

**REDES SOCIAIS E SAÚDE:
SOBRE A FORMAÇÃO DE REDES DE APOIO
SOCIAL NO COTIDIANO DE PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL**

Breno Augusto Souto Maior Fontes

A agenda das reformas do sistema de saúde conta com um capítulo importante, o da reforma do sistema de saúde mental. Desde a década de 1970 diversos países empreendem tentativas de introduzir novas práticas no tratamento dos portadores de transtorno mental. As denúncias de Goffman e Foucault, deslocando o foco do discurso psiquiátrico e sua prática terapêutica, para uma abordagem humanística, integradora e que tivesse, conseqüentemente, a preocupação com o indivíduo em sua totalidade – não aquele classificado, medicalizado e naturalmente circunscrito aos diversos campos da área médica: consultórios, ambulatórios e hospícios – são o estopim do processo.

Com as reformas no sistema de atenção aos portadores de transtorno mental, reintroduz-se o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no processo de seu tratamento: os círculos sociais mais próximos (a família, os vizinhos), o campo profissional. Reconhece-se, desta forma, a importância das redes sociais, dos apoios sociais conseqüentes desta inserção em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, e também como importante auxiliar no tratamento, a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade oferecidos por estes outros atores não inscritos no campo médico. Trataremos, aqui, de discutir a literatura sobre o assunto, ao mesmo tempo que apresentaremos, a partir da experiência da reforma brasileira, os desafios desta nova abordagem terapêutica.

Convém estabelecermos alguns recortes na revisão da literatura que apresentamos abaixo. Um primeiro ponto bastante importante é que tratamos de um tipo particular de campo de sociabilidade, que são as interfaces diversas estabelecidas entre os atores que se inserem na prática terapêutica do sofrimento psíquico. Não somente os cuidadores, mas também os que são objeto dos cuidados e aqueles que fazem parte das redes de sociabilidade destas pessoas. Consideramos os campos sociais fortemente institucionalizados (os manicômios, os serviços médicos diversos) e também as associações profissionais, as de auto-

ajuda, as ONGs, as associações de moradores. As redes egocentradas dos portadores de transtorno mental são igualmente abordadas, principalmente quando se consideram os fluxos de apoio no enfrentamento do sofrimento psíquico. Este recorte se torna indispensável para o enquadramento adequado da construção conceitual que desenvolvemos abaixo sobre as práticas de sociabilidade que, na prática, podem ser úteis para a análise de qualquer campo específico de sociabilidade.

Um outro elemento a se considerar é o da construção social do doente mental. É sabido que os “loucos” há tempos são simplesmente isolados do convívio social, seja pela pura e simples expulsão da comunidade¹, passando pelas casas de internamento e até pela terapêutica moderna, inaugurada por Pinel, em que o asilo, local de tratamento, é também local de confinamento e de exclusão. O sentido do internamento, embora as instituições tenham relativamente se mantido inalteradas, começa a mudar. A loucura é agora compartimentalizada em campos discursivos próprios, e instrumentalizada pelas técnicas terapêuticas. Mas o doente mental ainda é objeto de exclusão, isolamento e até condenação moral. O doente mental, isolado em um manicômio, lentamente é acometido do que Goffman chama de “morte social”: desestruturação completa de seus laços de sociabilidade, interiorização dos padrões institucionalizados da rotina hospitalar, a ponto de o louco e o hospital se confundirem.

Também o doente mental, ainda em convívio em sua comunidade primária – a família, a vizinhança - é lentamente submetido ao desgaste de uma construção social já há muito tempo consolidada de seu estado de saúde, o que resulta na tentativa protetora de seus familiares de o isolar no ambiente doméstico, evitando o espaço público, a discriminação, a chacota e o escárnio. É o que, por exemplo, conclui Rabelo (2001, p. 80), a propósito da relação entre o doente mental e a vizinhança:

A proximidade das casas e a profusão das redes sociais de amizade e parentesco – que se imbricam e entrecruzam – trazem como consequência inevitável o envolvimento dos vizinhos no drama da doença – quer como prestadores de ajuda e apoio, quer como veiculadores de informações e estigma. Mais do que qualquer outra enfermidade, a doença mental afeta sobremaneira a dinâmica social da vizinhança. Reter o doente no espaço reduzido da casa e, portanto, evitar que ele se envolva em incidentes com os vizinhos é, em geral, tarefa árdua. Muitos ‘malucos’ acabam se transformando em personagens do bairro, ora temidos, ora

¹“Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (Foucault, 2005, p. 09).

ridicularizados, perseguidos pelas crianças e evitados por adultos temerosos. Em suas narrativas, as mães respondem aos estereótipos que orientam tais reações, revisando habilmente a biografia dos filhos, de modo a reconstruir-lhes a identidade em termos mais favoráveis.

Analisar redes sociais de portadores de transtorno mental significa levar em consideração a particularidade do estigma da doença mental e o processo de (des)estruturação social resultante da trajetória da carreira do doente mental. Significa incorporar o campo institucional (os profissionais de saúde e suas instituições: os hospitais, os manicômios, os centros de atendimento), porque nestes espaços passa a acontecer parte significativa do cotidiano dessas pessoas, o seu campo de sociabilidades secundárias e o de seus cuidadores²: associações de moradores, ONGs, Igrejas; e também os campos de sociabilidade primária dos doentes mentais: amigos, parentes, colegas de trabalho, vizinhos. Pessoas com quem se relaciona e de onde retira apoio para o enfrentamento de seu sofrimento psíquico.

