

Intervenção em Rede e Doença Mental

Sónia Guadalupe

Hospital Sobral Cid, Coimbra, 26 de Janeiro de 2001.

Comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas, organizado pelo Serviço Social do Hospital Sobral Cid¹.

1. De que estamos a falar quando nos referimos a ‘rede social’?

Antes de avançar na abordagem ao tema proposto propriamente dito, considero fundamental precisar alguns dos conceitos mais relevantes que usamos quando aprofundamos a intervenção em rede.

O conceito de **rede social** tem sido amplamente divulgado nos últimos anos, sendo utilizado nos mais diversos contextos com significados e referências variadas. A definição mais alargada que conhecemos refere-se à rede social como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós podem ser pessoas, grupos, empresas ou outras instituições (Wellman, 1981).

Outro conceito determinante para o enquadramento desta temática é o de **rede social pessoal**, já que é destas que geralmente falamos quando pensamos numa intervenção em rede. A rede social pessoal é sempre definida e delimitada a partir de um indivíduo ou actor social, sendo considerada como “o campo relacional de uma pessoa” (Speck e Attneave, 1990: 31). Outra definição com a qual me identifico bastante refere-se à rede pessoal como o “conjunto de seres com quem interactuamos de maneira regular, com quem conversamos, com quem intecambiamos sinais que nos corporizam, que nos fazem reais (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (...) [é o que] corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo” (Sluzki, 1996: 13 e 42). Por outras palavras, a rede social pessoal é constituída por todos os outros (actores sociais) com quem o indivíduo estabelece uma relação interactuante, isto é, os seus familiares, amigos (e inimigos), colegas, vizinhos, organizações, etc..

Conceitos também familiares ao Serviço Social são os de rede primária e secundária. Esta é uma tipologia de rede social largamente difundida, mas nem sempre usada igualmente da forma mais correcta. Por **rede primária** entende-se o “conjunto natural de indivíduos em interacção uns com os outros (...) [que] formam a trama de base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo” (Guédon, 1984: 20-21), ou, por outras palavras, “indivíduos que têm

¹ Foi solicitado para publicação para a Revista *Psiquiatria e Saúde Mental*.

afinidades pessoais num quadro não institucional” (Lacroix, 1990: 79). A família é normalmente apontada como o “núcleo duro” da rede primária, mas não deveremos esquecer que não é o quadrante exclusivo. Poderemos e deveremos ter sempre em consideração os quadrantes das relações de amizade, vizinhança, e ‘companheirismo’ (relativas às relações de trabalho e de lazer) (Guédon, 1984). Esta gama de relações, que podem existir numa rede primária, constitui um importante recurso para o indivíduo no que toca ao apoio potencial que daí pode obter.

As **redes secundárias** correspondem ao “conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucionalizado” (Blanchet *et al.*, 1981, citado por Lacroix, 1990: 79), reportando-nos fundamentalmente a organizações e instituições. Estas podem ser consideradas formais ou informais, dependendo do seu nível de estruturação, dos objectivos a cumprir e das relações estabelecidas no seu seio. As **redes secundárias formais** referem-se a laços institucionais, num âmbito estruturado e de existência oficial, destinados a cumprir funções ou a fornecer serviços (Guédon, 1984), enquanto que as **redes secundárias informais** caracterizam-se pela inexistência do carácter oficial e estruturado e de uma divisão rígida de papéis, tendo um papel essencialmente funcional com vista a responder a uma procura ou a fornecer determinados serviços.

As redes primárias são quase sempre o motivo da nossa intervenção (sendo por elas, para elas e com elas que trabalhamos), enquanto que o motor da intervenção são as redes secundárias nas quais nos inserimos como interventores sociais.

2. Que Características têm as Redes Sociais Pessoais?

Continuaremos a situar-nos perante a temática, abordando aqui muito esquematicamente as principais características que poderemos identificar numa rede, que nos permitem o seu diagnóstico e a planificação da própria intervenção.

