; MURREL, S. A.; Service providers in the social networks of clients with severe mental illness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 20, n. 2, p.399-406, 1994.

MESSAS, G.P; GENTIL, V.; GILL*, M.; MURRAY, R.; VALLADA, H.P. Ausência de efeito de gênero em esquizofrenia familiar: um estudo brasileiro **Arq Neuropsiquiatr**; v.58, n.2-B, p. 494-498, 2000

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/ .

MORIN, R.C.; SELDMAN, E. A Social Network Approach and the Revolving DoorPatient**. SCHIZOPHRENIA BULLETIN**, v.12, n.2, p.262-273, 1986

MULLER, B; NORDT, C; LAUBER, C.; ROSSLER, W. Changes in Social Network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. **Journal of Social Psychiatric,** v.53, p. 564-574, 2007.

MURAMOTO, M.T. **A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários deserviço de saúde mental no município de Santo André**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo, 2008.

NORDT, C.; MULLER, B.; WULF, R.; LAUBER, C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. **Social Science & Medicine**, v.65, p.1420–1429, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde **Cad. Saúde Pública,** RJ, v.22, n.5, p.1053-1062, mai, 2006

PALOMBINI, A.L. **Práticas clínicas no território** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/praticasclinicasanalicepalombini.pdf>. Acesso em: 21 Setembro de 2010.

PATTISON, E. M; PATTISON, M.L. Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, n. 1, p.135-143, 1981.

PEDRO, I.C.S; ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C. Rede Social em enfermagem familiar: revendo conceitos **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.2, p.324-327, 2008.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n.3, p. 569-577, set/dez. 2006.

PICKENS, J. M. Formal and informal social network of mental with serious mental illness. **Mental Health Nursing,** v.24, p.109–127, 2003.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar **Texto Contexto Enferm.,** Jul-Set; v.14, n.3, p.350-7. 2005

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul. Enferm.** V.22, n.1, p.11-16, 2008

SAUNDERS, J. Walking a mile in their shoes: symbolic interactionism for families living with severe mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing,** v.35, n.6, p. 8-13, 1997.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C.E. De como la red social afecta la salud del indivíduos y la salud del individuo afecta a la red social. In: DABAS, E.; NAJAMANOVICH, D. (org). **Redes, el lenguagede los vinculos.** Argentina: Paidós, 1995.

SOARES, M. **UM ENCONTRO, DUAS PARAGENS: SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/economiasolidariamartasoares.pdf, Acesso em: 21 Setembro de 2010.

SOUZA, L.A.; COUTINHO, E.S.F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo v.28 n.1, mar. 2006.

TAYLOR, C. M. Família: Teoria e Intervenção. In:____. **Manual de Enfermagem Psiquiátrico.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 26, p. 397-406.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, supl., p. 7-14, 1999.

WESTERMEYER,J.; PATTISON, J. Social Network and mental illness in a peasant society. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, n. 1, p.125-134, 1981.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2002.

ZANETTI, A.C.; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28,n.3, p. 28-33, 2007.

YASUI, S. **A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora"**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf , Acesso em: 21 Setembro de 2010.

# Apêndices

Apendice 1:

Sexo: ☐ M. ☐ Fem Idade: .

Estado civil:

Tempo de doença:

Número de internações:

Data da ultima internação:

Tempo de tratamento no serviço:

Onde fazia tratamento antes da existência do serviço:

Atividades que realiza no serviço:

Com que freqüência usa o serviço que recebe:

**APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (PACIENTE).**

Meu nome é Guilherme Correa Barbosa, sou enfermeiro do Ambulatório de Saúde Mental de Serrana e aluno de pós graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando um trabalho de pesquisa que se chama "Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade". O objetivo deste trabalho é descrever a composição familiar, os locais e pessoas com quem os clientes do serviço de Serrana têm contato. Para conseguir este objetivo pretendemos entrevistar pessoas que, como você, que fazem seguimento no ambulatório de Serrana. Assim estou convidando você para participar da pesquisa.

