

Suporte social e doença mental

JOSÉ ORNELAS (*)

As reformas desencadeadas pela desinstitucionalização na área da saúde mental, têm colocado novos desafios no estudo dos processos de integração dos doentes mentais num contexto comunitário.

Gerald Caplan (1974), um dos primeiros construtores do Modelo da Saúde Mental Comunitária defendeu o aprofundamento destas reformas e das dificuldades surgidas em relação à população dos doentes mentais, enfatizando a necessidade do desenvolvimento dos *suportes sociais naturais* para que se verificasse um maior sucesso no processo de integração social.

Os suportes pessoais e comunitários, quando realçam as potencialidades dos indivíduos e das famílias e não os seus *défices*, quando se focalizam na saúde e não na doença, poderão contribuir para a redução do isolamento social.

Os fundamentos teóricos decisivos para a implementação das estruturas de saúde mental comunitária realçavam a importância do desenvolvimento dos suportes pessoais e comunitários de forma a que: (1) se verificassem um reconhecimento e fortalecimento das Redes Naturais, às quais os indivíduos pertencam; (2) se identificasse o potencial de suporte social que as instituições formais dentro da comunidade pudessem proporcionar; (3) se melhorasse as ligações entre as redes de suporte comunitário e os Serviços de Saúde Mental

formais; (4) se investigassem as redes e sistemas de suporte comunitário formais e informais.

Estes pressupostos contribuíram para que os profissionais soubessem identificar:

1. Quais os utentes dos serviços que dispunham de suportes suficientes, compostos por pessoas que necessitassem do mínimo de intervenção por parte dos profissionais;
2. Quais os utentes dos serviços que não tinham acesso aos suportes existentes para construir a sua espiral de suporte;
3. Quais os utentes dos serviços que dispunham de suportes sociais, mas que por razões diversificadas, não se encontravam a eles ligados. Nestas situações, o papel dos profissionais poderia consistir em proporcionar a concentração de alguns dos elos da cadeia de suporte existente;
4. Quais os utentes dos serviços que necessitavam de estruturas de apoio e de acompanhamento, mesmo quando dispunham de suportes sociais bem estruturados, através das intervenções dos profissionais no sentido de os manter nos seus suportes comunitários naturais.

As *Redes Sociais de Apoio* foram consideradas como grupos de suporte por Hammer, Maiesky-Barron e Gutwirth (1978), tendo este conceito surgido em estudos epidemiológicos da doença mental relacionado com as migrações, a marginalização social, o isolamento, a classe social, o estado civil, o emprego, o género, a ida-

(*) Professor Auxiliar, ISPA.

de ou a etnia, e mesmo em trabalhos de investigação realizados com a população doente mental, abordando temáticas como o papel dos grupos de suporte ou da rede social na intervenção na crise, na socialização, na integração profissional ou na desinstitucionalização.

Pattison (1975), verificou nos seus estudos que as redes sociais dos doentes mentais esquizofrénicos eram mais pequenas e densas do que as do seu grupo de controlo composto por pessoas sem história de problemáticas de saúde mental. Verificou que os doentes mentais dispunham de redes sociais compostas por 8 a 12 pessoas normalmente incluindo pessoas como quem não estabeleciam relações de longo prazo, como por exemplo um colega de internamento hospitalar, uma enfermeira de serviço ou um conhecimento recente. Na generalidade, excluíam pessoas tidas como socialmente relevantes, incluindo, por exemplo, conhecidos de longa duração ou familiares próximos, não apresentam trocas afectivo-instrumentais simultâneas, mas relações que são afectivas ou instrumentais. As suas redes sociais eram caracterizadas por ambivalência emocional, assimetrias e sem trocas recíprocas, apresentando um sistema fechado de relações em colisão que simultaneamente afastavam e mantinham o indivíduo num sistema socialmente fechado.

Outro trabalho que nos parece relevante é o de Tolsdorf (1976), que utilizou o método da análise social das redes para estudar as redes sociais e os padrões de *coping* em 10 doentes mentais esquizofrénicos do sexo masculino, hospitalizados, comparando-os com outros 10 homens internados num hospital por doença física e seleccionados aleatoriamente. Uma das variáveis analisadas foi o número de áreas que cada relação continha, sendo que as relações com mais de um conteúdo eram denominadas por multidimensionais e as que incluíssem uma só área eram unidimensionais. Foi também possível verificar-se que os internados por doença física, apresentavam uma maior proporção de ligações multidimensionais e que, por outro lado, os doentes mentais esquizofrénicos, apresentavam uma maior proporção de ligações unidimensionais. Estas conclusões tornaram-se pertinentes, pois estudos anteriores apontavam para o facto de que as ligações multidimensionais em pessoas sem história de doença mental tendiam a ser mais

fortes e mais variadas do que as dos doentes mentais esquizofrénicos.