A partir do **mapa de rede**, que representa graficamente a rede social (Cf. Figura 1), poderemos avaliar estas características. Este é um instrumento muito útil, diria mesmo fundamental, para a análise da rede, representando-a no seu eixo sincrónico. Para que consigamos recolher os elementos necessários para o diagnóstico da rede, necessitaremos sempre de uma ou várias entrevistas que incidam sobre alguns elementos que não caberão no mapa. Temos também disponível um Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (Guadalupe, 2000) desenvolvido para ser usado como instrumento clínico e como suporte de investigação.



Figura 1. Mapa de Rede (Sluzki, 1996)

2.1. Características Estruturais da Rede Social Pessoal

São cinco as características estruturais: a composição ou distribuição; o tamanho; a densidade; a dispersão; e a homogeneidade ou heterogeneidade da rede.

A **composição ou distribuição da rede** indica-nos o número de membros e o nível de concentração da rede em determinado círculo (que nos indica a proximidade relacional) e quadrante. Os quadrantes considerados são os seguintes: relações familiares; relações de amizade; relações de trabalho ou estudo; relações comunitárias e relações com sistemas de saúde e serviços sociais (redes secundárias). O **tamanho da rede** refere-se ao número de sujeitos da rede, ou seja, todos os que mantêm contacto pessoal com o sujeito central (Barrón, 1996).

A interconexão entre os membros da rede social, independentemente do sujeito central (Barrón, 1996), determina o nível de **densidade** existente na rede. Guay (s.d.) considera três tipos de configuração: coesa, fragmentada e dispersa. A imagem de uma **rede coesa** é a de uma família alargada típica do meio rural, composta por um grande grupo indiferenciado onde toda a gente se conhece. A **rede fragmentada** é composta por pequenos subgrupos relativamente independentes entre si, muitas vezes situados num ou noutro quadrante da rede. Os contactos entre membros de diferentes subgrupos são pouco frequentes e a conexão entre os mesmos é rara, muitas vezes não se conhecendo entre si. A **rede dispersa** caracteriza-se pela ausência de conexão entre os seus membros, isto é, pelo facto de

várias pessoas não se conhecerem entre si. Poderão, no entanto, existir alguns indivíduos interligados, nomeadamente no contexto do quadrante familiar.

A **dispersão da rede** avalia-se tendo em conta a distância geográfica existente entre os seus membros (Sluzki, 1996). Esta afecta a sua acessibilidade, isto é, a facilidade de contactos entre os membros, o que, por sua vez, leva à perturbação da sensibilidade da rede às variações do indivíduo e a eficácia e velocidade de resposta numa situação de crise (Sluzki, 1996). A **homogeneidade ou heterogeneidade da rede** é ditada pela semelhança ou diferença encontrada nos membros da rede em dimensões tais como: atitudes, experiências e valores (Barrón, 1996), características demográficas e sócio-culturais.

2.2. Características Funcionais da Rede Social Pessoal

Os membros da rede social cumprem, individual ou conjuntamente, diversas funções. Considera-se como função da rede o tipo de intercâmbio interpessoal dominante entre os seus membros.

Poderemos aqui caracterizar muito brevemente as principais funções enunciadas por Sluzki (1996): **companhia social** (partilha de actividades que poderá pautar-se apenas pela simples coexistência lado a lado); **apoio emocional** (trocas que comportam atitudes emocionais positivas); **aconselhamento** (partilha de informações para mostrar novas formas de pensar ou agir); **regulação e controlo social** (pressão exercida para lembrar e reafirmar responsabilidades, normas e papéis); **apoio material ou instrumental** (ajuda através de acções ou materiais); **apoio técnico ou de serviços** (função levada a cabo por membros das redes secundárias); **acesso a novos contactos** (permite potenciar a criação de novos vínculos).

2.3. Atributos do Vínculo na Rede

De acordo com as propriedades específicas de cada relação, podemos distinguir diferentes atributos para cada vínculo (Sluzki, 1996 e Barrón, 1996): a **multidimensionalidade e versatilidade** (remete-nos para a variedade e quantidade de funções assumidas pelo vínculo); a **reciprocidade** (grau em que os recursos existentes numa rede social são trocados equitativamente entre as partes, definindo as relações como simétricas ou assimétricas); a **intensidade** (revela a carga e durabilidade da relação, assim como a história em comum dos membros, permitindo definir o grau de intimidade existente na relação); e a **frequência dos contactos** (é destes que depende a activação dos vínculos e a intensidade da relação).

Depois de uma análise (mais ou menos aprofundada) da rede social pessoal de um indivíduo ou da rede social de uma família (situação na qual poderemos aplicar as mesmas premissas) à luz das características atrás enunciadas, poderemos delinear as estratégias de intervenção em rede adequadas à situação singular em causa.

3. Intervenções em Rede

Poderemos agrupar as intervenções em rede em dois tipos: as que **criam uma rede** e as que **potenciam a rede** (Erickson, 1984, citado por Góngora, 1991).

Os **tipos de intervenção que criam redes**, de acordo com Góngora (1991), são usados fundamentalmente quando o indivíduo se encontra isolado socialmente, com um número muito reduzido de vínculos, por um lado, ou quando os vínculos sociais existentes são considerados como prejudiciais para o sujeito, por outro. O seu objectivo primordial é, por isso, aumentar o número de membros da rede, criando novos vínculos. Esta modalidade de intervenção aplica-se em situações de indivíduos que apresentam problemáticas relacionadas com doenças crónicas, velhice, emigração, entre outras, sendo levadas a cabo por redes secundárias, focalizando e mobilizando o desenvolvimento das redes primárias e a optimização do nível de uso dos serviços disponíveis nas instituições.

Os **tipos de intervenção que potenciam a rede** (*idem*, 1991) são levadas a cabo com o objectivo de incrementar a eficácia da rede do indivíduo no sentido de uma resolução autónoma dos seus problemas, activando os vínculos que, por alguma razão, estariam desactivados.

Existem, no entanto, diversas modalidades de intervenção em rede (Cf. Quadro 1) que utilizam metodologias e estratégias diferenciadas.

Quadro 1. Modalidades de Intervenção em Rede

Denominação	Autores
Intervenção em Sistemas Ecológicos	Auersweld, 1971
Assembleia de Rede	Speck e Attneave, 1974 e Rueveni, 1979
Solução Generalizada de Problemas	Curtis, 1974
Sessão de Rede	Garrison, 1976
Terapia da Rede Comunitária	Attneave, 1976
Construção de Redes	Cohen e Sokolovsky, 1978
Redes de Vizinhos Naturais e/ou Redes de Vizinhos	Erickson, 1984
Terapia de Redes	Schoenfeld, 1984 e 1988
Desenvolvimento de Redes de Idosos Institucionalizados	Wells e Singer, 1985
Criação de Redes Multidimensionais para Famílias Desalojadas	Hutchison <i>et al.</i> , 1986
Programas de Apoio Familiar	Tracy e Whittaker, 1987
Ajudas da Rede	Tracy e Whittaker, 1987

Fonte: Góngora (1991: 145-148) Adaptação do “Quadro 1. Distintas modalidade de intervenção em e com redes sociais”.

Nota: O quadro é apresentado de forma mais completa (expondo brevemente cada um destas modalidades) *in* Guadalupe (2000).

O Modelo de intervenção em rede mais difundido é o apresentado por Speck e Attneave (1990). Este modelo baseia-se no ‘efeito de rede’ e é faseado, compreendendo seis fases (Cf. Figura 2).