Apoio social, ou como as pessoas constroem solidariedade

Os cuidados dos portadores de transtorno mental estão bastante ancorados na sociedade civil (associações, ONGs) e na esfera privada (famílias, amigos, redes primárias de forma geral). Os cuidadores, além dos profissionais do campo médico, também são os familiares, os amigos, as associações e grupos de apoio.

Na literatura consultada, encontramos uma rica discussão sobre o fenômeno da “solidariedade”: sobre como se manifesta este fenômeno, como em diversas civilizações acontece esta prática³. Em literatura mais específica sobre cuidados com portadores de transtorno mental, encontramos um debate sobre apoio social, refletindo sobre como o fenômeno da solidariedade se manifesta neste campo de sociabilidade particular. Apresentamos, aqui, de forma sumária, um breve relato desta rica discussão⁴.

²Os cuidadores, quando existem, são membros da família, com forte presença feminina (mães, esposas e filhas).

³Neste caso, a importante discussão de Mauss, com o seu ensaio sobre a dádiva, que ainda hoje inspira muitos acadêmicos.

⁴Já apresentamos, em outro local (Fontes, 1999), uma revisão da literatura sobre redes sociais e solidariedade. Introduziremos aqui algum comentário sobre este assunto, ligando-o à literatura sobre apoio social (social support), de origem predominantemente norte-americana, que procura explicar a importância dos vínculos sociais para a saúde das pessoas, e também para o enfrentamento das adversidades.

Contemporaneamente, as ações estruturadoras da solidariedade se localizam principalmente no mercado e no Estado, definindo as ações sociais dominantes, calcadas na racionalidade instrumental: o dinheiro e o poder (Habermas, 1978; 1987). As ações não estabelecidas pela racionalidade instrumental, entretanto, sempre estiveram presentes e se constituem em instrumento indispensável à manutenção do tecido social. Localizando-se na esfera do mundo da vida (e definidas operacionalmente pela racionalidade substantiva), estas ações produzem solidariedade de outro nível. Os intercâmbios estabelecidos entre os atores não se dão de forma pontual e localizada, como é o caso das situações de troca de mercado entre consumidores, ou nas relações do Estado na provisão de serviços públicos, caracterizando também uma relação localizada entre o produtor de bens e o detentor de direitos (o cidadão). A solidariedade produzida na esfera do mundo da vida se dá a partir de trocas não circunscritas em um espaço de tempo, traduzindo-se antes de tudo pela reafirmação de laços sociais que se prolongam por uma trajetória de sociabilidade não necessariamente inscrita na contabilidade da equivalência de objetos que se intercambiam. A troca, que se dá a partir do dom (elemento caracterizador deste tipo de solidariedade), apresenta as seguintes características:

Não existe sempre o retorno, no sentido habitual, mercantil do termo, de retorno material de objetos ou de serviços... Ao contrário, o retorno é frequentemente maior que o dom. Desde que haja troca, esta se distancia do princípio de equivalência mercantil. Os parceiros parecem frequentemente ter o prazer de desequilibrar constantemente o princípio da equivalência da troca, quer dizer, preferem se manter em estado constante de dívida... A única coisa não totalmente livre do dom é o fato de receber. Quer queira ou não, se recebe, e existe sempre retorno: a gratidão, que suscita o reconhecimento, este suplemento que circula e que não entra nas contas, são retornos importantes para os doadores (Godbout, 1992, p. 136-137).

Os processos de solidariedade originários a partir do fenômeno do dom e ancorados no cotidiano se constituem em elemento fundamental na estruturação do vínculo social. Primeiro, como nos mostra Godbout, a partir da transformação do indivíduo em pessoa,

...sujeito que se posiciona em uma série de atos de direitos e obrigações, de dívidas e créditos, que desenham sua existência concreta, que estabelece o lugar real, simbólico ou imaginário, onde as pessoas entram em interação (...) lugar de interconhecimento direto e concreto, seja de efetivas relações face a face ou simplesmente virtuais” (Ibid, p.197).

Depois, o estabelecimento da reciprocidade e da interdependência mútua que caracteriza a estruturação da sociedade, como nos mostra Gouldner (1960). Este processo de certa forma complementa as atividades inscritas na esfera econômica, onde o padrão de troca, levado a cabo a partir da divisão do trabalho, é realizado, resultando na interdependência das pessoas.

Como funcionam estes mecanismos de solidariedade? Desde Durkheim, em seu clássico *Da divisão do trabalho social*, os processos geradores de solidariedade, fundamentais para a manutenção do laço social, estão associados à interdependência entre os indivíduos em suas atividades cotidianas. Deste modo, as instituições sociais, locais de desempenho dos papéis sociais, seriam o lócus das práticas de solidariedade. Das práticas de solidariedade, identificadas por Mauss enquanto produtoras de “dádiva”, ou aquelas encontradas no mercado, não haveria diferenças significativas no que diz respeito às suas características básicas (geradoras de interdependência e de vínculo social etc.). A localização destes processos de sociabilidade, entretanto, se daria de maneira diferente, como observamos acima.

Nas sociedades modernas, aparentemente, haveria uma predominância das práticas sociais orientadas pelo dinheiro ou pelo poder, segundo a tese de Habermas⁵. As outras práticas (estruturadas no mundo da vida), entretanto, não desaparecem; inclusive, são de vital importância para o funcionamento destas sociedades (é a tese de Goudbout). Estas práticas se estruturam a partir da construção de redes sociais centradas nos processos de sociabilidade vivenciados pelos indivíduos em seu cotidiano.

A crescente importância de processos sociais centrados no mundo cotidiano seria uma das facetas mais importantes das mudanças que estão em curso. As estruturas identitárias se centram cada vez mais em afirmações particulares, primárias (religiosa), étnica, territorial (Castells, 1997), o que pode ser caracterizado como um paradoxo: diante de um mundo cada vez mais globalizado, se localizam crescentemente em laços ancorados em sociabilidades específicas. Conceitos totalizantes utilizados até então pelas ciências sociais, como classe, Estado, se tornam inadequados para explicar esta nova realidade.

Haveria, deste modo, um espaço cada vez mais importante para as ações coletivas localizadas em busca identitária de grupos que se definem enquanto pertencentes a uma etnia, um território, ou uma configuração cultural particular. Tais processos se estruturam por fora dos padrões anteriormente dominantes,

⁵ Esta progressiva interdependência entre os indivíduos, ao lado de uma individualização crescente, provocada pela economia monetária, é exemplarmente analisada em Simmel (1991).

como por exemplo, o da esfera do trabalho, ou mesmo perpassam os espaços territoriais do Estado-nação.

O campo dos cuidados da saúde, como vimos, não se restringe aos profissionais da área médica. Parte importante dos atores está localizada em campos de sociabilidade da sociedade civil (associações voluntárias, ONGs) e na esfera privada (as redes de sociabilidade primária – família, vizinhos, amigos). Existe uma intensa literatura que trata do assunto, descrevendo este fenômeno pelo nome de “Apoio Social”, que pode ser definido como “o conjunto de provisões instrumentais ou expressivas, reais ou percebidas, levadas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos” (Peña, 2003). Ainda segundo este autor, deve ser considerado três níveis de análise dos mecanismos que ativam o Apoio Social: (a) a comunidade; (b) as redes sociais; (c) as ligações mais íntimas, que proporcionam vínculo mais estreito.

O apoio social, como vimos, está ligado ao fenômeno do dom, de manifestação mais larga que cuidados a pessoas. É uma forma de circulação de recursos aportada por práticas de sociabilidade fora do mercado e do Estado. Em uma manifestação mais particular, a de cuidados a doentes ou pessoas com necessidades, ou a atenção e conforto psicológico resultantes desta relação, o apoio social tem efeitos muito conhecidos à saúde das pessoas e, indiscutivelmente, não pode ser substituído pela atenção proporcionada pelo Estado. Neste sentido, como afirma Badura (1986, p. 56):

1. Psychosocial needs like the feelings of belongingness, of being accepted and loved can be met only within the context of social relationships, especially within the family and at the work place;
2. Social policy is able to protect and to promote those informal social relationships; social policy is, however, unable to be a substitute for them;
3. The need for care, or – to frame it differently – the need for stable social relationships and for supportive face-to-face interactions is not confined only to the very young or the very old, to the sick, the disabled or deviant members of our society. Care is something everybody needs in order to cope with the stress and strain of daily life. Care is a fundamental prerequisite of a meaningful social life.

Apoio social, enquanto instrumento que mobilize recursos por fora das instituições localizadas no Estado e no mercado, tem importante função no tratamento e apoio de portadores de transtorno mental. Estes recursos, traduzidos na forma de apoio emocional ou de cuidados para o tratamento e acompanhamento da doença, podem ser alocados na esfera privada, a partir das redes primárias de sociabilidade (amizade, família, vizinhos) ou no campo da sociedade civil, a partir das redes secundárias (ONGs, associações de apoio etc.). Os referidos mecanismos não podem ser vistos como substitutos do Estado,

nem também passíveis de serem alocados a partir do mercado, pois a forma pela qual são produzidas as sociabilidades se reveste de uma natureza diversa, como já observamos acima. Os vínculos sociais estabelecidos entre as pessoas, por exemplo, resultam em uma prática que não se ancora em uma racionalidade típica da do mercado ou do Estado, a instrumental. Trata-se de um campo específico, que acima denominamos de redes sócio-humanas, que fazem parte do complexo sistema que estrutura o cuidado e atenção à saúde (ao lado das redes sócio-técnicas e sócio-institucional), mas com uma lógica própria.

Insisto no fato de que estas sociabilidades se desenvolvem com uma lógica própria, não sendo, portanto, passíveis de serem substituídas por outras lógicas, e que a sua existência é indispensável a uma prática adequada de cuidados a pessoas que mereçam atenção especial (doentes e idosos, por exemplo). A literatura sobre portadores de transtorno mental é bastante clara a respeito: os benefícios do apoio social sobre a saúde física e mental das pessoas não são aportados de outra forma a não ser a partir da complexa relação estabelecida a partir do vínculo ancorado do dom.