Para os internados por doença física, a quantidade de suporte fornecido e recebido era simétrica, enquanto que para os doentes mentais esquizofrénicos o suporte era assimétrico, tendendo estes a receber mais do que prestavam. Ao contrário dos internados por doença física, as redes dos doentes mentais esquizofrénicos tendiam a ser dominadas por familiares, sendo estes, por vezes, hostis e apresentando um maior índice de interrelações o que é frequente em redes onde predominam membros da família. Enquanto que as redes dos doentes mentais esquizofrénicos eram geralmente restritas e familiares, os internados por doenças físicas apresentavam redes mais variadas e com laços multidimensionais.

Outra diferenciação encontrada, consistiu na orientação face à rede social que, para os doentes mentais esquizofrénicos, não apresentava qualquer utilidade ou interesse, enquanto que para os internados com doenças físicas, era vista como factor securizante onde se poderiam aconselhar e depositar confiança, em particular na resolução de situações de crise.

Segundo as conclusões desta investigação, os doentes mentais esquizofrénicos, não só, apresentavam um menor número de recursos, como também utilizavam os recursos disponíveis com menor frequência.

Tornou-se assim possível identificar os contrastes entre os dois grupos de participantes. No que respeita ao grupo dos doentes mentais esquizofrénicos, quando experienciavam situações de stress, tentavam ultrapassá-las através da mobilização dos seus recursos individuais e quando esta estratégia não resultava, optavam por não mobilizar as suas redes, confiando exclusivamente nos seus próprios recursos, o que em situações anteriores se tinha revelado como inadequado. Esta estratégia resultava em situações de maior ansiedade, redução do nível de *performance* e auto-estima que poderiam dar origem a uma situação de crise.

O grupo dos internados por doença física não relatava situações significativas de stress, mas quando tais situações surgiam, os participantes confrontavam-nas utilizando, numa fase inicial os seus próprios recursos e se tal falhasse, mobilizariam as suas redes e em ambos os casos estas

estratégias resultavam em situações construtivas. Neste mesmo estudo, verificou-se que as mudanças no tamanho e funções da rede social de apoio começam no momento ou mesmo antes da primeira hospitalização e demonstrou não existirem diferenças significativas na densidade das redes sociais entre os doentes mentais esquizofrénicos e os indivíduos que não apresentam problemáticas de Saúde Mental (Tolsdorf, 1976; Sokolowsky et al., 1978), tendo este último demonstrado que existe uma relação entre o tamanho da rede social neste grupo com o nível de tolerância da comunidade em que este se encontra.

Wolf (1981), ao analisar estes resultados considerou que a forte densidade destas redes sociais explicava-se pelo facto de estarem restritas ao núcleo familiar. «...*Tal densidade está associada com a família nuclear onde obviamente todos se conhecem entre si.*» (p.75). Segundo este autor, o tamanho reduzido e a elevada densidade estão associadas ao pequeno número de contactos para além dos que mantém com os parentes próximos.

Num trabalho de 1963, Hammer já havia investigado as redes sociais antes e depois de situações de internamento hospitalar, e concluiu que nos doentes mentais, onde as suas relações próximas eram compostas por indivíduos que não estavam ligados entre si, havia uma maior probabilidade de manter esses contactos pós-internamento; este autor (1981) sublinha que a rede social não é *à priori* positiva ou negativa, apresenta-se como alargada ou restrita, densa ou dispersa, antiga ou recente e provavelmente composta por membros da família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, parceiros de internamento, membros de uma igreja ou de um clube e afirma que todos os indivíduos dispõem de uma rede social e segmentos diferenciados dessa rede podem ser relevantes em determinados momentos ou de acordo com objectivos específicos. Por seu turno, Garrison (1978) realçou a importância do género, da etnia e da idade para a compreensão da história natural do tipo de grupos disponíveis e das suas normas de funcionamento em relação a esta população.

Estes estudos demonstraram, no seu conjunto, que a investigação das relações entre o Suporte Social e o percurso da doença nos indivíduos doentes mentais de longa duração é uma área promissora e exige o desenvolvimento de métodos

para a definição das variáveis mais relevantes para a medição e intervenção no Suporte Social desta população.