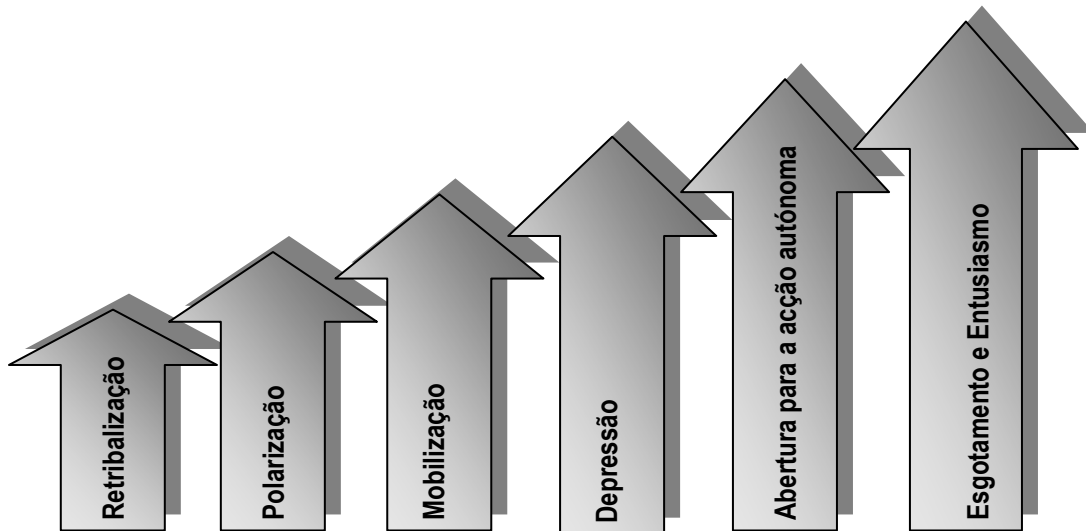


Figura 2. Sequência das fases do efeito de rede (adaptado de Speck e Attneave, 1990)

Esta é uma intervenção planeada a partir de um pedido dos clientes (normalmente paciente identificado e família), recolhendo-se previamente os dados do problema e fazendo-se a redefinição ou reenquadramento para introduzir a intervenção propriamente dita. As assembleias de rede, com duração aproximada de três horas, realizam-se normalmente de 15 em 15 dias, sendo os membros convocados pela família.

É de assinalar que as fases enunciadas repetem-se nas diferentes sessões, repetindo-se mesmo, por vezes, na mesma sessão.

Antes da intervenção processar-se efectivamente, a equipa define conjuntamente as estratégias de acção, para, numa primeira sessão, o seu porta-voz apresentar a razão da reunião e fazer uma curta exposição acerca do fenómeno tribal e importância dos vínculos relacionais, assim como apresentar os fenómenos que ocorrem numa assembleia de rede e os objectivos que pretendem atingir-se, sempre centrado no problema específico da família em causa.. É desta forma que se inicia a retribalização (baseada em técnicas específicas) que tem como objectivo transformar as pessoas presentes num grupo activo, fornecendo-lhe uma consciência comum. Segue-se uma exposição por parte da família acerca dos seus problemas, sendo suscitada a sua discussão na rede. Inicia-se aqui a polarização pois a rede vai posicionar-se (unir ou dividir-se) relativamente às diferentes perspectivas dos membros da família, permitindo o reforço da energia do grupo recém-constituído.

A polarização cria condições para aparecerem activistas no seio da rede, sendo estes depois mobilizados pela equipa. Estes serão elementos-chave que ajudarão a rede a explicitar os seus objectivos e a dinamizar a rede para o cumprimento de tarefas específicas e grupos de apoio para a família. A depressão surge quando os elementos começam a sentir-se frustrados por se sentirem incapazes de encontrar imediatamente as soluções, havendo resistência, falta de esperança e algum desespero. Nesse momento, a equipa deve intervir no sentido de dar apoio, recorrendo, para tal, a algumas técnicas específicas. Esta fase é ultrapassada quando alguns dos activistas conseguem mobilizar os restantes elementos através de propostas de soluções inovadoras, procurando que estes se unam a si e os apoiem, havendo um “sentimento de abertura criativa” que vai atravessar toda a rede, impelindo-a para a acção autónoma, seguindo-se um sentimento de esgotamento e entusiasmo perante uma sensação de tarefa cumprida. Estas são fases que se cumprem em todas as sessões, numa intervenção em rede, e que, segundo Speck e Attneave (1990), permitem a formação de uma rede activa na resolução dos seus próprios problemas.

4. Rede Social e Doença

Centrando-nos agora na relação entre as redes sociais e a doença, passamos a abordar o ciclo de potenciação e deterioração recíprocas existente entre estas.

Consideram-se quatro processos principais pelos quais as redes sociais poderão favorecer a saúde dos sujeitos em níveis distintos da sua vida (Sluzki, 1996):

- servindo como moderador do *stress* (reduzindo as reacções alarmistas) perante a ameaça do desconhecido e em situações nocivas ou de risco quando há a presença junto do indivíduo de uma figura familiar e percebida como protectora;
- permitindo uma retroalimentação quotidiana a nível dos desvios que o sujeito faz da saúde favorecendo comportamentos de tipo correctivo;
- usando os seus mecanismos de controlo, a rede actua como um monitor para a saúde, indicando, se necessário, o caminho para os prestadores de cuidados de saúde;
- permitindo favorecer muitas das actividades pessoais que se associam positivamente com a saúde e, em última análise, com a sobrevivência.

A correlação existente entre a rede social e a saúde não é tida como unidireccional, sendo menos claros e transparentes “os mecanismos mediante os quais uma rede social activa e efectiva afecta positivamente a saúde” (Sluzki, 1996: 79) do que aqueles que nos permitem estabelecer uma associação causal entre determinado tipo de comportamento e determinada doença.

A acção de uma situação de doença na rede é bastante mais notória, resultando efeitos essencialmente negativos e impacte de diversa ordem da doença (sobretudo da crónica – habitualmente debilitante ou mesmo asilante) na interacção social do indivíduo com a sua rede social.

Segundo Sluzki (1996), a doença leva a um evitamento generalizado do relacionamento interpessoal. Frequentemente a doença restringe a mobilidade, limitando as possibilidades de encetar contactos sociais, levando a alguma inércia de parte a parte e à desactivação de alguns vínculos, reduzindo-se gradualmente a ampla constelação da rede social a apenas alguns elementos ou pequenos pontos nodais.

Mais concretamente este autor identifica cinco principais tipos de impactes através de diferentes processos interrelacionados:

- o efeito aversivo a nível interpessoal assumido pelas doenças, leva ao evitamento dos contactos. O aumento na distância física e interpessoal que este tipo de comportamentos pode acarretar leva a uma maior inércia e resistência da activação do contacto por parte da rede social;
- verifica-se muito frequentemente a restrição da mobilidade do sujeito, o que leva também à redução da oportunidade de contactos sociais e ao seu isolamento. O doente é muitas vezes obrigado a abandonar alguns dos contextos (nomeadamente deixar de trabalhar ou estudar e de ter outras actividades sociais) nos quais os contactos e os vínculos são alimentados essencialmente pela presença do sujeito.
- a doença tende a debilitar o doente levando-o a reduzir a sua capacidade de iniciativa para a activação dos vínculos relacionais na rede. Sabemos que toda a rede possui uma certa inércia, pelo que, se não for estimulada e activada, a participação e o intercâmbio interpessoal tende a reduzir-se;
- a situação de doença reduz possibilidade de haver reciprocidade na rede social, pois o doente será menos capaz de ter comportamentos equivalentes relativamente aos outros, nomeadamente aos que dele cuidam;

- a excessiva sobrecarga dos cuidados de que o doente necessita leva ao esgotamento dos membros da rede social, pois sabemos que cuidar de um doente crónico é frequentemente pouco gratificante.

Sluzki (1996: 86) diz-nos ainda que todos estes processos “tendem a potenciar-se entre si e permitem prever que a incidência de uma doença crónica numa pessoa reduzirá a sua rede social pessoal”. Instala-se um ciclo vicioso entre a doença e o declínio na rede, pois uma rede insuficiente, por sua vez, afecta negativamente a saúde e vice-versa.

Há, no entanto que lembrar que a doença pode também potenciar a formação de novas redes ou de novos quadrantes na rede, nomeadamente ao nível das relações com os serviços sociais e de saúde, assumindo estas esferas relacionais um carácter por vezes central nomeadamente no que toca aos apoios instrumental e emocional ao doente e à sua rede. Naquilo que há de risco numa situação problemática, também há potencial de mudança.

No caso específico das situações de doença mental todos estes aspectos tendem a agudizar-se. Embora nos pareça algo redutor, poderemos dizer que, comparadas com as redes sociais da população geral, as redes dos doentes mentais são mais pequenas, menos complexas, mais restritas (essencialmente ao quadrante familiar, sendo também este muito restrito), excessivamente coesas, com muitíssimo menor potencial de apoio e com as funções de apoio centradas em membros sobrecarregados (Guadalupe, 2000).

Assim, e de forma muito sumária, para terminar, consideramos fundamental intervir no sentido de proporcionar ao sistema cuidador primário (isto é, os que cuidam mais directamente do doente, normalmente os familiares mais próximos) um apoio efectivo, no sentido deste não se esgotar rapidamente. Deveremos ‘compensar’ para evitar que ‘descompense’. Não poderemos continuar a pedir o seu envolvimento sem antes envolvê-los numa rede que os suporte, que permita que mantenham o seu próprio espaço, trabalhando as suas competências e dando-lhes novas no sentido de poderem lidar sozinhos com as situações problemáticas do seu quotidiano.

Deveremos aproveitar o espaço terapêutico, os serviços onde os doentes e suas famílias acorrem, como um meio para podermos ir para além desse espaço, potenciando novos contextos terapêuticos.

A integração profissional, escolar ou mesmo ocupacional ou grupal é fundamental para permitir ao indivíduo, para além de conquistar outros aspectos determinantes para a sua

maior autonomia, conquistar novas relações noutros quadrantes de vinculação até então pouco ou nada explorados.

Activar, potenciar ou mesmo criar vínculos que apoiem espontânea e autonomamente os doentes são as palavras e as acções-chave do Serviço Social na área da Saúde Mental.

Bibliografia

- BARRÓN, Ana (1996). *Apoyo Social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores.
- GÓNGORA, José Navarro (1991). Intervencion en grupos sociales. *Revista de Psicoterapia*, 6-7 (II): 139-158.
- GUADALUPE, Sónia (2000). *Singularidade das Redes e Redes da Singularidade – Rede Social Pessoal e Saúde Mental: estudo exploratório numa amostra com esquizofrénicos, deprimidos e população geral*. Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais apresentada à Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra
- GUAY, Jérôme (s.d.). *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*. Gaëtan Morin Éditeur.
- GUÉDON, Marie-Chantal (1984). Les réseaux sociaux, in BRODEUR, Claude e ROUSSEAU, Richard (dir.) (1984). *L'intervention de réseaux – une pratique nouvelle*. Montréal: Éditions France-Amérique.
- LACROIX, Jean-Luc (1990). *L'individu, sa famille et son réseau: les thérapies familiales systémiques*. Paris: ESF.
- SLUZKI, Carlos E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- SPECK, Ross V. e ATTNEAVE, Carolyn L. (1990). *Redes Familiares*. Buenos Aires: Amorrortu Ed..
- WELLMAN, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. In B. WELLMAN. *Social Network Analysis and Social Support* (171-200). Beverly Hills: Sage Publications