Sobre os cuidados com os portadores de transtorno mental: a reforma psiquiátrica e o desasileamento

Na década de 1960, na Europa, inicia-se um movimento que põe em questão a até então dominante prática de tratamento dos doentes mentais, o asilamento, o isolamento em manicômios. Beneficiados de certa forma pela revolução do tratamento provocada pela descoberta e aperfeiçoamento de uma série de medicamentos, estas pessoas podiam mais facilmente controlar suas crises e portanto ter a oportunidade de uma assistência domiciliar. Abre-se a possibilidade de questionar o modelo terapêutico dominante, fortemente autoritário: pessoas isoladas do convívio social, estigmatizadas e, segundo os críticos mais mordazes, cada vez mais assujeitadas à cultura manicomial.

As causas da doença mental são agora também atribuídas, ao lado dos processos de natureza biológicas, a processos sociais. O internamento em manicômios, desconsiderando esta questão, poderia exercer efeitos contrários ao esperado, o de controle e cura da doença. Defende-se agora o tratamento domiciliar, a reconstrução das redes sociais e empoderamento do doente mental, que se processa a partir do momento em que este indivíduo se põe em contato mais intenso com a família, com os amigos, enfim, quando cada vez mais se aproxima de uma rotina de sociabilidade “normal”. Tal movimento, conhecido por antipsiquiatria, psiquiatria comunitária, psicologia comunitária, é descrito abaixo por Legewie:

The drive for reform with scientific findings led, in USA, and in other western industrial nations, such as England, France, Scandinavia, Holland, Italy, and The Federal Republic of German, to varying developments and changes within the health system, all of which, however, having one goal in common: community oriented psychosocial care...the development of community psychology ... represents and attempts to depart the medical tradition in order to place the issue of mental health and environment within a general frame of reference. A first step was taken in the development of a community psychological prospect in the broadening of the concept of mental illness as something centered on the individual as understood by traditional clinical psychology and psychotherapy. The causes of mental illness are also to be regarded as determined by society and, indeed, specifically by the living conditions in the community. A logical consequence of this fact, social strategies must be put into effect for the prevention and treatment of mental illness, not only on a regional level but also on the local level of the community and the neighborhood as well as the level of primary and secondary groups (Legewie, 1986, p. 219).

No Brasil, a reforma psiquiátrica é resultado de um longo processo onde não somente os aspectos mais específicos da organização dos serviços de saúde mental são considerados, mas o sistema de saúde como um todo. Podemos afirmar que o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil faz parte do movimento pela reforma sanitária, que culminou na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) no início da década de 1990.

A reforma Sanitária faz parte de um grande processo descentralizador, com origens na Europa na década de 1970, chegando a América Latina na década seguinte, com a crise de legitimação dos regimes militares. Inaugura-se no continente uma vaga descentralizadora, e o poder local se converte em um denominador comum: é a principal bandeira de luta dos movimentos populares, de todos os partidos de esquerda, assim como dos projetos políticos conservadores e também apoiado por agências internacionais de desenvolvimento.

Participação popular e descentralização são os ingredientes de uma fórmula mágica, espécie de panacéia para as freqüentes crises de legitimação experimentadas pelas democracias ocidentais, com a conseqüente deslegitimação de seus instrumentos de organização política mais importantes, os partidos e os sindicatos. Os novos atores sociais passam a ser os principais agentes desta nova ordem política, instituída enquanto projeto restaurador dos ideários da democracia. Trata-se, na verdade, de um projeto que pretende encontrar uma fórmula que, de certo modo, corrija os vícios da democracia representativa (sem descartá-la), resgatando o princípio da universalidade, da possibilidade de existência de um foro para todos os segmentos da sociedade civil.

Não se trata, portanto, de instituir um sistema substitutivo ao da democracia representativa. Afora algumas experiências de reduzido alcance, não se admite como possibilidade um modelo de representação direta em nossas sociedades, bastante complexas. O que se pretende, na verdade, é uma fórmula complementar, onde, ao lado do sistema representativo, sejam abertos canais de participação que propiciem práticas cooperadas de gestão pública, conduzidas pelo Estado, mas com forte participação da sociedade civil

A ação descentralizadora, vista como um processo administrativo cujo objetivo é o aumento da eficiência com o aproveitamento racional dos recursos públicos disponíveis, deve considerar a esfera pública (lugar por excelência para a decisão sobre a produção de bens públicos) como um instrumento potencialmente poderoso para lograr a justiça social. Neste sentido, o processo descentralizador surge indissolavelmente ligado ao componente participativo, ferramenta de ampliação do acesso da sociedade civil à tomada de decisões.

A gestão participativa tem o seu conteúdo particularmente ancorado no local. Argumenta-se que as questões locais afetam mais diretamente o cotidiano das pessoas e que portanto devem ser resolvidas localmente. A esfera político-administrativa local, o município, deve organizar padrões de gestão onde o componente participativo seja o principal instrumento. A transferência, pois, de competência decisória a comunidades locais é o ingrediente fundamental do processo descentralizador, significando distribuição de poderes.

No Brasil, as experiências das décadas de 1970 e 1980 mostram que, muito além de meras declarações de princípios, as práticas de participação popular na gestão urbana se propagaram de forma impressionante por todas as partes. Entretanto, mesmo conduzidas por atores sinceramente empenhados em fazer valer os princípios de uma prática verdadeiramente democrática, estas experiências geraram também novos problemas. Examinando a literatura destas décadas, e comparando com escritos mais recentes, verificamos uma significativa contradição: de um lado, o otimismo, apoio e entusiasmo em relação à funcionalidade destes novos sistemas de gestão; por outro, certo descontentamento ao constatar que as coisas não funcionam tão bem como se previa.

A reforma sanitária e a conseqüente descentralização do Sistema de Saúde talvez seja uma das mais bem sucedidas experiências de descentralização. Com amplitude nacional, e fortemente regulamentada – garantindo desta forma recursos, base institucional para execução e conseqüente diminuição do risco de descontinuidade das políticas –, esta reforma é o resultado de um intrincado jogo político, com atores se enfrentando na regulação de um sistema complexo – o da gestão de políticas de saúde – envolvendo interesses freqüentemente em conflito. É o resultado dos militantes da saúde pública, inconformados com

uma prática médica dominante ancorada na especialização, fortemente orientada para ações curativas e com cada vez mais presença de interesses privados. A luta pela reforma sanitária traz como principal tópico da agenda o da universalização do acesso, de um lado, e uma ênfase em práticas de promoção de saúde, de outro.

O desenho do modelo é bastante complexo: desde a base (os municípios) até o topo da hierarquia administrativa brasileira (a Federação) são introduzidos mecanismos de participação popular, com os Conselhos de Saúde, formados por representantes da sociedade civil. Estes conselhos e as Conferências de Saúde, definem a agenda da saúde pública do país.

O conteúdo pleno desta prática de cuidados de saúde envolve, conseqüentemente, não somente um modelo de gestão descentralizada e participativa – que no sistema de saúde se estrutura para a definição das agendas a partir dos Conselhos e das conferências – mas também uma intensa relação entre a equipe de saúde da municipalidade com as redes e a comunidade onde habitam, vivem e constroem seus cotidianos. A saúde não é mais objeto de atenção do indivíduo e seu corpo com o cuidador: é o cuidado do corpo, do estado de sanidade, incorporado à promoção da saúde, à participação da comunidade e suas associações e também ao envolvimento das famílias, dos vizinhos. Trata-se, portanto, de uma concepção onde a construção e o resgate destas redes comunitárias e primárias são o conteúdo principal.

Em 06 de abril de 2001 é promulgada a Lei n. 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Esta lei se baseia em um projeto do Deputado Paulo Delgado, que tramitou no Congresso Nacional por mais de uma década. A sua versão final foi apresentada a partir de um substitutivo do Senador Sebastião Rocha. Esta Lei formaliza uma prática que há algum tempo tem sido adotada em algumas cidades brasileiras⁶, a de oferecer um modelo de assistência diverso do até então existente, o do internamento hospitalar, e a de estimular o apoio da comunidade e dos laços primários do assistido enquanto instrumento central do tratamento. Com efeito, o artigo 2, Parágrafo Único, IX afirma ser direito fundamental da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; o artigo 4., §3 veda a internação de pacientes portadores de transtorno mental em instituições com características asilares...”.

⁶Por exemplo, a experiência de Santos, do NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), tem início na década de 1990.

O modelo de assistência e de tratamento segue o mesmo padrão ditado pelas diretrizes da reforma sanitária: territorialização, participação comunitária e ambiente multidisciplinar. Para o caso dos portadores de transtorno mental, instituem-se os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial), com as seguintes características:

...devem oferecer condições que inexistem nos ambulatórios, no sentido de uma atenção diária e integral; devem ser regionalizados e oferecer um tratamento dito comunitário ou territorializado; isto é, que não retire o paciente de seus vínculos sociais e baseie-se não apenas nos recursos da instituição mas nos recursos comunitários; devem oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas e devem incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como extraclínicas (Tenório, 2002, p. 50).

Como consequência principal, o declínio do número de leitos em hospitais psiquiátricos, que passa de 72.514 em 1996 para 53.180 em 2003, um decréscimo de 26,6%, com a progressiva instalação dos CAPs e a inauguração de uma nova prática terapêutica. Como consequências secundárias, os autores têm apresentado algumas, com efeitos às vezes inesperadas ou não desejadas, seja pelo não cumprimento integral do modelo, seja por inadequações da nova proposta de intervenção aos ditames da resistência cultural ou mesmo dos profissionais de saúde mental. Alguns pontos merecem ser considerados:

(a) *a descentralização e as interfaces entre os diversos níveis político-administrativos.* Silva (2005) afirma que “a implementação dos princípios do SUS – como a descentralização da gestão, a atenção integral e a participação da comunidade – desencadeia tantos processos político-administrativos, gerando conflitos entre recursos e responsabilidades. Esse processo de descentralização acaba encarregando mais do que empoderando municípios, serviços e profissionais”.

(b) *o desengajamento do Estado.* Já há algum tempo os especialistas alertam que os processos descentralizadores podem resultar em transferência de responsabilidades desacompanhadas de recursos adequados e que este fato implica concretamente em uma oferta reduzida dos serviços. A mesma questão tem sido apontada por especialistas da reforma psiquiátrica:

...deve-se ter o cuidado para que o Estado não se exima por completo de sua responsabilidade, ao transferir o atendimento a pacientes psiquiátricos para unidades fora de sua rede. A transferência do cuidado dos usuários de saúde mental para Caps municipais e até para aqueles administrados por organizações da sociedade civil não pode significar a desresponsabilização do Estado. Para o Ministério da Saúde é

cômodo e econômico tirar dos hospitais os pacientes internados, como acontece com aqueles beneficiados pelo Programa de Volta para Casa⁷. Neste caso, o usuário dos serviços de saúde mental recebe um benefício de um salário mínimo. Caso continuassem internados, o MS gastaria cerca de 3,5 vezes mais por cada paciente (Mattar, 2004).

Também deve ser considerado o fato de que em países de baixo ou médio desenvolvimento, o Estado do Bem Estar Social não se desenvolve de forma satisfatória, o que faz com que as famílias ou grupos da sociedade civil sejam os provedores principais dos cuidados. Há um risco bastante alto que com a reforma, a desinstalação dos manicômios não seja acompanhada pela substituição dos serviços antes ofertados por outros, o que resulta na maior presença do que Alves denominou de Sociedade Providência:

A Política de Saúde Mental em Portugal é analisada a partir do conhecimento dos modos de produção de respostas na saúde mental. (...) Portugal é uma sociedade semi-periférica, e a sociedade providência [é constituída de modo particular] em que as redes de solidariedade que se processam na base de laços de parentesco (a família) aparecem como forma de resposta social aos problemas que a doença mental coloca. A nossa hipótese anuncia a contradição encontrada ao nível das Políticas de Saúde Mental entre o definido legalmente (Psiquiatria Comunitária de Inserção Social) e a realidade prática (exclusão social) e introduz as famílias e portanto a sociedade providência como fundamental nesta análise (Alves, 1998, p. 06-07).

(c) finalmente, deve-se considerar se efetivamente há um ambiente sócio-cultural ao estabelecimento de práticas previstas na reforma psiquiátrica. De um lado, se há efetiva densidade associativa, conseqüentemente, se as condições de participação são preenchidas. Se as comunidades dispõem de densidade adequada de capital social, permitindo, desta forma, uma efetiva participação. Por outro, se os diversos atores envolvidos diretamente nos cuidados (profissionais de saúde em geral, membros das redes primárias dos pacientes envolvidos diretamente na sua assistência) assimilam o conteúdo ou a filosofia desta nova prática, incorporando-a sem resistências, ou se, diante de um quadro institucional novo, velhas mentalidades ainda persistem. Se, por exemplo, as famílias – por conta da difícil tarefa de lidar com o preconceito, o estigma e a exclusão – julguem mais adequada a prática tradicional do asilamento e que, na impossibilidade prática de internar o portador de transtorno mental, o isole em sua residência e o exclua do convívio social; ou se a equipe de saúde ainda considere mais eficaz o tratamento medicamentoso, utilizando-o preferencialmente a outro que se apresente como alternativo.

⁷ Programa que dispõe sobre auxílio monetário aos portadores de transtorno mental, ou seu representante legal instalado a partir da Lei n. 10708, de 31 de julho de 2003.

Referências

- ALVES, Maria de Fátima Pereira. (1998). A família como suporte da política de saúde mental em Portugal. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, (Dissertação de Mestrado).
- BADURA, (1986). Bernhard Social networks and the quality of life. In: FRICK, Dieter (Ed) The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions. Berlin, Walter de Gruyter, pp.55-61
- BARNES, J.A (1987). Redes sociais e processo político in: A antropologia das sociedades contemporâneas. Organização e Introdução de Bela Feldman-Bianco. São Paulo, Global, 1987, pp.159-92
- BENBENASTE, Verônica. (2006). *Flujo de Información y referencias de usuarios en la Red infanto-juvenil de Salud Mental de ciudad de Buenos Aires. Estudio de caso utilizando Análisis de Redes Sociales. Buenos Aires*, CEDES-FLACSO. (Maestría en Ciencias sociales y Salud).
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Secretaria de Assistência à saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências/Novas tecnologias Assistenciais/Secretarias Estaduais de Saúde/ Brasília*, Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília*, Ministério da Saúde.
- BRUGHA, T.S. (ed) (2006) *Social support and psychiatric disorder : research findings and guidelines for clinical practice*. London, Cambridge University Press
- CANIELLO, Márcio; JUSTINO FILHO, José. (2005). *Eficiência e eficácia nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba: um estudo comparativo*. In: SBS (Sociedade Brasileira de Sociologia), XII Congresso GT Saúde e Sociedade. Belo Horizonte (mimeo)
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2):569-584, 2003
- CARDOSO, Carlos Alberto; RODRIGUES, Núbia (1998) Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, Luís Fernando. *Doença e sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, , pp. 137-149
- CASTELLS, Manuel (1997) *The rise of the network society*. Cambridge, MA, Blackwell
- CASTRO, Janete Lima; VILAR, Rosana Lúcia Alves; FERNANDES, Vicente de Paula. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS (mimeo)
- CHEUNG, Siu-Kau; SUN, Stephen Y.K. (2000) Effects on self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and personality*, 28(5):413-22
- COHEN, Simone Cynamon; CYNAMON, Szachna Elisaz (et al) (2004) Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3):807-813
- CORTES, Soraya Maria Vargas (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários. Conselhos e Conferências no sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun pp. 18-49

- COSTA, Albanita Gomes; LUDEMIR, Ana Berarda. (2005) Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):73-79
- DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. (2004). *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 1 São Paulo, Editora 34.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad (2004). Sobre a retórica da exclusão. A incidência do Discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psíquicos. *Psicologia, Ciência e profissão*, 2(11):116-125
- DUPERTIUS, Leslee L. ALDWIN, Carolyn. BOSSÉ, Raymond. (???) Does the source of support matter for Different health outcomes? Findings from the normative aging study
- FERNANDES, Paula T (et al) (2004) Formação de grupos como suporte Psicológico e Social na Epilepsia. *J. Epilepsy Clin. Neurophysio* 10(3):171-174
- FONTES, Breno Augusto Souto Maior (1999). Capital Social e Terceiro Setor: Sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. *Cadernos do CRH*, 30/31:239-264
- FONTES, Breno Augusto Souto Maior; MARTINS, Paulo Henrique (2004) *Redes Sociais e Saúde*. Recife, Editora da UFPE
- FONTES, Breno Augusto Souto Maior (org); MARTINS, Paulo Henrique (org) (2006) *Redes, práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife, Editora da UFPE,
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho.(2004) Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, pp. 30-35
- FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 2005 (coleção Estudos)
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica* (2004). São Paulo, Forense Universitária
- FREITAS, Alexandre Simão. Fundamentos para uma sociologia crítica da Formação Humana. Um estudo sobre o papel das redes associacionistas. Recife, PPGS/UFPE, 2005 (Tese de Doutorado)
- FREY, Klaus. (2003) Desenvolvimento sustentável local na sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação. *Rev. Sociol. Polit.* no.21, p.165-185. ISSN 0104-4478
- FRICK, Dieter (Ed) (1986). *The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions*. Berlin, Walter de Gruyter.
- GALASKIEWICZ, Joseph. (1994). *Advances in social network analysis*. London, Sage Publications.
- GOFFMAN, Erving. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GOUDBOUT, Jacques. (1992) *L'esprit du don*. Paris, Edition la Découverte
- GOULDNER, Alvin (1960). The norm of reciprocity : a preliminary statement. *American Sociological Review*, n.25 :161-178
- HABERMAS, Jürgen (1978) *Raison et légitimité. Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé*. Paris, Payot.
- HILLMAN, Alison.(2005) Human rights and desinstitutionalization: a story in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18(4/5)
- LATOUR, Bruno. (2005). On Recalling ANT. In: LAW, John; HASSARD, John (eds) *Actor Network theory and after*. Oxford, Blackwell Publishing. pp. 15-25
- LAW, John; HASSARD, John (eds) (2005). *Actor Network theory and after*. Oxford, Blackwell Publishing.

- LAW, John (2005). After ANT: complexity, naming and topology. In: LAW, John; HASSARD, John (eds) *Actor Network theory and after*. Oxford, Blackwell Publishing. pp.01-15
- LEE, Nick and Steve Brown (1994) Otherness and the Actor network: the undiscovered continent. *American Behavioural Scientist*, 36:772-790.
- LEGEWIE, Heiner; WIEDERMANN, Peter M (1986). Part E: Mental Health – Introduction. In: FRICK, Dieter (Ed) *The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions*. Berlin, Walter de Gruyter pp.219-227
- LEVY, Flávia Mauuad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. (2004) Programa de Agentes comunitários de saúde : a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cad.Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(1), 197:203
- LIMA, Paulo José Tavares. (2006). Solidariedade: dêskonstruindo estigmas e produzindo inserção social para portadores de transtornos mentais: das experiências comunitárias da cidade de Gheel (Bélgica) às casas-lar da comunidade terapêutica emocy Krause (COMEK) em Jaboatão dos Guararapes-PE. In: FONTES, Breno Augusto Souto-Maior; MARTINS, Paulo Henrique (orgs) *redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife, Editora da UFPE.
- LUCCHESI, Patrícia T.R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdade em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2):439-448.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. (2003). Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a Política de Saúde e seu financiamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 403-415.
- MATTAR, Maria Eduarda. (2004). Mais reforma em mente in: *La insignia*. 10 de outubro de 2004
- MAUSS, Marcel. (2003) *Sociologia e antropologia*. São Paulo, Cosac & Naif
- MEDEIROS, Marcelo (2000) A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dez (IPEA)
- NETO, Milton Meneses da Costa (org). (2000). *A Implantação da Unidade de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ação Básica
- OLIVEIRA, Francisco J. Arsego. (1998). Concepções de doença: o que os Serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 91-94
- PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*. 35(3):303-11
- PEÑA, Roser Fernandes. (2003). Redes Sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, número 03, Dez 2003 (disponível no site www.periferia.name)
- PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto; HEIMANN, Luisa Sterman (2001). – A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17 n.1, Rio de Janeiro jan/fev.
- PIRELLA, Agostino.(1986) The reform of health and Psychiatric services in relation to the quality of urban life. Experiences in the region of Piedmont and in the city of Turin. In: FRICK, Dieter (Ed) *The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions*. Berlin, Walter de Gruyter, pp.241-248
- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria Sigmas, (2003). significado e Práticas relativos à doença mental. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, pp. 43-74

- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria (2003). Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, pp. 75-87
- RIBEIRO, Edilza Maria. (2004). As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF) *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 12(4):658-64
- SANTOS, Jair Ferreira. WESTPHAL, Márcia Faria. (1999). A recente mudança de paradigma no campo da saúde. In: *Estudos Avançados* São Paulo, USP, vol. 13, num. 35, jan/abril, pp 71-88
- SILVA, Pedro Luiz Barros. (2003). *Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década*. São Paulo em Perspectiva, 17(1): 69-85.
- SILVA, Martinho Braga Batista. (2005). Psychosocial care and population management: discours and practices concerning responsibility in mental health. *Psyvis* [online] jan/jun, pp. 127-150.
- SIMMEL, Georg. (1993) Sociabilidade – um exemplo da sociologia pura ou formal. In: *Simmel, Georg Sociologia* (org.) Evaristo Moraes Filho. São Paulo, Ática, pp.165-181
- SLIWANY, R.M. (1997). *Sociometria: como avaliar a qualidade de vida*. Petrópolis, Vozes.
- SMITH, B.J., & Jones, R.T. (1993). Mental Illness and social support. *Psychological Science*, 207-219.
- SOUZA, Iara Maria (2003). Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, 2003. Ed. Fiocruz, pp. 89-124
- SOUZA, Iara Maria (2003). O asilo revisitado In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, 2003. Ed. Fiocruz, pp. 139-168
- SOUZA, Rafaela Assis; CARVALHO, Alysson Masote. (2003) Programa Saúde Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3):515-523
- SOUZA, Waldir da Silva (2001). Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4)933-939, jul-ago.
- TENÓRIO, Fernando. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira na década de 80 aos dias atuais: história, ciências, saúde vol. 9(1):25-59, jan.abr.
- TRAD, Leny Alves Bonfin; BASTOS, Ana Cecília de Souza. (1998). O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14(2): 429-435, abr/jun
- WELMAN, Barry. Network analysis: some basic principles in: _____(ed) *Sociological theory*. 1983
- WIDMER, Eric (2002). Family context as a cognitive networks: a network approach of family relationships. Presentation at the symposium “the complexity of the family system: different approaches to studying within-families dynamics” *International Academy of Family Psychology* Meeting, Heidelberg.
- YUNES, João – O SUS na lógica da descentralização in: *Estudos Avançados* São Paulo, USP, vol. 13, num. 35, jan/abril 1999, pp. 65-70.

RESUMO

Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental

O Brasil experiência a partir da década de 90 uma importante reforma no seu sistema de saúde: a Criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e uma nova prática na assistência aos portadores de Transtorno mental. A reforma psiquiátrica no Brasil ainda está em construção. Os seus pressupostos partem do fato de que a âncora territorial e os laços de sociabilidade primários são um instrumento importante, indispensável ao enfrentamento das adversidades provocadas pelo sofrimento psíquico. Pretendemos introduzir a temática da reforma psiquiátrica a partir da experiência dos CAPS; colocando em pauta as seguintes questões: (a): como as redes sociais ancoradas na comunidade podem se constituir em instrumento auxiliar na gestão do programa CAPs, partindo do princípio que a abordagem deste programa tem por pressuposto a base comunitária e de sociabilidade primária de seus assistidos? (b) de que forma diferentes estruturas de redes são mais funcionais ao enfrentamento das adversidades do que convivem com o sofrimento decorrente do transtorno mental? Quer dizer, não queremos somente analisar a lógica da prática destas políticas de saúde a partir de um pressuposto – o da importância do desasileamento e da reinserção do indivíduo na sociabilidades cotidianas -, enunciado nos documentos oficiais sobre CAPS, mas também verificar a possibilidade de se avaliar a eficácia destas práticas de políticas públicas de saúde, considerando que uma ancoragem dos operadores do sistema público de saúde nas estruturas de sociabilidade primárias de seus assistidos significa uma perspectiva diversa daquela adotada, de um lado, em uma medicina clínica, e de outro, em uma hospitalar/asilar dos profissionais de saúde mental.

Palavras-chave: Redes Sociais; Saúde Mental; Políticas Públicas

ABSTRACT

Social networks and health: on the making of social support networks in the everyday life of carriers of mental disease

Since the 1990s Brazil has witnessed a major reform of its health system: the creation of CAPS (Psychosocial attention centres) and a new aid practice for sufferers of mental health problems. Psychiatric reform in Brazil is still in progress. It starts from the basic proposition that the territorial anchor and the ties of primary sociability are an indispensable instrument in dealing with adversity provoked by psychic suffering. We intend to present the theme of psychiatric reform based on the experience of CAPS; putting the following questions on the agenda: (a): how can social networks anchored in the community constitute an auxiliary instrument in the administration of the CAPs programme starting from the proposition that the approach of this programme presupposes a community base and the primary sociability of those care for? (b) In what way are different network structures more functional in dealing with the adversities of those who live with the suffering following from mental crisis? This is to say that we wish not only to analyse the practical logic of these health policies from the presupposition – the importance of de hospitalization and the

reinsertion of the individual in everyday sociability – announced in the official documents of CAPs. We wish also to verify the possibility and evaluate the efficiency of these public health policy practices in view of the fact that the anchoring of the professionals of the public health system in the primary sociability structures of those in their care implies a perspective different from that adopted, on the one hand, by clinical medicine and on the other in a hospital/home of mental health professionals.

Keywords: Social Networks; Mental Health; Public Policies

Recebido para apreciação: marco de 2007

Aprovado para publicação: abril de 2007