A medição do Suporte Social implica a identificação de todos os factores que existam no meio que contribuem para um percurso favorável à minimização das problemáticas ligadas à doença mental. Alguns dos factores considerados como favoráveis podem ser: (1) o menor número e mais curtos internamentos; (2) as funções sociais mais autónomas e (3) uma menor focalização nas dificuldades de funcionamento (Beels, 1981).

A intervenção no Suporte Social torna-se relevante quando verificamos a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem. No entanto, não parece existir uma relação directa e simples entre o índice de suporte e os níveis de funcionamento.

O estudo do suporte social e a doença mental, pode colocar-nos perante as seguintes questões:

- Que tipo de medidas de suporte social têm sido utilizadas no estudo da saúde e da doença mental e se serão estas medidas de utilidade na investigação com doentes mentais de evolução prolongada;
- Considerando o que sabemos sobre a experiência subjectiva, história de vida e níveis de funcionamento desta população, poderemos deduzir algumas previsões teóricas relacionadas com a importância atribuída ao Suporte Social;
- Será que o Suporte Social dos doentes mentais de evolução prolongada é diferente conforme as situações em que se encontram, como por exemplo, vivendo na comunidade, estando em situação de internamento;
- Quais os efeitos do género do estado civil, da etnia ou grupo sócio-económico na estrutura do Suporte Social e que consequências terão no percurso da vida deste grupo;

- Quais os itens contidos nos diferentes instrumentos de medida com maior relevância para a investigação desta população.

A revisão da literatura sobre Suporte Social e a área da saúde revela a existência de um conjunto de variáveis tais como: intimidade nas relações maritais; disponibilidade de ajuda familiar em situações de crise, representação maioritária a nível de grupo étnico numa determinada comunidade, atmosfera favorável em casa ou no local de trabalho, a existência e presença de um confidente e relações positivas com os diferentes membros de família. Estas variáveis têm sido aplicadas à população em geral e em particular às situações de doenças do coração, gravidez, depressão ou problemáticas relacionadas com a ansiedade.

George Brown (1973), no seu estudo sobre diferentes tipos de doenças mentais realça que aspectos diferentes do Suporte Social funcionam de forma diferente consoante a problemática estudada. No seu trabalho sobre a depressão num grupo de mulheres verificou que a presença de um confidente seja ele cônjuge, namorado ou amigo pode desempenhar um papel protector, ao contrário do que acontece com as mulheres que utilizam serviços de acompanhamento na área de saúde mental. As mulheres em acompanhamento seriam menos sensíveis ao Suporte Social do que aquelas que não haviam recorrido a qualquer tipo de tratamento.

Brown e Harris (1978) num estudo com mulheres, verificaram que uma comunidade local com um sistema de Suporte Social fortemente integrado, particularmente a nível da família e de igreja, protegia de forma significativa as mulheres de situações de depressão mas verificaram também que o mesmo sistema de suporte estava fortemente associado a situações de ansiedade, ou seja um sistema de suporte que proporciona protecção de um tipo de problemáticas pode ser desencadeador de outros tipos de problemas.

Num estudo de Brown, Birley e Wings (1987) sobre os doentes mentais de evolução prolongada verificaram que a existência de variáveis confidente conjugal, a presença ou ausência de filhos e o emprego não eram relevantes para esta população, particularmente para os que se encontravam em situação institucional que tendiam a não ser casados, não terem filhos e serem de-

sempregados de longa duração. O grupo destes doentes com casamentos estáveis e empregos competitivos apresentavam um percurso diferenciado em relação aos que se encontravam institucionalizados.

Moxley (1988), investigou as relações entre as redes sociais e os sistemas de suporte como indicadores previsíveis da integração social de doentes mentais esquizofrénicos. Vários indicadores estruturais estariam posteriormente relacionados com o critério de integração social relatado pelos participantes.

Segundo esta perspectiva, considera-se relevante ligar as variáveis de integração social com as de suporte social; Moxley (1988) formula a hipótese de que os indivíduos que alcançam níveis elevados de presença, acesso, participação, produção e consumo no contexto das suas comunidades possam também desenvolver redes sociais de suporte diversificadas. Por isso, o conhecimento das características das redes sociais poderá aumentar o nosso conhecimento sobre o grau de integração do indivíduo.

Os participantes no estudo desenvolvido por este autor relataram dispor de sistemas de suporte social mais diversificados, provenientes de um maior número de fontes (ex: família, vizinhos e amigos), também apresentavam níveis elevados de integração social. O tamanho e composição das redes sociais dos participantes não estavam significativamente relacionados com a integração social. Por outro lado, os participantes que apresentavam baixos níveis de integração social tendiam a descrever as suas redes sociais como tendo poucos membros que proporcionassem suporte social. Assim, pôde observar-se que à medida que a integração social diminuía, os participantes tendiam a identificar profissionais ou membros da família como promotores primordiais de suporte social.

A integração social dos participantes, estava moderadamente relacionada com a duração das relações das redes sociais dos participantes e com os sentimentos que estes expressavam em relação aos seus membros. A socialização com os membros das redes sociais e o suporte emocional recebido apresentava igualmente uma relação moderada com a integração social. Os participantes que se envolviam em maior número de actividades de socialização com os membros

da sua rede, tendiam a apresentar níveis mais elevados de integração social.

A existência de suporte emocional apresentava-se como a relação mais fortemente ligada ao nível de integração social. No entanto, a existência de suporte material estava igualmente relacionada com a integração social e a dimensão do suporte instrumental não se apresentava como significativa par o nível de integração social.

Os resultados desta investigação sugerem que o conhecimento do tamanho e da diversidade do sistema de suporte social percebido pelos participantes é um dos factores relevantes na compreensão do nível de integração social. A frequência dos contactos entre os participantes e quem lhes proporciona suporte, a percepção da qualidade das relações existentes e a sua duração, são consideradas variáveis relevantes no nível de integração dos participantes na comunidade.

A investigação em suporte aplicado à população doente mental está geralmente relacionada com variáveis de competência e funcionamento social, por isso no estudo das variáveis de Suporte Social aplicadas a este grupo deveremos observar as dimensões da estrutura da rede social, o tamanho, a densidade, a multidimensionalidade dos laços, a frequência dos contactos, a diversidade das fontes que contribuem para o desenvolvimento das ligações, o acesso aos recursos formais e informais, atitudes e atmosfera dos núcleos relacionais (*clusters*).

Estes trabalhos devem ter implicações na planificação e funcionamento dos serviços de apoio comunitário a este grupo, pois se pretendermos atingir níveis elevados de eficácia em termos de integração, teremos que incluir no plano de intervenção um conjunto de estratégias que incidam na ampliação e diversificação dos suporte social individual.

BIBLIOGRAFIA

- Beels, C. L. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1), 58-71.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.

- Brown, G. W., Birley, L.T., & Wing, J. K. (1987). The influence of family life on schizophrenia disorders. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Cresswell, C. M., Kuipers, L., & Power, M. J. (1992). Social networks and support in long-term psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 22, 1019-1026.
- Garrison, U. (1978). Support systems of schizophrenic and non schizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 561-596.
- Hamer, M. (1981). Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1), 218-226.
- Hammer, M. (1963). Influence of small social network as factors on mental hospital admission. *Human Organization*, 22, 243-251.
- Hammer, M., Makiesky-Barron, S., & Gutwirth, L. (1978). Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 522-545.
- Moxley, D. (1988). Exploring the validity of social network indicators for use in psychosocial rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 3-10.
- Moxley, D. (1988). Measuring the social support networks of persons with psychiatric disabilities. A pilot investigation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 2 (21), 18-27.
- Pattison, E. M. et al. (1975). A psychological kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246-1251.
- Thornicroft, G., & Breakey, W. R. (1991). The Costar Programme. 1: Improving social networks on the long-term mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 159, 245-249.
- Tolsdorf, C. (1976). Social network, support and coping. *Family Process*, 15, 407-417.

RESUMO

O estudo do Suporte Social aplicado à população doente mental tem demonstrado ter um papel relevante em domínios como a intervenção em situações de crise, socialização e desinstitucionalização.

Numa análise global de investigações realizadas neste âmbito, podemos identificar algumas características específicas das redes sociais de suporte nos doentes mentais, como, por exemplo, redes compostas por um número reduzido de pessoas, predominantemente membros da família ou profissionais e com um baixo índice de utilização dos recursos disponíveis.

A planificação dos serviços e das intervenções ao nível do suporte social individual têm que ter em conta que existe uma relação significativa entre as redes sociais, os sistemas de suporte e a integração social da população doente mental.

Palavras-chave: Suporte social, Doença mental, Integração.

ABSTRACT

The study of Social Support applied to the Mentally Ill population, as demonstrated to play a significant role in areas like crisis intervention, socialization or deinstitutionalization.

A global analysis of the research on this topic,

allows the identification of some specific characteristics of the Social Support Networks of the mentally ill, composed by a reduced number of members, mostly family or professionals and a low rate of use of the resources available.

Planning services and interventions on individual social support as to take in consideration the positive relation between social networks, support systems and social integration of the mentally ill.

Key words: Social support, Mental illness, Social integration.