Se você aceitar participar da pesquisa, você responderá perguntas sobre a composição de sua família e os locais que você freqüenta na cidade. Também gostaria de lhe pedir autorização para gravar a entrevista. A entrevista será usada somente para fins científicos. Seu nome não será divulgado. Após o termino da análise dos dados às mesmas serão descartadas.

Você não receberá dinheiro ou outro beneficio para participar da entrevista.

Não existe risco ou perigo em sua participação, mas se sentir desconfortável por falar sobre seu problema de saúde, poderá interromper e pedir ajuda ao pesquisador.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, e não haverá prejuízo em seu tratamento no Ambulatório de Saúde Mental.

Terá garantia de receber os esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados com a pesquisa.

Terá a segurança de que não será identificado e tudo que relatar será mantido em segredo.

Em caso de não se sentir respeitado quanto aos critérios acima exposto poderá procurar a Profa. Dra. Sueli Ap. Frari Galera.

Este termo constará de duas vias sendo que uma ficara com o pesquisador e uma ficará com o entrevistado e este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia deste termo para contato, se necessário.

Nome do participante: _____

_____ _____

Assinatura do participante Guilherme Correa Barbosa

RG 27.002.880-8

Ribeirão Preto ____ de _____2010.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Profª. Drª. Sueli Ap. Frari Galera, e-mail: sugalera@eerp.usp.br tel: (16) 3602-3408 e com Guilherme Correa Barbosa, e-mail: guilhermebao@hotmail.com.

**APÊNDICE 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Familiar).**

Meu nome é Guilherme Correa Barbosa, sou enfermeiro do Ambulatório de Saúde Mental de Serrana e aluno de pós graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando um trabalho de pesquisa que se chama "Rede social de um grupo de portadores de esquizofrenia seguidos em um serviço de saúde mental na comunidade". O objetivo deste trabalho é descrever a composição familiar, os locais e pessoas com quem os clientes do serviço de Serrana têm contato. Para conseguir este objetivo pretendemos entrevistar pessoas que, como seu _____ (grau de parentesco), fazem seguimento no ambulatório de Serrana. Assim estou convidando você para participar da pesquisa.

Se você aceitar participar da pesquisa, você ajudará seu familiar a responder perguntas sobre a composição de sua família e os locais que seu familiar freqüenta na cidade. Também gostaria de lhe pedir autorização para gravar a entrevista. A entrevista será usada somente para fins científicos. Seu nome não será divulgado. Após o termino da análise dos dados às mesmas serão descartadas.

Você não receberá dinheiro ou outro beneficio para participar da entrevista.

Não existe risco ou perigo em sua participação, mas se você se sentir desconfortável por falar sobre o problema de saúde de seu familiar, poderá interromper e pedir ajuda ao pesquisador.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, e não haverá prejuízo no tratamento de seu familiar no Ambulatório de Saúde Mental.

Terá garantia de receber os esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados com a pesquisa.

Terá a segurança de que não será identificado e tudo que relatar será mantido em segredo.

Em caso de não se sentir respeitado quanto aos critérios acima exposto poderá procurar a Profª. Dra. Sueli Ap. Frari Galera.

Este termo constará de duas vias sendo que uma ficara com o pesquisador e uma ficará com o entrevistado e este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia deste termo para contato, se necessário.

Nome do participante: _____

_____ _____

Assinatura do participante Guilherme Correa Barbosa RG 27.002.880-8

Ribeirão Preto ____ de _____2010.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Profª. Drª. Sueli Ap. Frari Galera, e-mail: sugalera@eerp.usp.br tel: (16) 3602-3408 e com Guilherme Correa Barbosa, e-mail: guilhermebao@hotmail.com.

# Anexos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

***COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP***

Of.CEP-EERP/USP – 0231/2010

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em sua 132º Reunião Ordinária realizada no dia 20 de outubro de 2010.

**Protocolo:** nº 1157/2010

**Projeto:** REDE SOCIAL DE UM GRUPO DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA SEGUIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE.

**Pesquisadores:** Sueli Ap. Frari Galera
Guilherme Correa Barbosa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento**
Coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilma. Sra.**
**Profª. Drª. Sueli Ap. Frari Galera**
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP