



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Ana Paula de Freitas

**Envelhecimento e Relações Sociais:
um estudo com pacientes psicóticos**

UBERLÂNDIA
2006

ANA PAULA DE FREITAS

ENVELHECIMENTO E RELAÇÕES SOCIAIS: um estudo com pacientes psicóticos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da
Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Sueli Aparecida Freire

Uberlândia

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Ana Paula de Freitas

Envelhecimento e relações sociais: um estudo com pacientes psicóticos

Dissertação aprovada em ____/____/____ para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Aplicada

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr.^a Sueli Aparecida Freire

Prof^ª. Dr.^a Anita Liberalesso Neri

Prof^ª. Dr.^a Maria Lúcia Castilho Romera

AGRADECIMENTOS

À professora Sueli Aparecida Freire, minha orientadora, por ter sido para mim um excelente ego-auxiliar durante a pesquisa, ajudando-me no desenvolvimento do meu papel de pesquisadora e educadora. Pela sua sensibilidade, exigência e honestidade, a minha gratidão!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia, em especial à professora Dr.^a Sílvia Maria Cintra, por ensinar-me um outro olhar para a pesquisa.

Aos professores Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende e Dr.^a Maria Lúcia Castilho Romera, pelas sugestões na qualificação do projeto.

À professora Anna Maria A.A. Knobel, pela orientação cuidadosa a respeito da Teoria Socionômica.

A todos os meus colegas do mestrado, pelas trocas afetivas e intelectuais nestes dois anos juntos, em especial à Ana Maria, Marta, Cleiciane e Adriana. Obrigada!

Às pessoas que colaboraram diretamente para a realização deste trabalho: Psicóloga e amiga Virgínia Gil Hernadez, pelo auxílio no contato com os sujeitos; professora Maria Inez de Assis Moura, pelo tratamento estatístico dos dados; professora Ione Mercedes Miranda Vieira, pelas sugestões e correção final do texto; professora e amiga Regina Francalancci Queiróz, pela revisão da língua inglesa.

À Denise, Ana Paula, Luciana, Marta e Mariana, integrantes da Trilhas – Equipe de Acompanhantes Terapêuticas de Uberlândia, da qual orgulhosamente faço parte; e à Casa das Cenas, lugar de ensino, pesquisa e crescimento com o Psicodrama, agradeço o auxílio no desenvolvimento do meu papel de terapeuta.

E, finalmente, aos entrevistados e suas famílias, a gratidão por compartilharem comigo suas histórias. Obrigada por tamanha generosidade!

“Divido o dia em três partes:
a primeira para olhar retratos,
a segunda para olhar espelhos,
a última e maior delas, pra chorar.”
(Adélia Prado)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar como idosos com transtornos psicóticos de início precoce envelheceram do ponto de vista das relações sociais. Uma entrevista foi realizada para o levantamento de alguns dados sócio-demográficos dos sujeitos, em número de 16 – nove mulheres e sete homens, todos aposentados e residentes na cidade de Uberlândia – MG, com idades entre 57 e 79 anos. A maior parte da amostra (75%) submeteu-se a internações psiquiátricas pelo menos uma vez durante sua doença. O tempo médio de duração da doença foi 40 anos e três meses. Três tipos de dados foram categorizados: os termos usados pelos sujeitos para referirem-se à sua doença psiquiátrica; os diferentes arranjos familiares; as atividades sociais dos sujeitos. Pediu-se aos sujeitos que descrevessem suas redes de relações sociais atuais e anteriores à doença, utilizando-se para tal o diagrama do Comboio Social. Na análise do diagrama atual, constatou-se uma média de 17,12 pessoas por comboio, superior à de outros estudos. Já os comboios anteriores ao surgimento da doença tiveram em média nove pessoas mencionadas por sujeito, um pouco mais da metade da média dos comboios atuais. O tamanho do comboio não foi relacionado ao fato de se ter gerado uma família própria, nem à idade nem ao número de internações ou à duração da doença do sujeitos. A família nuclear foi a mais mencionada nos círculos internos dos comboios atuais e anteriores à doença; já a família extensa foi a mais mencionada nos outros dois círculos dos comboios atuais, enquanto que, nos comboios anteriores à doença, foram os amigos os mais mencionados. As mulheres relataram com maior frequência a presença de outras mulheres em seus comboios, o que não aconteceu com o grupo de homens. A qualidade das relações estabelecidas parece ficar prejudicada quando se considera a frequência, o tipo de contato e o suporte social. Há, portanto, expansividade social referida aumentada, porém baixa expansividade afetiva. Todos os sujeitos relataram satisfação com seus comboios sociais. As análises qualitativas basearam-se nas Teoria da Seletividade Sócio-Emocional e Sociometria.

Descritores: envelhecimento - relações sociais - psicóticos

ABSTRACT

This study aimed at investigating how the elderly with psychotic disorders of precocious beginning has aged from the social relations point of view. An interview was carried out in order to obtain sociodemographic data from the subjects, in number of 16 – nine female and seven male, all of them retired, resident in the city of Uberlândia – MG, between 57 and 79 year-old ages. Most of the sample (75%) has undergone psychiatric hospitalizations at least once during their disease period. Three types of information were categorized: the terms used by the subjects to refer to their psychiatric disorders; the different familiar arrangements; the subjects' social activities. The subjects have been asked to describe their present social relations networks as well as the ones from the period before the beginning of the disorder, and for that, the Social Convoy diagram has been used. In the analysis of the present diagrams, it was observed an average of (17,12) people per convoy, superior to other previous studies. The convoys from the period before the beginning of the disorder had an average of nine people mentioned, a little more of the half of the present convoys. The size of the convoys was not related to the fact of the subjects having generated a family of their own, neither to their age nor to the number of hospitalizations or the duration of the disorders. The nuclear family has been the most mentioned in the present convoys' inner circles, as well as in the old ones; the extended family has been the most mentioned in the other two circles of the present convoys, while in the convoys from the period before the beginning of the disorder friends have been the most mentioned. Women have mentioned other women in their convoys more frequently, but it has not happened to the men's group. The quality of the established relations seems to be damaged when one considers frequency, type of contact and social support. Therefore, there are reported social expansiveness increased, but low affection expansiveness. All the subjects have reported satisfaction with their social convoys. The qualitative analysis has been based on the Social-Emotional Selectivity Theory and on the Sociometry.

Index terms: aging – social relations - psychosis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. Loucura, psicose e diagnósticos	15
2. Envelhecimento do sujeito psicótico e o impacto na família	18
3. Envelhecimento e relações sociais.....	22
a) O Modelo do comboio social	23
b) A Teoria da seletividade sócio-emocional (TSS).....	25
c) Átomo social e expansividade afetiva	28
d) Redes sociais dos idosos psicóticos.....	32
OBJETIVOS.....	34
MÉTODO:.....	35
1. Sujeitos.....	35
2. Instrumentos.....	38
3. Procedimentos para construção de dados.....	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
1. Análise estatística dos dados.....	42
2. Análise qualitativa dos dados.....	45
a) Os encontros.....	45
b) Arranjos familiares.....	47
c) Os diagnósticos.....	50
d) Internações prévias e tratamento psiquiátrico atual.....	55
e) Atividades sociais.....	57
f) Análise do comboio social.....	60
g) Tempo de velhos (e) loucos.....	71

h) Qualidade do afeto e exclusão social.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES E ANEXOS.....	82
Apêndice 1 - Ficha de informações sócio-demográficas.....	83
Apêndice 2 – Investigação da rede de relações (Diagrama do Comboio Social de Antonucci).....	84
Apêndice 3 – Autorização para obtenção de dados clínicos.....	86
Apêndice 4 – Relatório de pesquisa nosológica no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC UFU).....	88
Apêndice 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	89
Anexo 1 – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa.....	90

LISTA DE TABELAS

1. Perfil sócio-demográfico dos entrevistados.....	37
2. Valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão relativos às idades, duração doença e número de internações.....	42
3. Probabilidades associadas aos valores de t, obtidas quando da aplicação do teste de Wilcoxon ao número de pessoas indicadas pelos sujeitos.....	43
4. Probabilidades obtidas, quando da aplicação do teste de Fisher às frequências de pessoas citadas pelos sujeitos e as variáveis estado civil e filhos.....	44
5. Valores de rs e das probabilidades a eles correspondentes, obtidas com a aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às variáveis: idade, número de internações e duração da doença.....	45
6. Arranjos Familiares.....	47
7. Diagnósticos pela CID 10 e ‘doenças’ relatadas pelos sujeitos.....	52
8. Internações anteriores e tratamentos psiquiátricos atuais.....	56
9. Atividades Sociais.....	58
10. Comboio Social das redes de relações atuais.....	61
11. Comboio Social das redes de relações anteriores à doença.....	61
12. Satisfação com a rede de relações.....	69

LISTA DE FIGURAS

1. Natureza das relações mencionadas nos comboios atuais..... 63
2. Natureza das relações mencionadas nos comboios anteriores à doença..... 66

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, o envelhecimento populacional e suas implicações têm despertado a atenção de pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento, em especial, das áreas ligadas à Saúde. Os custos com o sistema previdenciário, que aumentam a cada dia, e o caráter epidemiológico de doenças ligadas ao envelhecimento são alguns dos fatores que contribuem para esse interesse. Além disso, é justamente na área da saúde que se observa o maior número de ações, desde os atendimentos ambulatoriais e hospitalares clássicos, como outros modelos de assistências, tais como atendimento domiciliar, centros-dia e hospitais-dia. (PAPALÉO NETTO ; PONTE, 2002).

Entre as diversas pesquisas da área da saúde, destacam-se aquelas relacionadas à saúde mental, pois, à medida que a população envelhece, cresce nela, também, a prevalência de transtornos psiquiátricos e neurológicos, o que, freqüentemente, contribui para incapacitações funcionais, cognitivas e afetivas, para o portador do transtorno, para sua rede de relações sociais e, numa perspectiva mais abrangente, para a comunidade na qual esse idoso se insere.

Um grande volume de estudos sobre os transtornos mentais no envelhecimento concentra-se nas síndromes demenciais, certamente, devido à sua alta prevalência nos idosos e também aos custos sociais e econômicos para os sistemas de saúde público e privado. Neste campo de pesquisa, uma vertente importante diz respeito aos aspectos psicológicos e sociais dos relacionamentos entre pacientes e cuidadores familiares em geral, que vêm ganhando cada vez mais campo. (CALDAS, 2000, 2002; SILVEIRA, 2000).

Já os estudos psicossociais sobre o envelhecimento e os transtornos psicóticos não gozam da mesma atenção, provavelmente, em decorrência da menor prevalência desses transtornos nessa população (comparada às demências e a outras doenças crônicas) ou, ainda, das dificuldades no diagnóstico ou construção de dados.

Num estudo sobre as demências em hospitais psiquiátricos, Canineu, Silva e Damasceno (2004) afirmam ser grande o número de idosos internados em enfermarias psiquiátricas, sendo a maioria pacientes com diagnósticos de esquizofrenia. Em muitos dos casos de longos períodos de internação (e conseqüente isolamento social), o comprometimento cognitivo é tão acentuado, que se assemelha ao de pacientes portadores de demências propriamente ditas. Nesse mesmo estudo, os autores mencionam três situações nas quais os idosos que se encontram internados se enquadram: aqueles que foram internados quando jovens e que, por diversas razões, envelheceram na instituição; os casos de múltiplas internações, daqueles que retornam ao hospital por não mais se adaptarem à comunidade; e, em muito menor proporção, os que foram internados já idosos. Concluíram que o idoso institucionalizado tende a ficar mais isolado e sujeito a relações mais superficiais com os outros internos e com a equipe que trata dele.

Se é certo que a institucionalização afeta as relações sociais das pessoas com transtornos psicóticos, podendo até estar relacionada ao agravamento de distúrbios cognitivos, a maneira como tais pessoas envelhecem na comunidade em que vivem, considerando suas relações sociais, ainda permanece um desafio para a gerontologia. Um possível começo para abordar esta questão é mediante a investigação das redes sociais desses homens e mulheres que envelheceram convivendo com esses transtornos.

A escolha deste tema foi feita com base em duas observações da prática clínica da autora. A primeira, a de que, comumente, o idoso com transtorno mental, ainda que vivendo na comunidade, encontra-se mais isolado socialmente. A segunda, a de que é freqüente a ocorrência de conflitos advindos das dificuldades de relacionamento entre paciente idoso e membros de sua rede social.

Ao entrar na velhice, o indivíduo portador de psicose e seus familiares já convivem há tempos com a doença e, provavelmente já estabeleceram concepções e formas de lidar com

ela. As crenças e valores relacionados à velhice e ao processo de envelhecimento serão, assim, agregadas a tais concepções, o que pode resultar em novos desafios pela frente e, conseqüentemente, em uma nova configuração familiar.

Os estudos das redes sociais desses idosos podem auxiliar nas intervenções clínicas e sócio-educacionais mais adequadas para essa população. Para ilustrar: é comum os profissionais da saúde recomendarem ao idoso atividades físicas ou atividades de lazer, preferentemente, feitas em grupo, visando não só aos benefícios fisiológicos, mas também aos benefícios psicossociais, como o aumento de contatos sociais. Um idoso portador de transtorno psicótico, contudo, pode não conseguir levar a cabo tais recomendações, uma vez que sua capacidade de expansividade social e afetiva pode se encontrar tão reduzida, que o esforço do profissional e dos familiares talvez seja desgastante e frustrante, sem atingir o objetivo desejado.

As pesquisas mais recentes sobre redes sociais e envelhecimento analisam as diferenças entre suas estruturas e funções, sendo que os itens investigados são, em geral, o tamanho da rede ou a freqüência de contato. (ANTONUCCI ; AKIYAMA, 1987; ANTONUCCI et al., 2001). Muitas dessas pesquisas baseiam-se no modelo *life-span* de desenvolvimento, de orientação dialética, que vê o desenvolvimento como não linear, mas como uma tensão constante entre as forças que o determinam. (NERI, 2002).

A primeira parte do presente estudo discorrerá sobre os transtornos mentais psicóticos e o modo como eles se relacionam com o envelhecimento: sua prevalência, o impacto na família, as formas como vêm sendo tratados. Em seguida, serão apresentadas as teorias que respaldam a investigação: O modelo do Comboio Social (ANTONUCCI, 1980), a Teoria da Seletividade Sócio-Emocional (CARSTENSEN, 1991) e os conceitos de Átomo Social e Expansividade Afetiva, da Teoria Socionômica (MORENO, 1934).

1. Loucura, psicose e diagnósticos

Compreender o fenômeno da loucura é uma aventura arriscada. Além da multiplicidade de olhares sobre ela – olhares científicos, filosóficos, religiosos– as definições sobre a loucura são sempre cultural e historicamente determinadas. Aquele que pretende olhar para ela está fadado ao reducionismo. Cabe aqui, então, uma brevíssima passagem pela história desse saber no contexto psiquiátrico.

“ A História da Loucura na Idade Clássica” (1972), do historiador francês Michel Foucault, destaca-se como uma das obras mais relevantes sobre o tema. Nela, Foucault analisa os diversos significados da loucura na cultura européia, entre os séculos XV e XVIII, e suas reverberações a partir de então. A loucura, que na Idade Média era inscrita no discurso do sagrado, do transcendental, passa a se constituir como um discurso médico. O ‘alienado’ possuía, dentro de si, alterações anatômicas, fisiológicas e químicas, e tais alterações o distanciavam de sua condição de homem racional e produtivo. Deveria , portanto, ser tratado com terapêuticas específicas, que incluíam métodos morais e medicalizantes. Nascia, assim, a psiquiatria, nos moldes como é conhecida atualmente.

Considerada a primeira especialidade médica da história, a psiquiatria recebeu e recebe várias críticas, principalmente a falta de parâmetros científicos para julgar a positividade do seu saber em relação à doença mental (AMARANTE, 1996,p.32-33). Por outro lado, ela também se julgou capaz de identificar a doença mental em qualquer época e cultura com base em seus conceitos atuais, porque entende o fenômeno da loucura como a-temporal (idem, 1996,p. 35).

Se é fato que a doença mental esteve e está presente em todas as culturas, atuais e antigas, as interpretações a seu respeito não devem ser consideradas verdades eternas.(AMARANTE, 1996,p.35).

A loucura, ou a psicose, para usar o termo cientificamente aceito, ainda desafia quem dela se aproxima, seja para diagnosticar, para tratar, ou para conviver e viver com ela. Apesar da intensa medicalização, devido aos recentes avanços bioquímicos (a Associação Americana de Psiquiatria denominou os anos 90 do século XX a década do cérebro), sabe-se que “ a sintomatologia, que é o ponto de partida do psiquiatra para a conceituação de qualquer forma de ‘doença mental’, enraíza-se na vida social” (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 23)

Para tentar compreender fenômeno, paradoxalmente, tão universal e singular, é preciso reconhecer a limitações de qualquer estudo e, humildemente, optar por um dos diversos referenciais antes de prosseguir com ele. Assim, no presente trabalho, que pretende investigar o funcionamento social dos sujeitos psicóticos, a autora opta por considerar aqueles assim nomeados pelos profissionais da saúde, que, por sua vez, se basearam nas classificações diagnósticas psiquiátricas vigentes (CID-10, DSM-IV-TR¹) em nossa cultura, também utilizadas como referenciais nesta pesquisa. Aliás, é preciso lembrar que tais classificações, com um número de categorias diagnósticas cada vez maior, também causam polêmicas entre os estudiosos, seja por não refletirem a realidade clínica (ANDREOLI et al.,2002) ou por implicarem um processo de patologização do normal (SERPA JR., 2005).

Na própria Classificação Internacional de Doenças, há um alerta para a inexatidão do termo transtorno, e justifica-se a preferência pelo seu uso em decorrência da maior imprecisão de outros termos, como “doença” ou “enfermidade”. Transtorno é definido, então, como “um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria

¹ CID 10: Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde
DSM- IV – TR: Manual Estatístico Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria

dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.” (CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10, 1992, p.5).

A Associação Americana de Psiquiatria, traz em uma de suas definições mais atuais e difundidas, o seguinte:

Transtornos mentais podem ser definidos como “síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (...), ou incapacitação (...), ou com risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade” (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION , 1994) .

O amplo espectro contido nessas duas definições aponta a dificuldade na apreensão desse fenômeno.

Massaro (1994) acredita que qualquer saber sobre a loucura dissimula e oculta os processos humanos mais profundos, adapta a verdade às necessidades e permanece preso pelas próprias artimanhas.

Especialmente desafiador é investigar o funcionamento psicossocial do sujeito ‘louco’ e ‘velho’, pois um diagnóstico diferencial na velhice pode ser bastante impreciso. Maia et.al. (2004) mostram estudos de diversos países que apontam a presença de transtornos mentais entre os idosos, numa variação de três até 52,2%. Muito pouco se conhece sobre o funcionamento físico e mental do corpo do velho, quais os efeitos da ação conjunta dos processos de envelhecimento, da polifarmácia e da falta de alimentação/alimentação inadequada. Os estudos sobre a depressão na velhice são exemplos dessa imprecisão. Apesar de ser amplamente estudada pelos pesquisadores da saúde mental, a relação entre a depressão e o processo de envelhecimento não é suficientemente clara.(STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO,1999; CARVALHO; FERNANDEZ, 2002).

Busse e Blazer (1999), referindo-se à avaliação psiquiátrica em idosos, utilizam o termo síndromes psiquiátricas – em vez de transtornos mentais –, afirmando que as síndromes são mais comuns como entidades diagnósticas na psiquiatria geriátrica.

Ainda, segundo Massaro, “O saber, para o terapeuta, deve ser meio e, portanto, tornar-se uma questão de responsabilidade. Assim, o que procuramos nele é menos sua realidade material que sua significação humana.” (MASSARO, 1994, p. 185)

É bastante oportuna a colocação desse autor para este estudo, pois, independente da precisão do diagnóstico (ou dos diagnósticos) feitos ao longo de uma vida, um indivíduo reconhecido como psicótico, além da própria alteração em suas percepções a respeito de si mesmo, certamente, estabeleceu suas relações sociais de forma diferenciada, o que pode ter sido decisivo para seu desenvolvimento.

2. Envelhecimento do sujeito psicótico e o impacto na família

A esquizofrenia e os outros transtornos psicóticos não são tão comuns na população de idosos. Segundo Meira (2002), apenas cerca de 20% dos esquizofrênicos, cujo início da doença foi precoce, sobrevivem até a velhice. Num estudo brasileiro, feito por Almeida (1999), sobre as doenças mentais que apresentam maior incidência entre os idosos que procuraram os serviços de saúde mental, em primeiro lugar, estão as demências, depois, os transtornos de humor, os transtornos ansiosos e só então os transtornos psicóticos.

Pessoas que envelhecem psicóticas podem não ser tão comuns de encontrar, mas, com certeza, trazem em suas vidas experiências impactantes. Diferentemente das demências, que, na maioria das vezes se desenvolvem tardiamente na vida da pessoa, a ocorrência de um transtorno psicótico de início precoce contribui para uma turbulência que atinge e altera as

relações entre todos os membros do sistema familiar, em graus diferentes. A psicose é um evento de vida do tipo não-normativo, isto é, não esperado no desenvolvimento da maior parte dos adolescentes ou adultos. Assim sendo, seu surgimento rompe com um determinado funcionamento sócio-afetivo do grupo familiar, que já é normalmente complexo. Numerosas são as tarefas dos familiares nesse contexto: administrar o tratamento farmacológico; lidar com as situações de crise; proteger o familiar doente de situações de perigo potencial ou real; prover sustento financeiro ou ajudar na organização financeira quando ele/ela não possui condições para tal. Há ainda as dificuldades de ordem afetiva, pois as demonstrações de afeto positivas e adequadas por parte do familiar doente, via de regra, são raras ou quase inexistentes, característica marcante dos transtornos psicóticos graves. Somando-se a tudo isto, existe ainda o estigma da doença mental, culturalmente, ainda bastante presente.

Todo esse cenário é conhecido pelos profissionais de saúde mental que atuam junto a esses protagonistas (paciente identificado, na terminologia sistêmica) e a sua família. Imaginando tal situação ocorrendo por décadas, ao longo da vida tanto do familiar doente como dos outros membros da família, um quadro mais grave pode se configurar. Mesmo que o grupo familiar já tenha se adaptado às várias disfunções (afetivas, sociais, funcionais), à medida que a pessoa portadora do transtorno psicótico vai envelhecendo, outras demandas surgem em função da maior probabilidade de cronificação da própria doença mental ou do surgimento de outras doenças, que poderão levar à diminuição da independência e/ou autonomia. Além disso, não são raras as situações em que, após a morte dos pais, um outro membro da família assume as funções de cuidador familiar primário, o que obriga a ambos (novo cuidador - familiar doente) a reorganizarem antigos papéis².

² Papel é definido neste contexto como "uma unidade de experiência sintética em que se fundiram elementos privados, sociais e culturais.(...) O desempenho de papéis é anterior ao surgimento do eu. Os papéis não emergem do eu; é o eu quem, todavia, emerge dos papéis. (MORENO, 1993, p. 238-25).

Apesar da gravidade do problema, existem poucos estudos sobre familiares de portadores de psicoses. No Brasil, os estudos de Villares, Redko e Mari (1999) analisaram as concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Encontraram três categorias pelas quais os familiares definem a doença mental: problema de nervoso, problema na cabeça, problema espiritual. Segundo esses autores:

“A relevância do estudo da conceitualização da doença mental pelos familiares está em explorar um campo ainda bastante desconhecido e empreender uma aproximação de dois pontos de vista: o profissional, com a clínica e as terapêuticas existentes, e o popular, com a compreensão e as necessidades dos pacientes e familiares”. (VILLARES; REDKO; MARI, 1999, p. 46)

Outro estudo, elaborado por Shirakawa e cols. (1996), procurou investigar a expectativa familiar, o ajustamento social e as diferenças entre os gêneros numa amostra de pacientes esquizofrênicos mediante a aplicação das escalas de ajustamento Katz. O ajustamento social parece ter sido maior entre as mulheres do que entre os homens, e não houve diferenças de gênero em relação às expectativas familiares, embora os autores sugiram que tais resultados possam estar refletindo algumas diferenças culturais, por se tratar de uma amostra pequena.

Harvey et. al. (2001), num estudo randomizado e multicêntrico, pesquisaram fatores que influenciam a frequência de contato entre familiares e pacientes com transtornos psicóticos graves. Encontraram, como fatores significativamente preditores, a co-residência com o paciente e a idade do familiar cuidador.

Argumentam que, à medida que os familiares envelhecem, aprendem a lidar melhor com a doença, deste modo, experimentam menos estresse. Por sua vez, os autores descobriram que pacientes idosos, vivendo sozinhos, têm contato menos freqüente com seus familiares, se comparados aos pacientes mais jovens, confirmando a idéia de que pacientes mais velhos têm, em geral, menos contatos sociais.

Girón e Gómez-Beneyton (2004) acompanharam, por nove meses, 80 pacientes esquizofrênicos residentes com seus familiares em Valência, Espanha. Descobriram uma conexão entre as relações sociais, o funcionamento ocupacional do paciente e a habilidade empática dos familiares, sendo os resultados compatíveis com a hipótese de que um ambiente familiar tolerante, não-invasivo e provedor de suporte em relação aos pacientes e suas habilidades sociais favorece um melhor desempenho social.

Todos os estudos acima citados mostram a necessidade de mais aprofundamento sobre o tema, propondo novos estudos com populações distintas e amostras numericamente mais significativas. Nesse sentido, pesquisas acerca do funcionamento social e afetivo do idoso com transtornos psicóticos podem auxiliar não só o próprio paciente, como também seus familiares e os profissionais da saúde mental a encontrar melhores formas de lidar com as dificuldades decorrentes desta situação. Sommerhalder (2001), em seu trabalho sobre o cuidado a idosos fragilizados, sinaliza esse caminho, ao defender a necessidade de novas investigações que considerem os diferentes tipos de doenças e de contexto de cuidado, além de uma diversificação dos contextos culturais e sócioeconômicos.

3. Envelhecimento e relações sociais

O tema relações sociais e envelhecimento tem sido uma preocupação crescente de pesquisadores nas últimas décadas. Talvez, um dos principais motivos para isso seja a estreita conexão com o envelhecimento satisfatório. Vários estudos vêm mostrando a importância das relações sociais para ajudar o indivíduo a lidar com as vicissitudes do processo de envelhecer. Outros estudos também mostram a associação entre relações sociais e a saúde física e mental.

O termo Relações Sociais tem-se definido na literatura especializada como o amplo arranjo de fatores e interações pessoais que caracterizam as trocas sociais entre as pessoas (ANTONUCCI, 2001). Existem três sub-áreas dentro desse conceito: as redes sociais, o suporte social e o senso de controle.

As redes sociais, basicamente, descrevem as pessoas com as quais um indivíduo mantém relações interpessoais, e podem ser descritas de diversas formas, com associação de fatores, como frequência de contato, idade, gênero, e outras. No Brasil, destacam-se os trabalhos de Capitanini (2000) e Nogueira (2001): no primeiro, investigou-se a rede de relações sociais e o sentimento de solidão em um grupo de idosas; no segundo, pesquisou-se as redes de relações sociais de homens e mulheres de três grupos etários, encontrando, entre vários resultados interessantes, o maior número de idosos satisfeitos com sua rede social atual.

O suporte social refere-se às transações interpessoais envolvendo três elementos básicos: afeto, afirmação e ajuda. É importante para o indivíduo pela habilidade em moderar os efeitos do estresse, incluindo os do processo de envelhecimento (KAHN; ANTONUCCI, 1980). Shaw et. al.(2004), por exemplo, sugeriram uma associação entre o suporte parental precoce e

a saúde tanto mental quanto física de um indivíduo, associação que parece se manter até o envelhecimento.

O senso de controle refere-se ao grau em que o indivíduo sente que tem controle sobre uma situação qualquer. É uma forma de cognição social, que é “o estudo de como as pessoas pensam sobre as situações sociais” (ANTONUCCI, 2001, p.429).

Para compreender como alguém experiencia um relacionamento, é importante entender a história daquele relacionamento, bem como a história de outros relacionamentos daquele indivíduo. O Modelo do Comboio Social (KAHN; ANTONUCCI, 1980) propõe um sistema útil para compreender as relações sociais no envelhecimento. Este será analisado a seguir.

a. Modelo do Comboio Social

Um diagrama com três círculos concêntricos foi criado, em 1979, por Kahn e Antonucci, com o objetivo de avaliar as redes de suporte social de idosos, num estudo nacional sobre suporte social nos Estados Unidos (ANTONUCCI, 1986). A partir das pesquisas e aplicações do diagrama em diversas populações e culturas, desenvolveu-se o modelo do Comboio Social. Este sugere que, ao longo da vida, as pessoas são protegidas por seus relacionamentos sociais, e estes as ajudam nas negociações de sucesso diante dos desafios da vida, especialmente, a família e os amigos. Tais relacionamentos podem mudar em alguns aspectos e permanecer estáveis em outros.

De acordo com Kahn e Antonucci (1980), o termo comboio foi originalmente empregado nas ciências sociais pelo antropólogo David Plath, o qual, por sua vez, credita o uso do termo a Loki Madan num estudo etnográfico de Kashmir. É usado para evocar a imagem de uma camada protetora, neste caso, relacionada à família e aos amigos.

O modelo do Comboio está baseado nas teorias de apego e de suporte social (ANTONUCCI, 1991) e, sendo um modelo de desenvolvimento *life-span*, tem a vantagem de oferecer uma ampla conceitualização em que se consideram experiências individuais específicas (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987). Sugere que:

1. As características estruturais e funcionais entre os membros do comboio variam de acordo com o estágio do ciclo de vida. Os sentimentos de proximidade (localização no círculo) variam de uma maneira previsível e significativa. (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987);
2. Existem normas básicas de relacionamentos sociais ao longo do tempo que ajudam as pessoas a manter o bem-estar e a lidar com os estresses da vida. Embora essas normas não possam ser mensuradas numa avaliação transversal, é possível obter algumas idéias relacionadas às características desses comboios de suporte (idem, 1987).

As redes de relacionamento podem ser analisadas nas seguintes características: tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria e conectividade. Podem, ainda, ser analisadas considerando-se os tipos e freqüências das interações, e também a proporção de relacionamentos de suporte dado e recebido (KAHN; ANTONUCCI 1980, p. 268).

Com base nos resultados de pesquisa sobre o funcionamento e a estrutura das redes sociais de idosos americanos, Antonucci e Akiyama (1987) indicam que a relação entre idade e localização no círculo do comboio, no que diz respeito à estrutura e ao funcionamento do suporte social, nem sempre, é previsível. Os autores confirmaram as hipóteses de que os círculos de dentro do comboio possuem mais membros da família, que existe uma troca ativa de suporte entre os idosos e que estes estão, em geral, em contato próximo com a família e amigos. Além disso, os autores não encontraram diferenças no tamanho da rede, quando

compararam os resultados de pessoas de diferentes idades e verificaram que a reciprocidade desempenha um papel subestimado no bem-estar das pessoas de todas as idades. (idem, 1987).

O comboio reflete o aspecto dinâmico das relações sociais. À medida que o indivíduo envelhece, pessoas são incluídas ou excluídas de seu comboio, ficam mais ou menos próximas, de acordo com os acontecimentos da vida. Além do mais, os detalhes sobre os membros do comboio são importantes porque dão informações sobre quem é potencialmente disponível como provedor de suporte. Este é um aspecto fundamental, que afeta a saúde e o bem-estar do indivíduo, pois o comboio cria uma camada protetora, que é, ao mesmo tempo, objetiva e subjetiva, uma vez que seus componentes oferecem ao indivíduo ajuda prática e, talvez mais importante, fornecem uma base psicológica para traduzir e perceber o mundo ao seu redor. (ANTONUCCI, 2001).

b. A Teoria da Seletividade Sócio-Emocional (TSS)

A observação de que a interação social diminui na velhice tem sido investigada em vários estudos transversais e longitudinais, e alguns resultados encontrados mostram que certos tipos de contato social permanecem relativamente inalterados com a idade, enquanto outros diminuem mais rapidamente. (PALMORE, 1981, apud CARSTENSEN, 1991).

Um modelo *life-span* para estudo do envelhecimento socioemocional bastante conhecido na literatura especializada é a Teoria da Seletividade Sócio-Emocional, que vê as reduções da atividade social no envelhecimento como um reflexo da culminação de processos seletivos que começam ainda cedo na vida e têm grande valor adaptativo. (CARSTENSEN, 1991, p.195).

O modelo foca os aspectos funcionais da interação social, vista como um meio de alcançar objetivos desejados, um regulador de emoções freqüente e eficaz, que, no nível psicológico, pode ser usado pelas pessoas para adquirir e manter o autoconceito.

Sua premissa fundamental é a de que o ciclo de vida influencia o aparecimento e a mudança de objetivos que levam o indivíduo a buscar, fortalecer ou modificar suas interações sociais. De acordo com a TSS, a diminuição do número de parceiros sociais e a redução do contato social refletem a relativa perda de significado de algumas metas, bem como o aumento do significado das emoções na vida dos idosos. Dessa forma, pode-se dizer que, durante o processo de envelhecimento, há uma seletividade social e não um afastamento social. (CARSTENSEN, 1991).

Num estudo realizado por Fredrickson e Carstensen (1990, apud CARSTENSEN, 1991), sobre cognições e interações sociais, os autores categorizaram três dimensões cognitivas a partir das quais as pessoas buscam contatos sociais: afeto antecipado, contatos futuros e busca de informações. Sob condições inespecíficas de interação social, os autores descobriram que os jovens tendem a escolher pessoas desconhecidas, enquanto os idosos tendem a escolher membros da família. No entanto, tanto jovens quanto velhos, ao perceberem o próprio tempo limitado nas mesmas condições de interação social, preferem pares sociais familiares aos novos.

Carstensen (1991) descreve as três funções centrais da interação social:

1. Aquisição de informação: Notadamente para os jovens, a aquisição de informação é de fundamental importância para o desenvolvimento, especialmente nos anos iniciais da vida, visto que existe um mundo todo a ser descoberto. No processo de envelhecimento, porém, ela torna-se menos efetiva, pois já o adulto e o idoso possuem meios não-sociais para obter novas informações.

2. Desenvolvimento e manutenção do autoconceito (identidade): Os contatos sociais influenciam a maneira como as pessoas se percebem. Swann (apud CARSTENSEN, 1991, p. 207) argumenta que uma pessoa adulta investe muita energia social para manter um auto-conceito estável, negociando sua identidade com as pessoas à sua volta, tendendo, assim, a adotar estratégias interacionais que conduzam a respostas auto-confirmatórias. Na velhice, poucas pessoas podem ajudar a preservar o auto-conceito, e parceiros sociais são selecionados para minimizar interações que possam erodir o autoconceito.
3. Regulação afetiva (da emoção): A busca por um ambiente social, que maximize o potencial para a experiência de emoções positivas e minimize o potencial para as negativas, é uma das principais maneiras pela qual se regula o afeto (THOMPSON, 1990, apud CARSTENSEN, 1991). A premissa central da TSS é a de que a regulação da emoção assume grande importância na velhice. Os idosos parecem ser emocionalmente conscientes e fazem avaliações dos contatos sociais (procurando-os ou evitando-os) baseados em sua qualidade afetiva.

Para a autora, a chave para compreender a redução da interação social no idoso são os custos da interação, que crescem ao passo que se envelhece, em decorrência de fatores como excitabilidade psicológica aumentada, energia física reduzida e crenças preconceituosas em relação ao envelhecimento em alguns padrões sociais de comportamento.

As funções psicológicas básicas do contato social não mudam no curso da vida, mas as influências sociais e físicas operam diferentemente nas escolhas que as pessoas fazem. Assim, a frequência da interação com familiares e velhos amigos não muda muito ao longo da vida, uma vez que ela gera experiência emocional positiva e aumenta sentimentos de segurança e auto-valorização. (CARSTENSEN, 1991).

Como mencionado anteriormente, a visão de que os idosos são mais seletivos em suas escolhas dos parceiros sociais ajuda a entender os efeitos limitados das intervenções

direcionadas ao aumento de interações. Isto é particularmente significativo, se se considerar que os profissionais da saúde, não raro, tendem a sugerir aos idosos inserções diversas em grupos de atividades físicas ou recreativas, numa espécie de coadjuvante para tratamentos distintos, como o do diabetes, da hipertensão, da depressão. Se de fato idosos não julgam tais interações recompensadoras, isto deve explicar a resistência ou a não adesão a tais indicações.

c. Átomo social e expansividade afetiva

Os modelos do Comboio Social e da Seletividade Sócio-Emocional são paradigmas já bastante estudados e difundidos entre os estudos gerontológicos. Existe, entretanto, um modelo teórico que, embora não trate diretamente das questões do envelhecimento, permite uma compreensão mais abrangente das questões relativas às interações sociais: a Teoria Socionômica, mais conhecida por uma de suas ramificações, o Psicodrama. Este sistema teórico, também chamado por seu criador, Jacob Levi Moreno, de ciência das leis sociais, oferece um modelo de investigação e tratamento do homem em seu meio social e possui três ramificações: A Sociodinâmica, que estuda a estrutura dos grupos sociais; a Sociometria, que mede o relacionamento humano; e a Sociatria, que trata os sistemas sociais. (MORENO, 1993). É na Sociometria que se encontram os conceitos de maior interesse para esta pesquisa.

Embora breves, Antonucci faz referências a Moreno, ao mencionar os precursores dos atuais modelos teóricos sobre as redes sociais, incluindo aí o modelo do comboio social (KAHN; ANTONUCCI, 1980; KNIPSCHEER; ANTONUCCI, 1990). Moreno acreditava que os processos intra e inter-grupais poderiam influenciar o comportamento dos membros de um grupo. É particularmente notável o trabalho ‘Sociometria de uma Comunidade’, em que Moreno e sua equipe analisam as inter-relações de todos os indivíduos (aproximadamente, 500 pessoas) de uma instituição para meninas, na cidade de Hudson, nos Estados Unidos (MORENO, 1994). Nessa pesquisa, dezenas de diagramas com representações diversas foram

utilizados para mensurar as relações sociais dos grupos da comunidade, e uma série de conceitos foram criados, como o Átomo Social e a Expansividade Afetiva, essenciais para a leitura desses diagramas, os quais foram denominados sociogramas. No presente trabalho, esses dois conceitos serão usados para a análise das relações sociais.

O Átomo Social de um indivíduo pode ser definido como:

A configuração social mutável das relações interpessoais (atrações, rejeições e indiferenças) que se desenvolvem desde o instante do nascimento até as relações atuais; (...) não são construções: são redes reais, vivas, cheias de energia, girando em torno de cada homem em miríades de formas, diferentes em tamanho, constelações e duração”. (MORENO, 1934/1994, vol. II, p.160).

Ele é a “menor unidade da matriz sociométrica”, tendo como matéria prima todas as escolhas e as rejeições feitas pelo indivíduo em relação às pessoas que selecionou para compor esse átomo. (MORENO, 1934/1994, Vol. III, p.215).

Garrido-Martin (1996, p.167), com base na obra de Moreno, caracteriza o átomo social, “matizando-o através de qualidades ou aspectos que o afetam mais diretamente”. Estas características são: a intensidade com que o indivíduo é aceito ou rejeitado; a expansividade social, ou o número de indivíduos com quem a pessoa possa se relacionar; o equilíbrio entre as escolhas e rejeições que o indivíduo faz e recebe; e a dinamicidade, a característica mutável e dinâmica das atrações e rejeições. (idem, p. 167-168).

Knobel (2001, p.112) acrescenta outras características ao átomo social: evidenciar um fato, os conjuntos de relações afetivas; mapear estes conjuntos a partir de papéis; definir, qualitativamente, a menor unidade social viva; ter duas direções de análise: do indivíduo para o grupo e do grupo para o indivíduo.

O átomo social de um indivíduo é representado utilizando o sociograma. O dicionário de Psicodrama e Sociodrama define sociograma como “um diagrama com círculos concêntricos, desenhado para objetivar as redes relacionais de um determinado grupo”

(MENEGAZZO et. al., 1992, p.199). Tal definição, porém, é incompleta, pois o sociograma não é apenas um diagrama, mas “um método de representação gráfica dos fatos relacionais, que possibilita a compreensão e a exploração detalhada deles” (KNOBEL, 2004, p.128).

Existem vários tipos de sociogramas, como aqueles que mostram as configurações sociais ou a imagem momentânea e transitória do grupo, segundo ressalta o próprio Moreno (1934/1992, vol. I, p.196). O sociograma propõe-se a esquematizar as configurações das relações. Mas não só esquematizar. “Sendo a técnica da representação gráfica método exploratório, [o sociograma é, portanto] um método de exploração, pois torna possível a exploração de fatos sociométricos” (idem). Isto quer dizer que cada modelo de sociograma se propõe a compreender um aspecto do grupo /indivíduo, de acordo com o objetivo do sociometrista. Por meio da leitura de um sociograma, pode-se compreender o lugar que o indivíduo ocupa no grupo em que se insere, bem como a qualidade dos seu relacionamentos, sempre a partir de um dado critério sociométrico, ou seja, o motivo pelo qual as pessoas do grupo farão suas escolhas visando modificar a estrutura de funcionamento do grupo. Esta última observação é importante, pois os critérios são fundamentais para se validar a exploração sociométrica.

O segundo conceito, a Expansividade Afetiva (ou emocional), foi incorporado à Sociometria com base nas experiências de Moreno em Hudson. Refere-se à capacidade que as emoções têm de se espalhar e se distribuir (MORENO, 1934/1994, vol. II, p.153). Moreno diferencia expansividade afetiva de expansividade social. Esta última é uma das qualidades do átomo social e está relacionada com o número de indivíduos com quem o sujeito estabelece contato social, não importando se é capaz de mantê-los ou não; já a expansividade afetiva está mais relacionada à qualidade afetiva das relações – quantas pessoas determinado indivíduo pode manter e satisfazer em suas necessidades imediatas.

Segundo Moreno, é possível medir a expansividade afetiva de um indivíduo bem como treiná-la (MORENO, 1934/1994, vol. II, p. 153-156). Afirma que, embora ninguém possa ser pressionado além do seu limite orgânico, as limitações relacionadas à expansividade afetiva devem-se à falta de habilidade funcional em utilizar todo o alcance desse limite orgânico.

Moreno (1994, p.189); hipotetizou que tanto a expansividade afetiva quanto a social desenvolvem-se com a idade porém, “nos anos formativos de um indivíduo, não apenas a qualidade, mas também a quantidade de sua expansividade afetiva são estabelecidas”(idem, p.205). Isso quer dizer que um indivíduo, ao chegar à vida adulta, já teria definido um número ótimo de pessoas com as quais se relaciona, e este número tenderia a se estabilizar ao longo de sua vida. Mesmo ocorrendo mudança das pessoas do átomo social, o número delas tenderia a se manter constante (KNOBEL,2001, p. 119).

Diferentemente das hipóteses propostas por Moreno, Costa (1998, p. 120-124), em seu trabalho com grupos psicodramáticos com idosos, o qual denominou Gerontodrama, concluiu que, com o envelhecimento, há uma diminuição na expansividade afetiva. A autora observou que, nos grupos coordenados por ela, as pessoas demonstravam afetividade entre si durante os encontros, mas que os relacionamentos não tinham continuidade fora daquele contexto. Observou, também, redução na expansividade social, representada no átomo social do indivíduo, em virtude da diminuição de contatos sociais, perdas de vínculos (que, em geral, são insubstituíveis) e de papéis sociais.

Knobel (2001, p. 120) ressalta a importância de conhecer a expansividade afetiva dos clientes, principalmente pelo próprio terapeuta, que tende a estimular a busca por novos relacionamentos para maior troca afetiva. Um cliente com baixa expansividade afetiva, diante de tal desafio, sentir-se-ia ainda mais impotente, o que poderia acarretar em danos psicológicos, como a auto-estima diminuída. Assim, sabendo dos limites da própria

capacidade de vinculação, um indivíduo aceitaria melhor a si mesmo e a posição social em que se encontra.

O emprego dos conceitos de átomo social e expansividade afetiva para a compreensão do diagrama do comboio social pode ser útil na avaliação da qualidade do afeto presente na relação entre o sujeito e sua rede de suporte, uma vez que a qualidade do afeto desses contatos sociais não é comumente examinada nas pesquisas em que esse diagrama é utilizado (ANTONUCCI, 1987). Especialmente para a investigação das redes sociais de pessoas com transtornos mentais, a avaliação da qualidade do afeto nos relacionamentos é de fundamental importância, pois o afeto (tanto positivo quanto negativo) é, sem dúvida, uma das características mais atingidas pelo transtorno mental.

d. Redes sociais dos idosos psicóticos:

Becker et. al. (1997), analisando as redes sociais de pacientes psicóticos, concluíram que redes sociais maiores estão associadas à menor probabilidade de hospitalização, e à utilização mais ampla de serviços não-hospitalares.

Segundo Antonucci e Akiyama (1987, p. 520), “um idoso que não possui numerosos relacionamentos de longa data pode ter sofrido perdas (...) ou ter sido incapaz de manter relacionamentos duradouros. Neste caso, a camada protetora do comboio está indisponível, sugerindo que esse indivíduo pode estar em risco tanto físico quanto psicológico”. Considerando que o número de pessoas no comboio pode ser indicativo tanto da expansividade social (característica do átomo social do sujeito) quanto da expansividade afetiva, pode-se supor que há uma relação entre o perfil do comboio e a história de vida do paciente psicótico, que, por ter sucumbido à doença, já esteve em risco psicológico.

O risco psicológico pode estar também relacionado ao isolamento social que o transtorno mental pode gerar, principalmente no que diz respeito à falta de amigos. Em sua experiência

clínica, a autora observou que o contato social desses idosos com suas famílias é freqüente, porém eles tendem a receber mais suporte da própria família do que dar.

Com respeito à pessoa que envelheceu com o transtorno psicótico, seria necessário investigar, em outras pesquisas, se houve redução das interações sociais ao longo da sua vida, se o número de interações comprometeu o tamanho do comboio, se a quantidade de pessoas presentes em seu comboio, bem como sua expansividade afetiva são semelhantes às de outros velhos.

Um outro ponto refere-se à avaliação que tais idosos fazem de seus relacionamentos sociais. Segundo Antonucci (1991, p.5), “embora o tamanho, gênero e idade de uma rede de apoio social possam oferecer informações úteis, mais crítico (e preditivo) é como os indivíduos avaliam seus relacionamentos sociais”. Seriam esses idosos capazes de avaliar, de forma objetiva, seus relacionamentos sociais, por meio do diagrama do comboio social? A avaliação não estaria comprometida, uma vez que a psicose causa alteração na percepção? Mas, por outro lado, o comboio social não avalia o suporte social percebido, sendo este um importante determinante de bem-estar? E se o portador de psicose, mesmo com sua camada protetora desprovida de número suficiente de relacionamentos de suporte social, relata bem-estar? E se ele incluir em seus círculos pessoas imaginárias, frutos de produções delirantes? Seria possível considerar essa pessoa como um relacionamento de suporte?

Levando em conta as observações feitas acerca dos aspectos psicossociais envolvidos no envelhecimento de portadores de transtornos mentais psicóticos, este estudo teve os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Investigar a maneira como os idosos com transtornos mentais psicóticos de início precoce envelheceram do ponto de vista das relações sociais.

Objetivos específicos:

- Investigar a estrutura e o funcionamento das redes sociais desses idosos mediante a construção do diagrama do comboio social;
- Analisar a qualidade das relações presentes nas redes sociais;
- Investigar se houve redução das interações sociais ao longo da vida do sujeito, tendo como referência o tamanho do comboio;
- Com base no relato do próprio sujeito, avaliar a sua satisfação com seu comboio social.

MÉTODO:

1. Sujeitos:

Participaram do estudo 7 homens e 9 mulheres, todos, atualmente, aposentados. Duas das mulheres tinham idade inferior a 60 anos. Elas haviam sido indicadas para a pesquisadora como tendo a idade limite para inclusão no estudo e, só no momento das entrevistas, obtiveram-se as idades reais. Como apresentavam um perfil semelhante ao procurado para o estudo, e em função da dificuldade de acesso a sujeitos com as características desejadas, optou-se por mantê-las na amostra que ficou, então, composta por pessoas com idade mínima de 57 anos e máxima de 79 anos.

Todos os participantes tinham diagnóstico de esquizofrenia ou outros transtornos com sintomas psicóticos. O diagnóstico precoce, nem sempre foi feito, quando da ocorrência do primeiro surto, mas os sujeitos ou seus familiares relatavam sintomas psicóticos desde a juventude, ou até a quarta década de suas vidas, uma vez que tal faixa etária é considerada a idade limite para a classificação das psicoses de início precoce - item 5 do quadro abaixo:

Quadro 1: Principais Categorias Diagnósticas das Psicoses na Velhice*

-
- | | |
|----|--|
| 1. | Sintomas psicóticos das demências |
| 2. | Esquizofrenia de início tardio |
| 3. | Psicose esquizofrênica de início muito tardio |
| 4. | Distúrbio delirante |
| 5. | Distúrbios psicóticos de início precoce que se prolongam até a velhice |
| 6. | Psicoses secundárias a distúrbios de humor de início tardio |
| 7. | Psicoses secundárias a causas médicas ou medicamentos |
| 8. | <i>Delirium</i> |
-

*(MEIRA, 2002, p.217)

Todos os sujeitos moraram e viveram na comunidade a maior parte de suas vidas, embora tivessem passado por internações psiquiátricas, alguns, numerosas vezes. A metade

sujeitos (oito) foram contatados com base em dados fornecidos pelo Setor de Nosologia do Hospital-Escola da Universidade Federal de Uberlândia. Dois eram pacientes da própria pesquisadora, e os outros seis foram indicados por profissionais de saúde do município.

As características dos participantes deste estudo estão descritas na Tabela 1. Para cada um deles, foi atribuído um nome fictício que não tivesse relação com seu nome verdadeiro, garantindo, assim, o anonimato dos sujeitos e o sigilo de seus dados.

TABELA Nº.1 – Perfil sócio-demográfico dos entrevistados

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado Civil	Nº de Filhos	Escolaridade	Ocupação Anterior	Núcleo Familiar atual	Duração da doença*
1. Ana	F	79	Casada	8 filhos	1º grau completo	Dona de casa	Esposo	35 anos
2.André	M	69	Casado	2 filhos	4ª série	Pedreiro	Esposa, filha, neta	54 anos
3. Bia	F	57	Solteira	Sem filhos	4ª série	Faxineira	Mãe	45 anos
4. Cléo	F	63	Solteira	Sem filhos	1º grau completo	Doméstica	Irmã	25 anos
5- Dora	F	58	Solteira	Sem filhos	Curso normal	Professora	Mãe	40 anos
6. Beto	M	64	Viúvo	2 filhos	2ª série	Lavrador	Filho, nora, 2 netos	44 anos
7. Elisa	F	60	Divorciada	3 filhos	2ª série	Cozinheira	Filha, genro, 2 netas	20 anos
8. Caio	M	72	Viúvo	6 filhos	Não estudou	Lavrador	Sozinho	42 anos
9. Fabi	F	70	Viúva	2 filhos	2ª série	Doméstica	Filha, genro, neta, bisneta	35 anos
10. Gina	F	75	Divorciada	7 filhos	Não estudou	Lavadora	Filha, genro, neto, esposo	45 anos
11. Hilda	F	60	Divorciada	4 filhos	Sup. incompleto	Bancária	Sozinha	30 anos
12.Davi	M	75	Casado	3 filhos	4ª série	Barbeiro	Esposa, filha, neta	Sem informação
13.Elson	M	74	Casado	5 filhos	2ª série	Ferroviário	Esposa	40 anos
14. Félix	M	68	Viúvo	2 filhos	Não estudou	Pedreiro	Filha, genro, neto, esposa do neto, 2 bisnetos	Sem informação
15. Isis	F	74	Viúvo	10 filhos	3ª série	Dona de casa	2 filhos, 2 netas	Sem informação
16. Guido	M	64	Casado	2 filhos	4ª série	Vigia de banco	Sozinho	40 anos

*Refere-se ao período entre os primeiros sintomas psicóticos ou à primeira internação, relatados pelo sujeito e/ou seus familiares, e os dias atuais.

2. Instrumentos:

Foram utilizados dois instrumentos na pesquisa: primeiramente, uma ficha de informações sócio-demográficas (Apêndice 1), contendo dados como idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação (atual e anterior), número de filhos, tempo de residência em Uberlândia, nível sócio-econômico, pessoas com quem residia no passado e com quem reside atualmente, informações a respeito do diagnóstico e tratamento psiquiátrico atual, internações psiquiátricas prévias e atividades sociais.

Foi utilizado também o Diagrama do Comboio Social (Apêndice 2), com a finalidade de avaliar o comboio das relações sociais (presentes e passadas) dos sujeitos. A imagem heurística do comboio, proposta por Kahn e Antonucci (1980), é um conjunto de três círculos concêntricos que circundam a pessoa ao longo do tempo. Cada círculo representa o nível de proximidade dos componentes do comboio social. Os indivíduos que compõem o círculo interno são tanto os provedores de maior importância como os maiores recebedores de suporte. Esses relacionamentos são relativamente estáveis ao longo do tempo e incluem trocas de diferentes tipos de suporte. Os indivíduos do círculo médio não são tão próximos quanto os do círculo interno, mas são bastante importantes. E os membros do círculo externo são considerados próximos da pessoa em questão, mas, em geral, de modo prescrito, e as trocas ocorrem em determinados papéis (por exemplo, no papel profissional).

Para o preenchimento do diagrama, foi pedido ao entrevistado que pensasse nas pessoas importantes em sua vida no momento atual e, então, que localizasse os nomes dessas pessoas em um dos três círculos concêntricos, obedecendo-se a seguinte sequência: no círculo de dentro, deveria escrever os nomes das pessoas sem a presença das quais não consegue imaginar a vida. No círculo do meio, os nomes das pessoas com as quais ele/ela não se sente tão próximo quanto das pessoas do primeiro círculo, mas que são muito importantes em sua

vida. Já no terceiro círculo, o entrevistado deveria inserir os nomes das pessoas que também fazem parte da sua rede pessoal, mas que não são tão próximas quanto as já colocadas. Após a indicação dos nomes do comboio, foi pedido ao sujeito que falasse sobre cada pessoa indicada nos círculos.

A satisfação com a rede de relações atual também foi avaliada pelos sujeitos. Para tal, a pesquisadora mostrava as ilustrações de um quadro com símbolos (também no Apêndice 2) e pedia que apontassem aquele que melhor representava seu grau de satisfação.

3 Procedimento para a construção de dados:

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo 1), deu-se início às entrevistas.

As instituições públicas escolhidas pela pesquisadora para os contatos foram os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os CEAI (Centros Educacionais de Assistência Integrada), todas mantidas pela prefeitura municipal. Não houve restrições por parte da administração direta quanto ao fornecimento dos dados. Porém, foi previsto um longo prazo pela administração superior para a obtenção das autorizações para acesso aos prontuários dos pacientes, o que atrasaria muito a pesquisa.

Foram efetuados, então, contatos (por telefone e e-mail) com psiquiatras de clínicas privadas que pudessem fornecer os dados (nome, idade, telefone, diagnóstico psiquiátrico) dos possíveis sujeitos da pesquisa. Um pedido de autorização para o acesso aos dados foi entregue a esses profissionais em seus locais de trabalho (ver Apêndice 3). A maioria deles, no entanto,

relatou não possuir pacientes com o perfil desejado. Aconteceu também de alguns poucos profissionais não responderem ao contato da pesquisadora.

Assim, a pesquisadora decidiu contatar o Setor de Nosologia do Hospital-Escola da Universidade Federal de Uberlândia. Foi feito um levantamento de todos os pacientes com diagnósticos de psicoses (Apêndice 4) que estiveram internados ou passaram pelo pronto atendimento do Setor de Psiquiatria do hospital no período de seis anos - 01/01/1999 a 31/12/2004. De um total de 72 pacientes contatados por telefone, obteve-se um total de oito entrevistas válidas.

A dificuldade em encontrar pessoas com o perfil desejado condiz com as pesquisas de Meira (2002) sobre ao número reduzido de portadores de psicoses que sobrevivem até a velhice.

Todos os contatos iniciais com os sujeitos foram feitos por telefone. Na maioria das vezes, um familiar responsável atendia o telefone e, então, a pesquisadora explicava o motivo do contato. Assim, após sua identificação como aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, a pesquisadora explicava o objetivo da pesquisa desenvolvida, onde havia conseguido o telefone para o contato e assim solicitava uma visita para a realização da entrevista. A pesquisadora procurou fornecer, por telefone, a maior quantidade possível de informações sobre a pesquisa, para que tanto os sujeitos quanto seus familiares pudessem decidir livremente se concordariam com a participação nela. Após os devidos esclarecimentos, o paciente ou seu familiar autorizavam verbalmente a visita até a residência, e, então, paciente/familiar e pesquisadora agendavam um horário em comum.

Já na residência dos sujeitos, a pesquisadora era atendida por um familiar ou pelo próprio sujeito. As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, na sala de estar, e, em geral, com a presença de membros da família. Inicialmente foi pedido ao entrevistado ou seu responsável a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5). Após o *rapport*, a pesquisadora começava com a ficha de informações sócio-demográficas. Em seguida, apresentava ao sujeito o diagrama do comboio social, e após a explicação sobre seu preenchimento, pedia-lhe que dissesse os nomes das pessoas que atualmente faziam parte do seu comboio, apontando suas respectivas posições nos círculos. Diante da pergunta da pesquisadora, se desejavam escrever eles próprios os nomes nos círculos (obviamente para aqueles que eram alfabetizados), todos preferiram não escrever, ficando, dessa forma, a pesquisadora encarregada de preencher todos os diagramas. Terminado o preenchimento do primeiro diagrama, a pesquisadora apresentou o segundo diagrama, pedindo ao sujeito que mencionasse, desta vez, o nome das pessoas que faziam parte do seu comboio antes de sua primeira crise psicótica. Todos os nomes mencionados foram identificados por letras iniciais desses mesmos nomes, ou pela natureza da relação (pai, amigo, chefe, etc.), a fim de preservar o anonimato das pessoas.

Tanto a ficha de informações sócio-demográficas quanto o roteiro para a investigação dos dados obtidos nos diagramas foram preenchidos de forma não linear durante a conversa, para que a entrevista tivesse um caráter um pouco menos formal, desta forma, deixando os sujeitos e seus familiares mais à vontade.

O tempo para toda a entrevista, incluindo o preenchimento dos diagramas, variou de 40 minutos a uma hora e meia, ficando o tempo médio em torno de uma hora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram examinados com dois tipos de tratamento: quantitativo e qualitativo. Para o tratamento quantitativo foi empregada uma análise estatística, e o tratamento qualitativo envolveu uma análise do conteúdo das respostas, a partir de categorias criadas especialmente para este estudo, tendo por base os modelos teóricos do Comboio Social, da Seletividade Sócio-Emocional e da Sociometria.

Inicialmente, serão apresentados os resultados do tratamento quantitativo e em seguida os do tratamento qualitativo.

1- Análise estatística dos dados

Fizeram parte desta pesquisa 16 sujeitos, sendo nove do sexo feminino e sete do sexo masculino. Na Tabela n.º 2, estão demonstrados os valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão, relativos às idades, tempo em que estão acometidos pela doença e número de internações, dos 16 participantes, de acordo com o gênero.

TABELA N.º 2 – Valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão relativos às idades, duração da doença e número de internações*

Variáveis	Mín	Min	Máx.	Máx	Médias	Médias	D. P.	D.P.
	Fem	Masc	Fem	Mas	Fem	Masc	Fem	Masc
Idade	57	64	79	75	66/3	69/5	8/4	4/6
Duração da doença	20	25	54	44	40/3	35/3	9/1	6/4
Número de internações	01	01	41	20	10/10	7/6	13/8	8/11

* Os números separados por um traço indicam anos/meses.

Com o objetivo de verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre o número de pessoas indicadas nos círculos internos, centrais e externos, na situação atual e na situação anterior, foi aplicado o teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1975), aos

dados relativos aos participantes do sexo feminino e do sexo masculino. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral. Os resultados estão expostos na Tabela n.º 3.

TABELA N.º 3 – Probabilidades associadas aos valores de t, obtidas quando da aplicação do teste de Wilcoxon ao número de pessoas indicadas pelos sujeitos.

Variáveis	Probab. Fem	Probab. Masc	Prob. Total
Círculo interno	0,164	0,179	0,724
Círculo central	0,055	0,168	0,021*
Círculo externo	0,007*	0,109	0,003*

(*) $p < 0,05$

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela nº 3 , observa-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as frequências de pessoas citadas pelas mulheres no círculo externo, sendo que as frequências mais elevadas foram as relativas à situação atual.

Foram observadas, também, diferenças estatisticamente significantes entre as frequências de pessoas citadas pelo grupo todo, nos círculos central e externo, sendo que as frequências mais elevadas foram as relativas à situação atual, nos dois casos. Entre as respostas do grupo masculino, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

Conclui-se, então, que as mulheres relataram com maior frequência a presença de outras mulheres em seus comboios, o que não aconteceu com o grupo de homens.

Com interesse em verificar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes entre as frequências de pessoas citadas pelos sujeitos nos três círculos e as variáveis estado civil e ter filhos ou não, de acordo com Siegel (1975), deveria ser aplicado o Coeficiente de Contingência C aos dados em questão, por serem variáveis não-numéricas que se apresentam em escala nominal.

A aplicação desse coeficiente depende de aplicação prévia do teste do Qui-Quadrado. No entanto, este teste não pôde ser aplicado, em vista de as frequências de respostas terem sido muito baixas. Foi aplicado, então, o teste de Fisher, que apresenta os resultados em termos de probabilidades. Se essas probabilidades forem menores do que 0,05, conclui-se que houve correlações estatisticamente significantes entre as variáveis analisadas. Em caso contrário, conclui-se que não houve correlações estatisticamente significantes entre as variáveis analisadas. (SIEGEL, 1975). O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral. Os resultados estão demonstrados na Tabela n.º 4.

TABELA N.º 4 - Probabilidades obtidas, quando da aplicação do teste de Fisher às frequências de pessoas citadas pelos sujeitos e as variáveis estado civil e filhos.

Variáveis	Probabilidades Situação Atual	Probabilidades Situação Anterior
Respostas X Estado civil	0,29	0,13
Respostas X Ter filhos ou não	0,34	0,40

De acordo com os resultados da Tabela n.º 4, observa-se que não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre as variáveis analisadas, o que revela, no caso desta amostra, que o tamanho do comboio não está relacionado ao fato de se ter gerado uma família própria.

Com o intuito de verificar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes entre as frequências de pessoas citadas pelos pacientes nos três círculos e as variáveis idade, número de internações e tempo de duração da doença, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (SIEGEL, 1975), por serem variáveis numéricas, que se apresentam em escala ordinal. Foram considerados os resultados obtidos na situação atual e na situação anterior. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral. Os resultados estão demonstrados na Tabela n.º 5.

TABELA N.º 5– Valores de rs e das probabilidades a eles correspondentes, obtidas com a aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às variáveis: idade, número de internações e duração da doença

Variáveis	rs Atual	Prob Atual	rs Anter.	Prob Anter.
Respostas X Idade	-0,167	0,538	0,002	0,993
Respostas X número de internações	0,485	0,110	0,068	0,833
Respostas X Duração doença	-0,134	0,621	-0,148	0,584

De acordo com os resultados da Tabela nº5 , observa-se que não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre as variáveis analisadas. O tamanho do comboio, portanto, não esteve relacionado nem à idade nem ao número de internações ou à duração da doença do sujeitos, nessa amostra.

2- Análise qualitativa dos dados

a) Os encontros

A primeira pessoa a ser entrevistada foi uma paciente da pesquisadora. Dada esta condição, o momento da entrevista transcorreu sem problema algum, fluidamente, tendo todo o processo terminado em aproximadamente uma hora. A pesquisadora aproveitou a oportunidade para fazer ajustes necessários ao instrumento, como a formatação gráfica do material e a inclusão de alguns itens no questionário de informações sócio-demográficas. O conteúdo, porém, não sofreu alterações.

Ao contrário da primeira entrevista, os demais encontros pareceram provocar, na maioria dos entrevistados, alguma ansiedade. Foi relativamente comum ouvir dos familiares que a

pesquisadora estava sendo aguardada com ansiedade, e muitos entrevistados perguntavam se seriam capazes de compreender e responder à entrevista corretamente.

Alguns poucos entrevistados mostraram-se desconfiados com a situação, mas, ao final do encontro, já pareciam mais à vontade.

As lembranças evocadas pelos entrevistados durante a entrevista também despertaram fluxos de emoções, positivas e negativas. Tais emoções foram por eles associadas à ausência de pessoas queridas, à distância da terra natal, aos períodos de internações psiquiátricas. Mas podem também ter decorrido da própria situação de construção e reconstrução da história pessoal, que reflete a história de suas relações sociais. Ecléa Bosi, em sua obra “Memória e Sociedade”, afirma que “O vínculo com outra época, a consciência de ter suportado, compreendido muita coisa, traz para o ancião alegria e uma ocasião de mostrar sua competência. Sua vida ganha uma finalidade se encontrar ouvidos atentos, ressonância” (BOSI, 2001, p.82).

Falar da rede social, especialmente das pessoas de seu convívio anterior ao seu adoecimento, promoveu, em muitos entrevistados grande contentamento. Para aqueles mais receptivos, e com maior grau de integração das funções psíquicas, as histórias eram contadas tão detalhadamente, que, às vezes, era difícil interrompê-los para prosseguir com as perguntas. Mostrar no álbum de fotografia as pessoas mencionadas nos diagramas, apresentar um familiar que ali chegou ou mesmo o artesanato recém acabado são cenas que ilustram a importância dada pelos sujeitos da pesquisa para “os ouvidos atentos” da pesquisadora, que ali estava para escutar suas histórias.

b) Arranjos familiares

Os arranjos familiares constituíram a primeira categoria analisada e mostraram-se bastante interessantes. Por meio deles, pode-se delinear o átomo social familiar do sujeito psicótico, tendo, assim, elementos para compreender o suporte social dado e recebido, além do desenvolvimento de sua posição atual no grupo familiar. Nesta amostra, foi possível diferenciar seis diferentes tipos de arranjos, alguns deles feitos de modo a adaptarem-se às vicissitudes da doença mental, até de forma bastante criativa.

TABELA N.º 6 – Arranjos Familiares

Arranjos familiares	Sujeito (número)	Número de relatos	Porcentagem
1. Coabitação mista/ transgeracional (esposo e/ou filhos, netos, bisnetos, genros, noras)	2,6,7,9,10,12, 14,15	8	50%
2. Coabitação com familiar(es) ascendentes (pais)	3,5	2	12,5%
3. Coabitação somente com cônjuge	1,13	2	12,5%
4. Mora sozinho, sem a presença diária de um familiar	11,16	2	12,5%
5. Mora sozinho, mas ao lado da casa de um familiar	8	1	6,25%
6. Coabitação com familiar da mesma geração (irmã)	4	1	6,25%
Total de entrevistas	—	16	100%

Exatamente metade da amostra (oito sujeitos) vive em coabitação mista. Dois entrevistados vivem com os filhos que nunca saíram de casa. Um deles, André, mora com a esposa, a filha solteira e uma neta; a outra, Isis, tem filhos portadores de doenças crônicas (paraplegia e alcoolismo, respectivamente), o que, inclusive, faz com que a entrevistada seja ao mesmo tempo ‘cuidadora e cuidada’.

Outros três idosos receberam os filhos casados de volta em suas próprias residências. Davi recebeu a filha após seu divórcio. Já nos casos de Beto e Fabi, seus filhos, aparentemente, voltaram para cuidar dos pais, após estes terem sofrido crises psicóticas.

Três entrevistados vivem com suas filhas casadas. Uma das senhoras, Elisa, mora num quarto no fundo da casa da filha e tem a função de cozinhar para todos da família. A outra entrevistada, Gina, tem um arranjo familiar interessante. Ela mora numa residência em que, além da filha e do genro, vivem também um neto e um bisneto. O marido da entrevistada, pai de sua filha, mora num quarto nos fundos, e os dois não se falam há anos. Segundo a filha, como os pais não “combinam”, isto é, brigam muito, essa foi a maneira que encontrou para conseguir cuidar dos dois. Outro senhor, Félix, mora com a filha casada, o neto, a esposa do neto e um bisneto.

Das três entrevistadas solteiras, Bia e Dora moram somente com a mãe, e nunca saíram da casa dos pais. Ambas têm a incumbência de determinadas tarefas domésticas, como limpar a casa ou fazer pequenas compras. Já Cléo, desde a morte dos pais, vive com a irmã.

Dois outros entrevistados moram com os cônjuges. Ana passa o dia ‘olhando’ o marido (isto é, cuidando dele), que está acamado e já não fala mais, em função de uma demência. Tendo nível sócio-econômico elevado, essa senhora conta com assistência integral de enfermagem para o marido, além de uma empregada doméstica. O cuidado ao marido é, de fato, estar por perto. Elson, apesar de aposentado e de não ter outros afazeres, não participa das atividades domésticas, ficando estas por conta da esposa.

Caio mora sozinho, mas sua casa e a de sua filha foram construídas no mesmo terreno, separadas apenas por um muro baixo. Assim, ele tem uma vida autônoma e independente, como faz questão de ressaltar: *“Minha filha só lava minha roupa. Eu é que faço tudo aqui em casa.”*

Do número total de sujeitos entrevistados, apenas dois moram sozinhos, sem a presença da família: Hilda conta com a ajuda diária de uma empregada doméstica para os

cuidados com a casa, mas também com outros tipos de ajuda, como a acompanhar aos médicos, dar as medicações, fazer compras.

Guido, que também mora sozinho, relata um arranjo um tanto peculiar. Mora numa pequena chácara afastada da cidade. Segundo ele, fica lá para “tomar conta” da propriedade porque há muitos ladrões na região. Durante a semana, fica sozinho, faz suas refeições, limpa a casa, cuida da horta e de alguns animais domésticos. Quando precisa de ajuda imediata, conta basicamente com alguns vizinhos. A ajuda varia de um pouco de alimento que falta em sua casa até gritar por socorro quando aparecem os “bichinhos na cabeça”. Nos fins de semana, a esposa vem da cidade fazer-lhe companhia. Eventualmente, fica na sua casa da cidade quando vai receber a aposentadoria ou ir ao médico, pois é a esposa quem o acompanha. Ele esclarece que a esposa fica na cidade cuidando da família, pois as duas únicas filhas do casal são solteiras e têm filhos. Todos têm que estudar e trabalhar. Um dos netos, deficiente físico, precisa de tratamento na cidade. Guido vive parcialmente afastado da família, de modo a evitar conflitos resultantes da convivência diária, porém seu suporte social parece ser suficientemente preservado. Familiares e paciente garantem, assim, uma maneira de conviverem de forma mais harmoniosa.

Os casos mostram as diferentes adaptações feitas pelos familiares dos sujeitos psicóticos, algumas delas, claramente motivadas pelas dificuldades decorrentes da doença mental. Todos os entrevistados tiveram, em algum momento, sua autonomia e/ou independência diminuída. Crises e internações frequentes foram as razões mais mencionadas. Não mais conseguindo trabalhar, ou cuidarem de si mesmos ou da rotina da casa, prescindiram da ajuda de alguém, o que pode explicar a metade da amostra vivendo em coabitação com um membro da família nuclear.

Todos têm supervisão de um familiar ou outro cuidador para, pelo menos, alguma atividade em sua rotina, o que acaba por aumentar as interações sociais dos sujeitos com outras pessoas, principalmente familiares (e) cuidadores. A maioria dos sujeitos, contudo, demonstra baixa expansividade afetiva. Isto se confirma não só na observação direta da pesquisadora como também nos relatos dos familiares e dos próprios sujeitos. Dialogar e manter contato físico (abraço, beijo), por exemplo, são expressões pouco freqüentes entre os sujeitos e seus familiares. Entre os sujeitos com funções determinadas, como cuidar de netos, fazer compras ou cozinhar, observa-se melhor desempenho social e afetivo. Já para aqueles que passam o dia sentados em frente à televisão, ou deitados em suas camas, sem funções específicas, observa-se maior isolamento social, que acaba por deteriorar ainda mais as relações familiares.

Portanto, os arranjos familiares vão se constituindo mediante a capacidade de maior ou menor interação social e afetiva entre o idoso psicótico e seus familiares. Esta, por sua vez, é influenciada tanto pelo desempenho social do paciente quanto pelas condições econômicas, culturais e afetivas da família.

c) Os diagnósticos

A pergunta sobre o diagnóstico psiquiátrico foi a que obteve a maior diversidade de respostas. Dos 16 entrevistados, apenas Hilda nomeou sua doença de acordo com a avaliação médica.

Inicialmente formulada para a obtenção de um diagnóstico de denominação “científica”, talvez, ingenuamente esperado pela pesquisadora, a pergunta foi-se configurando em tantas diferentes respostas que acabou por merecer uma nova categorização paralela à “oficial”, ou seja, a nomenclatura psiquiátrica.

TABELA Nº. 7 - Diagnósticos pela CID 10 e ‘doenças’ relatadas pelos sujeitos

Sujeito		Diagnóstico CID 10	Doença relatada pelo sujeito
1. Ana	F 31.2	Transtorno bipolar com episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	Não sabe
2. André	F 31	Transtorno afetivo bipolar	Depressão
3. Bia	...	...	Não sabe
4. Cléo	F20.0	Esquizofrenia paranóide	Problema de nervoso, ansiedade, dorme muito
5- Dora	F20.1 F 34.0 (?)	Esquizofrenia hebefrênica ou Transtorno persistente do humor	Carência afetiva da minha família
6. Beto	F23.0	Transtorno polimórfico agudo, sem sintoma de esquizofrenia	Depressão braba, fogo na cabeça
7. Elisa	...	...	Não se considera com problema mental; nas crises fica muito alegre
8. Caio	F 20.0	Esquizofrenia paranóide	Dor de cabeça; quando fica nervoso, fica embuxado
9. Fabi	F 20.5	Esquizofrenia residual	Problema de cabeça
10. Gina	F 20.9	Esquizofrenia não especificada	Desvio mental
11. Hilda	F 31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	Transtorno Bipolar
12. Davi	F 32.3	Depressão com sintomas psicóticos	Confusão mental
13. Elson	F 32.3	Depressão com sintomas psicóticos	Depressão
14. Félix	F 20	Esquizofrenia	Síndrome do reumatismo, mas não é reumatismo. Dói nos nervos e queima o corpo todo.
15. Isis	F 20	Esquizofrenia	Um pouco de depressão e muito nervosa.
16. Guido	F 20.1	Esquizofrenia hebefrênica	Um pontadas, um bichinho na cabeça .

Diante da pergunta “*O que o(a) senhor(a) tem? Qual o seu problema?*”, Ana, Bia e Caio responderam que não sabiam o nome da própria doença. Tanto os entrevistados quanto os familiares presentes durante as entrevistas relataram nunca terem recebido um diagnóstico de profissional algum. De fato, a conclusão de um diagnóstico psiquiátrico é tarefa árdua, demorada e, não raro, inconclusa, como já discutido anteriormente. É também estigmatizante e pode não ter nenhum efeito terapêutico em alguns momentos. Em contrapartida, não compartilhar o conhecimento (ou suas dúvidas!) com o paciente e seus familiares reafirma posturas profissionais antiquadas e antiéticas, o que dificulta a apropriação de um saber necessário àqueles que procuram ajuda para tomarem as decisões com respeito ao tratamento.

O termo “depressão” foi usado por André, Beto, Elson e Isis para nomear seus problemas de saúde. De fato, o diagnóstico de depressão com sintomas psicóticos foi atribuído a Elson pelo seu psiquiatra. Mas vale ressaltar que o nome depressão é usado quase que indiscriminadamente pelas pessoas, portadoras ou não de tal doença (ou síndrome). Com evolução histórica antiga (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999,p.65-68), o termo depressão foi incorporando-se ao vocabulário dos tempos atuais de tal modo que parece causar menos estranhamento do que outras nomenclaturas psiquiátricas vigentes. Além do mais, a depressão vem ganhando um status epidemiológico (‘o mal do século XXI’), e dizer que se sofre de depressão parece ser mais socialmente aceito do que revelar que se sofre de uma psicose ou de esquizofrenia.

Problema de nervoso, dor de cabeça, problema de cabeça, desvio mental, confusão mental, são outros termos usados por Cléo, Caio, Fabi, Gina e Davi para conceber a psicose. Tais concepções foram também encontradas nos estudos de Villares; Redko; Mari (1999). A primeira definição relaciona-se a uma incapacidade para lidar com as emoções. De certo modo “minimiza o problema, tornando [o sujeito] alguém que sofre mais, porém não diferente de

seus familiares” (VILLARES; REDKO; MARI,1999, p.42). Nas outras definições, a doença é traduzida numa disfunção anatômica. Para esses pesquisadores:

“Essas imagens aproximam-se de um modelo biomédico de transtorno mental em sua tentativa de elaborar um conceito que circunscreve um processo disfuncional, localizado em determinado órgão ou parte do corpo, desencadeado por múltiplos fatores e acarretando uma série de incapacitações ou restrições à vida pessoal e social” (idem, p.43)

O modelo biomédico também está presente na resposta de Félix, que tenta definir sua doença utilizando outro termo, mais conhecido (até mais comum aos velhos!), talvez buscando explicar melhor o que sente à entrevistadora:

“Meu problema é síndrome do reumatismo, mas não é reumatismo. Dói nos nervos e queima o corpo todo.” (Félix)

Dora afirma que sua doença não é ‘mental’, mas de outra ordem:

“Meu problema é carência afetiva da minha família. Falaram que eu era esquizofrênica, mas outro médico falou que eu não era, porque esquizofrênico faz fofoca, mata, e eu não faço nada disso”. (Dora)

Percebe-se, nesse depoimento, o destaque dado para as relações sociais como parte do problema de saúde. O nível sócio-econômico e educacional mais alto (em comparação com o restante da amostra) e um provável aprendizado sobre sua doença, vivido nas numerosas internações e outros tratamentos podem ter influenciado sua resposta, que sai das denominações biomédicas para uma compreensão um pouco mais abrangente do transtorno.

Elisa não se considera doente. Paradoxalmente, narra suas crises:

“Não me considero com um problema mental.[...] Quando me dá a crise, fico muito alegre, converso muito.[...] A crise me pegou de repente, não falava coisa com coisa” (Elisa)

Por último, uma definição curiosa:

“Não me disseram o que eu tinha. Mas sinto umas pontadas na cabeça, um bichinho na cabeça ” (Guido)

Uma primeira análise resumiria essa definição como originária das experiências alucinatórias de Guido. Entretanto, é importante destacar seu empobrecimento sócio-econômico e cultural, que, sem dúvida alguma, contribui para a utilização de termos os mais concretos possíveis para explicar sua doença.

As categorias acima reafirmam a complexidade em classificar o fenômeno da doença mental de modo estanque, não se considerando as peculiaridades envolvidas em cada caso. Também é importante destacar que, para uma compreensão mais abrangente das relações sociais, há que se levar em conta as experiências dos sujeitos com a própria doença, bem como a construção individual, social e cultural do conceito da doença mental.

d) Internações prévias e tratamento psiquiátrico atual

A maior parte da amostra (75%) submeteu-se a internações psiquiátricas pelo menos uma vez durante sua doença. Considerando-se o número total de internações, o grupo teve uma média alta de internações por pessoa (7,3), tendo como referência os atuais tratamentos medicamentosos e psicossociais. As internações, contudo, não comprometeram o tamanho do comboio, como já demonstrado na análise estatística.

TABELA N.º 8 – Internações anteriores e tratamentos psiquiátricos atuais

Sujeito	Número de internações (Aproximado)	Está em tratamento psiquiátrico	Faz uso de medicações Psiquiátricas
1. Ana	5	Sim	Sim
2. André	20	Sim	Sim
3. Bia	–	Não	Não
4. Cléo	1	Sim	Sim
5- Dora	41	Sim	Sim
6. Beto	1	Não	Sim
7. Elisa	1	Sim	Sim
8. Caio	–	Sim	Sim
9. Fabi	7	Sim	Sim
10. Gina	20	Não	Sim
11. Hilda	10	Sim	Sim
12. Davi	–	Não	Não
13. Elson	1	Não	Não
14. Félix	–	Não	Sim
15. Isis	2	Sim	Sim
16. Guido	8	Sim	Sim

Os números são menos surpreendentes, entretanto, quando se contextualizam historicamente as modalidades de tratamentos psiquiátricos.

A psiquiatria adentra o século XX marcada pelo modelo assistencial asilar e segregador (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1992, p.14). Tal modelo vem das estratégias para organização do espaço urbano desenvolvidas pela burguesia dos séculos XVII a XIX:

“O louco não ficaria mais perambulando pelas ruas, pois havia urgência em construir a imagem de trabalhadores obedientes e produtivos – e a figura do louco contradizia esse objetivo, porque, além de não se enquadrar no mundo do trabalho formal, não gerava lucro e nem era um consumidor ativo”. (DIAS, 2001, p.20)

No Brasil, houve um crescimento enorme da população de internados em hospitais psiquiátricos nas décadas de 1960 e 70 (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1992, p.23), época em que os sujeitos desta pesquisa eram mais jovens. Particularmente na cidade de Uberlândia e região, a internação em instituições especializadas no tratamento da loucura era bem aceita pela comunidade, uma vez que o cuidado com o doente psiquiátrico era obrigação estrita da

família³, e a cidade não dispunha de muitas opções para os tratamentos. A família, por sua vez, ao ver um de seus membros demonstrando comportamentos em desacordo com a moral vigente, via-se na obrigação de aprisionar o louco, em geral, amarrando-o em algum quarto da casa. A internação passava a ser valorizada como uma alternativa mais moderna, numa região que primava – e ainda prima – por ideais progressistas (DIAS, 2001,p.20).

Para aqueles em tratamento psiquiátrico atual, a maior parte freqüenta ou já freqüentou os CAPs ou o ambulatório da UFU, lá obtendo suas medicações (antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos, basicamente) e realizando as psicoterapias. Somente duas entrevistadas fazem tratamentos em clínicas particulares.

e) Atividades sociais

As atividades sociais constituem-se numa das dimensões do funcionamento social dos idosos (KANE, apud PASCHOAL, 2002, p.321) e é importante indicativo do comprometimento das relações sociais do psicótico. Por meio delas, é possível avaliar, por exemplo, seu desempenho cognitivo. A expansividade do seu átomo social também pode ser observada e a circulação desse idoso psicótico em diferentes grupos sociais, mostra uma capacidade para desempenhar diferentes papéis sociais, o que indica maior espontaneidade, menor isolamento social e, provavelmente, melhor saúde mental. Mediante os relatos dos sujeitos, sete categorias foram organizadas.

³ “Art. 114 – os loucos, são seus parentes obrigados a tel-os em segurança em lugar que não perturbem o socego e a tranqüillidade.” Trecho do Código de Postura do município de São Pedro do Uberabinha (atual Uberlândia), em 1903 (apud DIAS, 2001)

TABELA N.º 9 – Atividades Sociais

	Atividades sociais	Definições	Frequência relatada	Porcentagem
a)	Atividades de vida diária	Limpar a casa, fazer compras, cozinhar, ir ao banco receber aposentadoria	8 vezes	50%
b)	Cultos Religiosos	Missa, culto evangélico, culto espírita, cantar no coral da igreja	7 vezes	43,45%
c)	Atividades Recreativas	Bailes, festas, excursões, jogar baralho, visita a amigos e familiares	7 vezes	43,45%
d)	Atividades grupais relacionadas a tratamentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e Centros Educacionais de Assistência Integrada (CEAIs)	Grupos psicoterapêuticos, grupos de artesanato, passeios	6 vezes	37,50%
e)	Atividades Físicas	Aulas de ginástica, de aulas de hidroginástica, caminhadas	4 vezes	25%
f)	Artesanato	Pintura em telas, bordados, tricô	4 vezes	25%
g)	Não realizavam nenhuma atividade social		3 vezes	18,75%

A categoria atividades de vida diária foram referidas por metade das pessoas da amostra. Os tipos de atividades desta categoria incluem o que os pesquisadores denominam Atividades Instrumentais e Avançadas de Vida Diária – AIVDs e AAVDs (KATZ; LAWTON; BRODY; REUBEN; SOLOMON, apud PASCHOAL, 2002, p.318-319). São atividades que requerem desempenho funcional mais complexo do que as atividades básicas – ABVDs (por exemplo, comer, usar o banheiro).

Embora muitas atividades de vida diária sejam desempenhadas, quase sempre, com a supervisão de algum familiar, elas permitem que os idosos exerçam minimamente sua autonomia, fundamental para o bem-estar junto à família e para o exercício de sua cidadania.

Nesta amostra, quase metade das pessoas (43,45%) vão semanalmente a algum culto. As demais não vão ou vão raramente. Nos casos em que houve frequência mais constante aos

cultos religiosos, elas visavam combater ou aliviar algum sintoma (na acepção psiquiátrica do termo):

“ Depois que comecei ir ao culto toda semana parei de escutar aquilo [vozes]”
(Elson)

“ Lá [centro espírita] eu alivio minha ansiedade” (Hilda)

Outra categoria encontrada foi denominada atividades recreativas. Incluem-se aí atividades realizadas sem compromisso previamente determinado, como bailes, visitas a amigos e familiares, jogo de baralho. Os bailes e as festas mencionados são, em sua maioria, promovidos pelos serviços sociais públicos da cidade. Os idosos que disseram ir a tais eventos parecem mais socialmente integrados, embora não seja possível afirmar que a frequência a essas atividades esteja relacionada a uma maior rede de relações.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Centros Educacionais de Assistência Integrada (CEAIs) parecem ser de grande importância na vida social dos idosos que o freqüentam. Para Guto, por exemplo, a ida ao CAPs duas vezes por semana é sua única atividade social. Para Bia, todas as 11 pessoas de seu círculo externo atual eram pessoas ligadas ao CEAI.

As atividades físicas mencionadas são efetuadas também em grupo e, em geral, promovidas pelos serviços sociais e de saúde da cidade. Somente Ana relatou freqüentar aulas de hidroginástica em local privado.

Fazer artesanatos faz parte das atuais atividades sociais de Ana, Bia, Cléo e Elisa. São atividades tradicionalmente associadas a senhoras, e muitas delas aprendidas também nos CAPs e CEAIs. Cléo e Elisa fizeram questão de mostrar os objetos criados à pesquisadora, revelando sua satisfação e seu orgulho pela produção. O artesanato é também instrumento de inclusão social para essas pessoas. Vender, mostrar ou dar de presente a alguém querido um

objeto feito pela própria pessoa é bastante valorizado, pois, além de promover trocas sociais mais balanceadas, algo desejável em nossa sociedade capitalista ocidental (RAMOS, 2002), promove sentimentos de auto-valorização, diminuição de estresse e bem-estar entre os idosos, como sugere o estudo de Liang; Krause; Bennett (2001).

Do total de entrevistados, somente Davi e Beto não realizavam nenhuma atividade social à época da entrevista. Davi, por não poder andar em função de uma doença neurológica, e Beto, embora sem dificuldade motora, por ter medo de sair sozinho, ficando na dependência de algum familiar para acompanhá-lo. Ambos não realizam nenhuma atividade dentro de casa.

f) Análise do comboio social

As instruções para o preenchimento do Diagrama do Comboio social tiveram que ser bastante detalhadas. As dificuldades afetivas e cognitivas resultantes das doenças mentais certamente, é um fator a ser considerado na aplicação de qualquer instrumento para esta população. Alguns pacientes mostraram-se mais desatentos ou com dificuldades de memória, especialmente em relação ao segundo diagrama, em que necessitavam recordar fatos mais antigos e, não raro, carregados de emoções expressas. Não obstante, o instrumento mostrou-se adequado à população investigada. Mesmo sendo psicóticos, os idosos entrevistados estavam emocionalmente conscientes, isto é, sabiam dizer quem eram as pessoas com as quais eles trocavam afetos. Souberam avaliar de forma clara os contatos sociais baseados no suporte social percebido e em sua qualidade afetiva, sem se prender à proximidade geográfica.

As tabelas a seguir descrevem a quantidade de pessoas mencionadas pelos 16 sujeitos em suas redes de relações sociais, distribuídas de acordo com os três círculos concêntricos do Diagrama do Comboio Social.

TABELA N.º 10 - Comboio Social das redes de relações atuais

Sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total
Círculo interno	8	5	8	2	18	3	6	4	2	13	3	3	1	2	10	4	92
Círculo do meio	4	18	19	2	8	8	4	20	1	1	2	0	5	2	11	1	106
Círculo externo	4	5	11	0	18	2	0	2	0	0	9	0	12	2	2	9	76
Total Rede	16	28	38	4	44	13	10	26	3	14	14	3	18	6	23	14	274

O número total de pessoas mencionadas nos comboios atuais dos sujeitos investigados foi de 274 pessoas, perfazendo uma média de 17,12 pessoas por comboio. Os círculos do meio receberam mais de um terço (38,68%) dos contatos sociais mencionados. Os círculos internos e externos contiveram, respectivamente, 33,57% e 27,73% das pessoas mencionadas.

TABELA N.º 11 - Comboio Social das redes de relações anteriores à doença

Sujeitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total
Círculo interno	13	12	11	4	5	4	2	2	2	2	1	2	3	5	6	1	75
Círculo do meio	5	5	1	0	11	0	4	9	6	0	0	0	2	0	0	3	46
Círculo Externo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	15	0	0	3	23
Total rede	20	17	12	4	16	4	6	11	8	2	4	2	20	5	6	7	144

Já os comboios anteriores ao surgimento da doença tiveram em média nove pessoas mencionadas por sujeito, um pouco mais da metade da média dos comboios atuais. A maioria dessas pessoas (52,08%) estavam concentradas no círculo interno. Os círculos do meio e externo contaram com 31,94% e 15,97% do total de pessoas mencionadas.

Comparando os diagramas atual e anterior ao surgimento da doença, verifica-se um aumento total no número de pessoas mencionadas em 12 dos 16 diagramas atuais.

Em relação ao círculo de dentro, houve aumento dos contatos relatados em oito dos 16 diagramas; um permaneceu estável e sete diminuíram de tamanho. No círculo do meio, houve aumento das interações sociais relatadas em 10 dos 16 diagramas, sendo que dois permaneceram estáveis e quatro diminuíram de tamanho. Houve aumento também do círculo

externo, na seguinte proporção: 10 aumentaram o número de interações, um diminuiu e cinco permaneceram estáveis.

O aumento do tamanho do comboio atual em relação ao antigo pode estar relacionado a alguns fatores. O primeiro deles, e talvez o mais significativo, é a maior facilidade de lembrança das pessoas da rede de relações presentes, comparada com o esforço de lembrar e categorizar as relações retrospectivamente ao início da doença.

O maior número de familiares descendentes e o aumento da presença de cuidadores formais nos diagramas atuais podem ter contribuído também para o aumento de contatos nos diagramas atuais.

A média de contatos mencionados nos diagramas atuais é superior à encontrada na pesquisa sobre suporte social do National Institute on Aging (KAHN; ANTONUCCI apud ANTONUCCI, 1985, p.102) que variou entre 8,32 e 8,52. Também foi maior do que duas das pesquisas brasileiras em que o diagrama de Antonucci foi utilizado como instrumento: em Capitanini (2000) a média foi de oito pessoas e, em Nogueira (2001), foi de 12 pessoas por comboio.

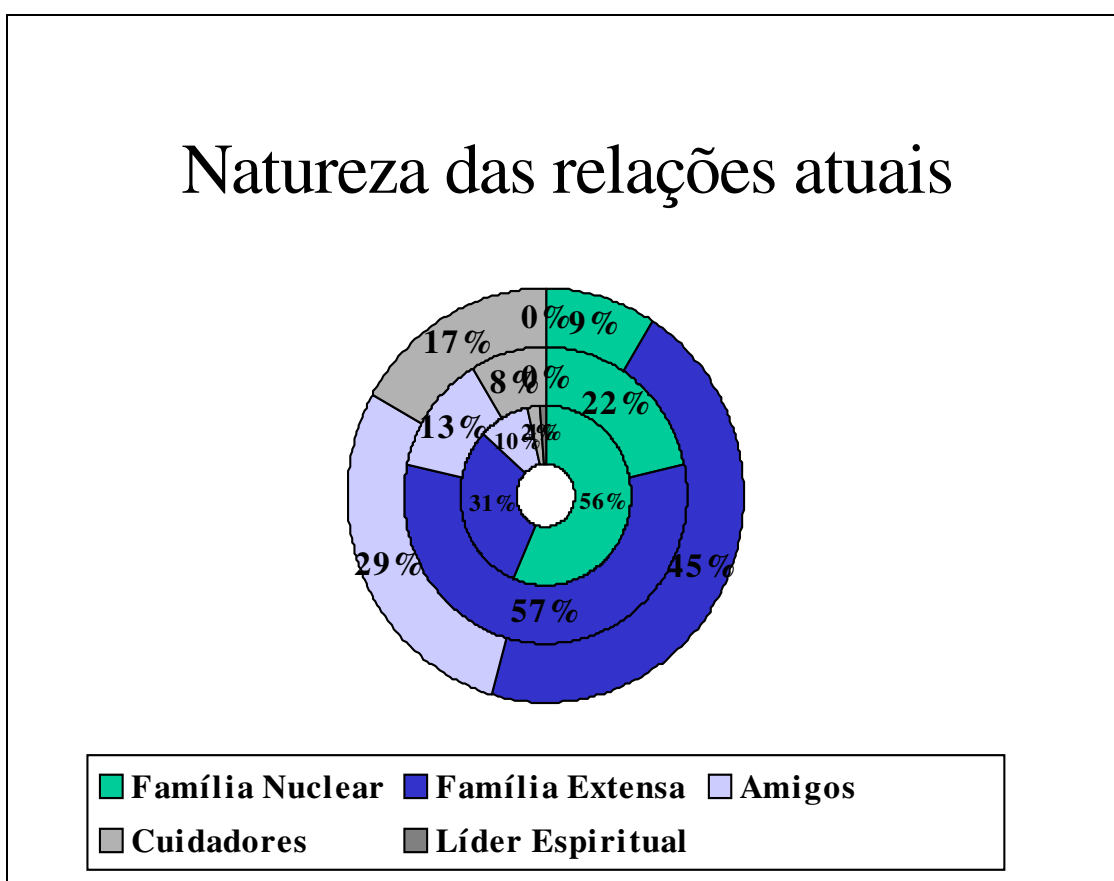
Os números confirmam a diversidade dos tamanhos dos comboios para populações distintas, já notado por Antonucci (1986). A maior quantidade de pessoas presentes nos comboios, em princípio, indicaria maior expansividade social (considerando-se o comboio o átomo social atual do sujeito) e menor risco psicológico, dado que a camada protetora do comboio também é maior.

No entanto, é preciso analisar alguns fatores. O primeiro deles foi a grande concentração de pessoas em dois dos 16 comboios analisados, os de Bia e Dora. Juntos, eles continham quase 30% do número de pessoas mencionadas. E a frequência de contato com grande parte das pessoas mencionadas nesses dois comboios era baixa ou inexistente, o que

aconteceu também em outros comboios. Outro fator está relacionado às trocas de suporte social. Embora existam trocas, elas não são simétricas. Todos os sujeitos recebem mais suporte do que dão. O isolamento social também é característico nessa amostra, pois as atividades mais relatadas são restritas ao domicílio do sujeito ou feitas individualmente.

Quanto às relações sociais atuais e anteriores ao surgimento da doença, estas foram categorizadas em seis grupos distintos e distribuídas entre os três círculos do diagrama, de acordo com as respostas dos sujeitos.

FIGURA 1 - Natureza das relações mencionadas nos comboios atuais



A família nuclear, composta por pais, filhos, irmãos e esposos(as) foi mencionada nas três camadas dos comboio, concentrando-se mais no círculo interno (56%). Também no círculo interno, foram mencionadas a família extensa (sobrinhos, primos, tios, padrinhos, genros, netos e bisnetos), com 31% dos contatos, e os amigos (vizinhos, colegas, compadres), com apenas 10%. Houve uma única menção a um líder espiritual, que representou 2% do total de relacionamentos mencionados no círculo interno.

No círculo do meio, foi a família extensa a categoria mais mencionada (57%), seguida pela família nuclear (22%), pelos amigos (13%) e pelos cuidadores formais (8%).

Já no círculo externo, a família extensa continua a ser mencionada com grande frequência (45%), seguida pela categoria amigos (29%). Os cuidadores formais aparecem em maior número (17%).

O fato de a família extensa ter sido consideravelmente mencionada pode estar relacionado à perda natural de pessoas da família nuclear, como pais, irmãos, avós. Pode estar também relacionado à necessidade de uma rede de suporte social mais extensa para esses sujeitos. A frequência de surtos, a falta de recursos econômicos e culturais são problemas com os quais os familiares se deparam constantemente. Talvez em situações como estas, em que é preciso contar com a solidariedade das pessoas mais próximas, dá-se o “entrelaçamento” das redes de suporte, não só afetivo, como também instrumental. De fato, nove dos 16 sujeitos mencionaram os membros da família extensa nos círculos internos, em sua maioria os netos, justificando a intensa proximidade afetiva. Genros, primos, sobrinho e netos também aparecem nos círculos internos como fonte importante de suporte instrumental.

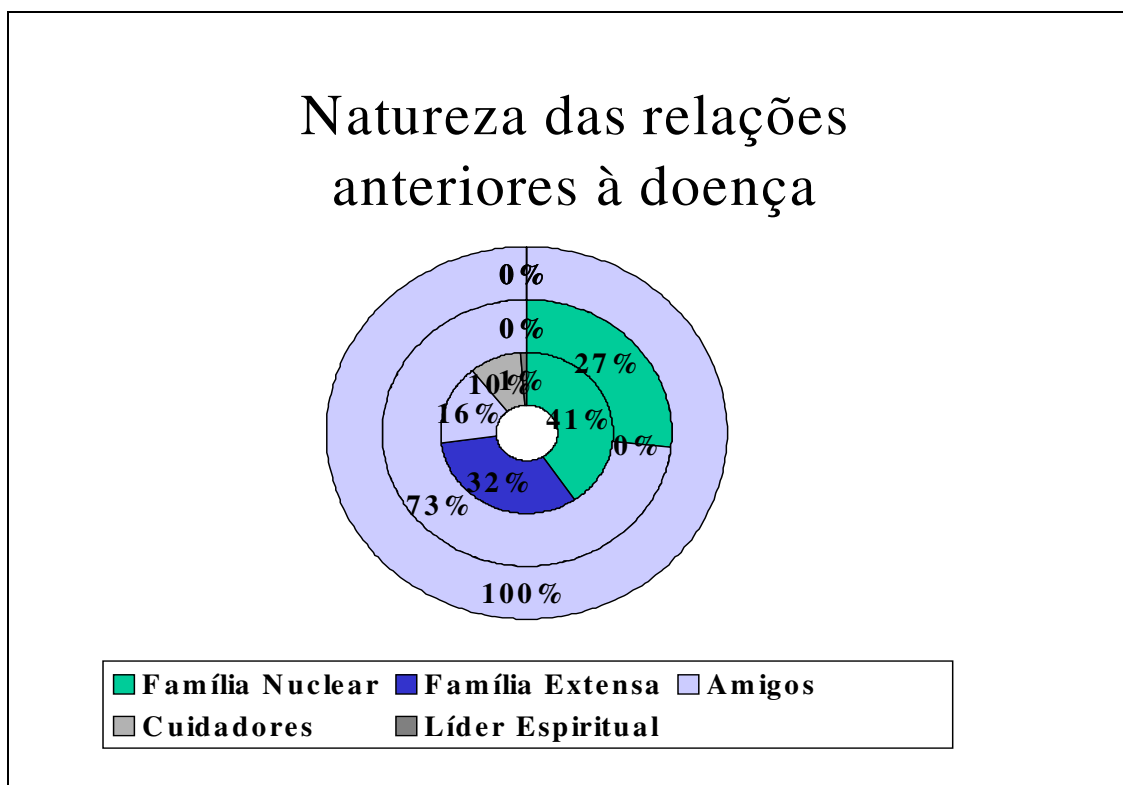
O pequeno número de amigos sinaliza que, no presente, os sujeitos não se relacionam tanto com idosos de sua geração. A esse respeito, é sabido que, além dos familiares e cônjuges, a manutenção de relações sociais com amigos da mesma geração é indicativo de

bem-estar psicológico e social dos idosos (CAPITANINI; NERI, 2004,p. 74), o que sugere danos às redes de relações atuais.

Na literatura gerontológica, o termo cuidador formal refere-se a um profissional contratado para oferecer ao paciente idoso diferentes tipos de suporte, enquanto familiares, amigos e voluntários da comunidade são denominados cuidadores informais (CALDAS, 2002). Nos relatos dos entrevistados, os cuidadores formais atuais são a empregada doméstica e os profissionais de saúde, como enfermeiro, psicólogas, médicos, professores, assistente social, a maioria ligada aos serviços de saúde mental. Tais profissionais são fonte de intenso suporte instrumental e afetivo, quando, por exemplo, orientam o paciente para se vestirem de forma mais apropriada ou facilitam a interação com outras pessoas, sejam familiares ou desconhecidos.

Houve relato de pessoas já falecidas em dois diagramas atuais: Elisa havia ficado viúva há nove meses, mas, assim mesmo, decidiu mencionar o esposo. Fabi relatou que foram os pais quem sempre a ajudou nos momentos difíceis, e perguntou à pesquisadora se poderia incluí-los no diagrama atual, fazendo a ressalva de que eles já estavam mortos. Um estudo americano com viúvas vivendo em habitações comunitárias, também, mostrou a inclusão dos esposos já falecidos em suas redes atuais (PRUCHNO; FALETTI, 1983, apud ANTONUCCI, 1986). Ainda que não mais presentes, a memória dessas pessoas pode ainda funcionar como suporte afetivo, assim contribuindo para a manutenção do auto-conceito dos sujeitos, uma das funções da interação social (CARSTENSEN, 1991)

FIGURA 2 – Natureza das relações mencionadas nos comboios anteriores à doença



O círculo interno das redes antigas recebeu os contatos da família nuclear (41%), da família extensa (32%), dos amigos (16%), de cuidadores formais (10%), e de um líder espiritual (1%).

Já os contatos mencionados no círculo do meio se resumiram à família nuclear (27%) e aos amigos (73%), enquanto que, nos contatos do círculo externo, os amigos foram lembrados com exclusividade.

Sem dúvida alguma, ao evocar as lembranças das pessoas importantes de suas antigas relações, a amostra escolheu os amigos. Estes foram lembrados com saudade, alegria, gratidão, e também com tristeza pela perda de contato:

“Elas me ajudaram a recuperar os cadernos.” (Dora, quando era internada e perdia as aulas).

“Ajudaram quando estava doente, fiquei na casa deles em São Paulo para tratar.”

(Guido)

“Tinha muitos amigos no trabalho, era muito bom!” (Elson)

“Minha vida foi cheia de tanta gente, graças a Deus! Agora não tem mais ninguém, todo mundo sumiu!” (Davi, que chorou ao falar)

Para Antonucci e Akiyama (1995), os relacionamentos de amizade têm mais impacto positivo do que os relacionamentos familiares no bem-estar psicológico dos idosos. A aparente explicação é o fato de os relacionamentos de amizade serem opcionais. Sua presença representa uma contribuição positiva volitiva para as interações sociais desses idosos: “Family should be available; thus, their absence is felt as a deficit. Friends do not have to be available; therefore, their presence is so much more a benefit.” (ANTONUCCI;AKIYAMA, 1995, p.363)⁴

Como a psicose transforma o afeto, muitas vezes, distanciando as pessoas, os amigos que ficam perto do paciente acabam por darem mais suporte e, conseqüentemente, serem mais considerados.

Os cuidadores formais antigos resumiram-se nos papéis sociais de professores e patrões. Houve, entretanto, uma diferença em relação aos professores. Enquanto os professores atuais referiam-se aos professores de trabalhos manuais ou de práticas esportivas, os antigos eram aqueles do ensino regular básico. Quanto aos patrões, estes foram incluídos também na categoria cuidadores formais. A justificativa para tal escolha foi a menção ao suporte afetivo recebido por uma das pacientes durante uma de suas crises psicóticas, apesar do predomínio da relação profissional:

⁴ “A família deve estar disponível; portanto, sua ausência é sentida como uma falta. Já os amigos não têm que estar disponíveis; portanto, sua presença é considerada muito mais como uma vantagem.” (tradução nossa)

“ Eu pedi prá sair do emprego, aí me deu a crise. Me arrependi, e pedi prá voltar. Aí eles me aceitaram e cuidaram de mim.” (Elisa)

As diferenças nos papéis sociais dos cuidadores, de antes e depois da doença, refletem as mudanças intergeracionais do ciclo de vida dos sujeitos. O maior acesso aos serviços de saúde, hoje em dia, inclusive os serviços substitutivos às antigas internações, acaba por dar destaque aos profissionais que trabalham junto ao paciente psiquiátrico.

As relações com tais profissionais, embora mais recentes, são importantes para a manutenção do auto-conceito desse paciente. Por outro lado, os professores da escola regular provavelmente deram um suporte social afetivo importante, ainda mais, levando em conta que tais pessoas não tiveram vida escolar extensa, como é o caso do grupo investigado.

Considerando o comboio como representando o átomo social do sujeito psicótico, e embora sendo uma análise unilateral (do indivíduo para o grupo), as características dessas matrizes sociométricas ficariam assim resumidas: em termos de intensidade de aceitação/rejeição, os sujeitos parecem escolher mais positivamente do que são escolhidos, tendo em vista o maior isolamento social; mesmo com o grande número de pessoas escolhidas, não se observa um equilíbrio entre as escolhas e a realidade cotidiana.

Quanto à avaliação feita pelos sujeitos em relação aos seus relacionamentos sociais, todos fizeram uma avaliação bastante positiva de suas redes de relações. Dos 16 entrevistados, 43,75% (sete) disseram estar satisfeitos, e 56,25% (nove) disseram estar muito satisfeitos, perfazendo um total de 100% de satisfação com seus comboios sociais.

TABELA N.º 12 – Satisfação com a rede de relações

Sujeitos	Grau de satisfação com a rede de relações				
	Muito insatisfeito		Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
					 
1. Ana	–	–	–	–	X
2. André	–	–	–	–	X
3. Bia	–	–	–	–	X
4. Cléo	–	–	–	–	X
5- Dora	–	–	–	–	X
6. Beto	–	–	–	–	X
7. Elisa	–	–	–	X	–
8. Caio	–	–	–	–	X
9. Fabi	–	–	–	X	–
10. Gina	–	–	–	X	–
11. Hilda	–	–	–	X	–
12. Davi	–	–	–	X	–
13. Elson	–	–	–	–	X
14. Félix	–	–	–	–	X
15. Isis	–	–	–	X	–
16. Guido	–	–	–	X	–

Um estudo com idosos franceses com sintomas de depressão mostrou uma satisfação com a rede de relações de 82% (ANTONUCCI; FUHRER, 1997). Aqui no Brasil, Freire, Resende, Rabelo (2004) encontraram 66% de idosos frequentadores de centros sócio-educativos satisfeitos com sua rede social. Capitanini (2000), em seu estudo com mulheres vivendo sozinhas, encontrou também uma porcentagem de 80% das mulheres satisfeitas com a vida atual.

Quais motivos explicariam tamanha satisfação para a amostra investigada neste estudo?

O conceito de bem-estar subjetivo oferece uma compreensão satisfatória para este fato. Bem-estar subjetivo refere-se “à avaliação que o indivíduo faz de sua vida em geral ou de seus domínios, tendo por base seus próprios padrões, valores e crenças”. (FREIRE, 2001, p. 20). A qualidade de vida e a capacidade de adaptação às perdas ligadas ao processo do envelhecimento estão também associadas a essa avaliação, que abrange não só avaliações cognitivas, mas também reações afetiva.

Segundo Freire (2001), o bem-estar subjetivo é uma experiência interna à qual se tem acesso por meio do auto-relato do indivíduo e, nem sempre, é afetado por condições de saúde, conforto e riqueza. A influência desses aspectos depende dos valores e expectativas do indivíduo, do grupo a que pertence e da sociedade.

É possível que tanto os sujeitos quanto seus familiares, depois de tantos anos, tenham aprendido a lidar com a doença, resultando, assim, numa melhor convivência entre si. É possível também, que os projetos de vida tenham sido redefinidos de forma a obter o planejado para suas vidas apesar das limitações impostas pela doença. Estas são algumas estratégias de enfrentamento para a manutenção de um senso positivo de *self* (FREIRE, 2001,p.18) e que em geral, são usadas pelos indivíduos não-psicóticos, especialmente, durante o processo de envelhecer. Pode-se, então, deduzir que estratégias similares foram utilizadas pelos indivíduos desta amostra. De fato, percebe-se que as habilidades enfatizadas referem-se mais a determinadas atividades de vida diária, e menos às interações sociais, função bastante prejudicada na doença mental.

É sabido, ainda, que o suporte social tem um efeito direto no bem-estar geral (ANTONUCCI, 1991). Os indivíduos da amostra, comumente, recebem mais suporte do que dão, o que, neste caso, pode ser traduzido como uma rede mais cuidadora e, portanto, causadora de maior satisfação. Entretanto, alguns entrevistados relataram algum suporte oferecido, o que pode contribuir para uma percepção de maior equilíbrio entre dar e receber, outro fator que predispõe o bem-estar geral. Isis, por exemplo, ao ser perguntada sobre as coisas que faz para algumas pessoas de sua rede, conta orgulhosa a ajuda dada aos familiares:

“ Eu faço o que posso. E faço uma coisa muito importante: oro por eles todos os dias!”
(Isis)

g) Tempo de velhos (e) loucos

Existe um tema comum ao idoso psicótico: o tempo. O tempo do louco e o tempo do velho. O tempo do velho louco. É um tempo especial, merecedor de algumas reflexões.

Em sua obra ‘A nau do tempo rei’, de 1993, Peter Pál Pelbart expõe com maestria sobre a temporalidade do louco. Para esse filósofo e terapeuta de psicóticos, se a cultura ocidental vive um império da velocidade - a Idade do Acelerador, como ele nomeia a era atual, a loucura solicita uma desaceleração, reivindicando um outro tempo. Ele afirma: “A loucura tal como ela se apresenta hoje certamente é também isso: a recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade, e a reivindicação de um outro tempo.” (PELBART, 1993, p. 39).

Se o tempo do psicótico traz essa espécie de freio, o velho também vive um tempo diferente do adulto produtivo. Ainda na metáfora mecânica, ele vai ‘desacelerando’ gradativamente, marcadamente nos aspectos fisiológico e motor.

Assim, as figuras do velho e do louco, e também do velho louco, se sobrepõem e produzem temporalidades semelhantes, que certamente afetam as relações dentro de seus átomos sociais.

Continua Pelbart, propondo uma reflexão importante:

“ A questão seria saber como as propostas alternativas em saúde mental pensam preservar a possibilidade de uma temporalidade diferenciada, onde a lentidão não seja impotência, onde a diferença de ritmos não seja disritmia, onde os movimentos não ganhem sentido pelo seu desfecho”.(PELBART, 1993, p.40)

Essa temporalidade diferenciada apresenta-se nesse psicótico que envelheceu em sua comunidade, mais perto ou mais longe da sua família, e, por vezes, confunde aqueles em seu redor. Às vezes, de quem se esperava a apatia, surge o desejo amoroso; de quem se esperava a lentificação, aparece a aceleração do pensamento, ou a agitação corporal. Exemplo disso é o

que ocorreu com uma das entrevistadas desta pesquisa, também paciente da pesquisadora. Após a morte do marido, quando família e cuidadores previam uma depressão grave, ela começou a sair mais, a rir mais, a usar mais maquiagem; começou a dançar e praticar esportes como nunca fizera antes. Crise maníaca? Libertação de antigas amarras sociais? Depende da perspectiva de quem analisa.

O tempo da doença mental difere também do tempo de outras doenças. Não há um surgimento determinado em horas, dias ou meses. E, mesmo depois de diagnosticada por um profissional, pode-se ainda deixá-la latente, ou negá-la, ou transferi-la para outros discursos. Sendo assim, quando se fala do comboio de relações antes da doença, fala-se do tempo antes da constatação da psicose por um profissional, pois os “problemas” provavelmente, vinham acontecendo há mais tempo. Como mencionado anteriormente, a doença mental é, antes de tudo, uma construção social.

h) Qualidade do afeto e exclusão social

Apesar de serem categorias sociais, com vários aspectos comuns, generalizações sobre o velho e o psicótico devem ser evitadas. A diversidade é muito maior do que as semelhanças. Se uma das poucas afirmações que os gerontólogos ousam fazer sobre o velho refere-se à sua extrema diferença interindividual, as experiências do psicótico são, do mesmo modo, muito singulares. Cada psicótico viveu e vive sua loucura de forma exclusiva. Mesmo tendo em comum múltiplas internações, tratamentos semelhantes, a mesma região do Brasil, esses sujeitos trazem em sua história uma enorme riqueza de experiências, com diferentes marcas. Alguns tiveram a sorte de ter uma rede de suporte mais “sustentadora” e conseguiram assim estabelecer relações sociais de maior qualidade afetiva. Outros já não tiveram o mesmo destino.

Não foi possível, com este estudo, encontrar determinantes para a baixa qualidade de afeto presente nas relações sociais dessas pessoas. A qualidade do afeto depende de muitos fatores além de uma rede de relações satisfatória, como a espontaneidade e o bom desempenho de papéis. A pobreza sócio-cultural não foi e nem é determinante de qualidade de afetos desenvolvidos entre as redes de relações sociais. Entretanto, numa situação de desprivilégio, como é o caso do adoecimento mental, ser pobre contribui ainda mais para dificultar o acesso a serviços de saúde. A falta de informação, em vários casos, ficou patente: os serviços são oferecidos, porém muitos daqueles que dele necessitam sequer sabem da sua existência. E a falta de informação anda de mãos dadas com a pobreza social e econômica. Por isso, não é possível deixar de mencionar a exclusão social dessas pessoas, nos mais diferentes contextos. Embora o sofrimento vivido por esses sujeitos, suas famílias e comunidade não tenha um status de epidemia, em função da baixa incidência e prevalência na população, comparada a outras doenças, o drama vivido por eles não deve ser considerado menos importante.

Com os movimentos populares e dos profissionais da saúde, que culminam na regulamentação de um novo modelo assistencial em saúde mental no país, especialmente por meio da aprovação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), a loucura, aos poucos, deixa de estar circunscrita aos Hospitais Psiquiátricos e sanatórios para circular em outros espaços, em outros contextos. Alguns deles são os centros de aprendizagem de diversos trabalhos, a educação inclusiva, as moradias protegidas, o acompanhamento terapêutico, a arte. São contextos que se propõem a maior suporte não só instrumental, mas principalmente afetivo. Pretendem também dar visibilidade social para o sujeito louco, talvez, alavancar mudanças das mentalidades culturais e sociais, ainda que gradualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecimento e relações sociais foram os dois focos escolhidos nesta pesquisa, pela qual se buscou saber um pouco mais sobre as redes de relações de idosos que envelheceram psicóticos.

O número reduzido de participantes não permite quaisquer generalizações a respeito do grupo referido. Certamente, não foi esta a intenção da pesquisa. Alguns fatos importantes, contudo, mereceram destaque.

Um deles refere-se ao tamanho médio do comboio dos participantes. Estes foram maiores em número de contatos do que os comboios das pesquisas brasileiras analisadas. A qualidade das relações estabelecidas, contudo, parece ficar prejudicada quando se consideram a frequência, o tipo de contato e o suporte social. Há, portanto, expansividade social relatada aumentada, porém, baixa expansividade afetiva, sociometricamente falando.

O papel social de cuidador ainda é feminino. A participação das mulheres é maior nos comboios atuais, e são elas as mais próximas dos sujeitos, confirmando, mais uma vez, a tendência mundial.

Os homens, contudo, foram os mais lembrados nas redes de relações antigas. A sociedade rural e patriarcal, predominante na região à época em que os sujeitos eram mais jovens, pode ter contribuído para esse fato.

Por fim, os encontros com os sujeitos da pesquisa e seus familiares em suas casas foi parte essencial do processo desta investigação. A pesquisa não é participante, na acepção metodológica do termo. No entanto, o envolvimento emocional da pesquisadora com as histórias foi um elemento constitutivo da investigação. Escutar histórias tão ricas de detalhes, algumas alegres, a maior parte triste, produziram na pesquisadora sentimentos variados –

compaixão, angústia, medo, tristeza. Tais sentimentos estiveram e estão presentes, implicados na construção do trabalho, que não por coincidência, trata das relações sociais.

Os sujeitos, por sua vez, não pareceram menos afetados. A ansiedade da espera pela pesquisadora, algumas tentativas de agradá-la, as desconfianças, os choros, são manifestações que não foram tratadas com indiferença, e nem poderiam, uma vez que a pesquisadora é também terapeuta, o que, no mínimo, direciona seu olhar para este “periférico” da pesquisa, provavelmente não tão periférico assim. Alguns desdobramentos desses encontros: a mãe de Bia pediu à pesquisadora que desse sua opinião sobre “o estado psicológico” da filha. A nora de Beto pediu “um tratamento para ele”, pois não anda muito bem. Guido demonstrou intensa alegria por receber a visita e até chamou um vizinho para aproveitar e fazer uma consulta com a “doutora que veio da Medicina” falar com ele. Dora fez questão de mostrar seu álbum de fotografias e presentear a pesquisadora com um botão de rosa do seu jardim. Caio sentiu-se tão importante sendo entrevistado que, no final, agradeceu pela entrevista, e colocou-se à disposição para “dar alguma palestra, caso fosse necessário”. As entrevistas, foram, portanto, intervenções terapêuticas, e isto deve ser ressaltado para aqueles que futuramente desejarem ouvir as histórias que esses sujeitos têm para contar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, p.12-18, 1999.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996/2003.

ANDREOLI, S.B. et al. Definição de caso de esquizofrenia em registro de hospital psiquiátrico: seguimento de 70 anos (1931 a 2001) .**Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.63-78, out. 2002.

ANTONUCCI, T.C. Social supports networks: A hierarchical mapping technique. **Generations**, v. 10, n.4, p. 10-12, 1986.

_____. Apego, suporte social e eventos de vida negativos na idade madura. In: CUMMINGS, E.M.; GREENE, A.L.;KARRAKER, K.H.(Org.) **Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping**. (trad. Lucila Goldstein). Hills Dale: L. Erlbaum, 1991.

_____. Social Relations: an examination of social networks, social support and sense of control. In: **Handbook of the psychology of aging**. Academic Press, 2001.

ANTONUCCI, T.C. et al. Widowhood and Illness: A Comparison of Social Network Characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. **Psychology and Aging**, v.16, n.4, p. 655–665, Dec. 2001.

ANTONUCCI, T. C.;AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, v. 42, n.5 p.519-527, 1987.

_____.Convoys of social relations: family and friendships within a life span context. In: Blieszner, R.; Bedford, V.H. (Eds.). **Handbook of Aging and the Family**. Westport,CT: Greenwood Press, 1995, p. 355-372.

ANTONUCCI,T.C; FUHRER,R.;DARTIGUES, J.F. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. **Psychology and Aging** .v.12, n.1, p. 189–195, 1997.

_____. Personal Characteristics, Social Support and Social Behavior. In: Binstock and Shanas, E. (Eds.) **Handbook of Aging and the Social Sciences**. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1985.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th Edition. Washington DC, 1994.

BECKER, T. et al. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. **The British Journal of Psychiatry**, v.171, p.15-19, 1997.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994 (c1979).

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Decreto-Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 de abril 2001.

BUSSE, E.W. ; BLAZER, D.G. **Psiquiatria Geriátrica**. 2.ed.. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CALDAS, C.P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos Envelhecimento UnATI**, v.3, n.4, 2000. Disponível em: <www.uerj/unati.br> Acesso em: 20 ago. 2003

_____. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhecimento UnATI** v.4, n.8. 2002 Disponível em: <www.uerj/unati.br> Acesso em: 20 ago. 2003

CANINEU, P.R.; SILVA, M.C.; DAMASCENO, B.P. Uma introdução ao estudo da demência em hospitais psiquiátricos. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M. S. (Org.) **Velhice Bem-Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2004. p.163-184.

CAPITANINI, M.E.S. **Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo sós**. 2000. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Educacional.) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CAPITANINI, M.E.S.; NERI, A.L. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sozinhas. In: NERI, A.L., YASSUDA, M. S. (Org.) **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2004. p.71-88.

CARSTENSEN, L.L. Selectivity Theory: Social Activity in Life-Span Context. **Annual review of Gerontology and Geriatrics**, New York, v. 11, p.195-217,1991.

_____. Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: NERI, A. L.(Org.) **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. p.111-144.

CARVALHO, V.F.C.; FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.160-173.

COSTA, E.M.S. **Gerontodrama : a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade**. São Paulo: Ágora, 1998.

DIAS, R.F.M. **Institucionalização da loucura em Uberlândia: práticas de intervenção e representações culturais**. 2001. 42 f. Relatório de pesquisa Pibic-CNPq – Centro de Ciências Humanas e Artes, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1991 (c1972).

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FREIRE, S. A. **Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade**. 2001. 182 f. Tese (Doutorado em Psicologia Educacional.) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

GARRÍDO-MARTIN, E. **Psicologia do encontro**. São Paulo: Ágora, 1996.

GIRÓN, M., GÓMEZ-BENEYTO, M. Relationship between family attitudes and social functioning in schizophrenia – a nine-month follow-up prospective study in Spain. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 192, n. 6, Jun. 2004.

HARVEY, K. et al. Relatives of patients with severe psychotic disorder: factors that influence contact frequency. **British Journal of Psychiatry**, n. 178, p.248-254, 2001.

KAHN, R.L.; ANTONUCCI, T.C. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In BALTES, P.B. ; BRIM, O. (Eds.). **Life-Span Development and Behavior**. New York: Academic Press, 1980. v 3, p.253-286.

KNIPSCHER, K.; ANTONUCCI, T.C. Maturing of the social network research in the Netherlands. In KNIPSCHER, K., ANTONUCCI, T.C. (Eds.). **Social Network research: methodological questions and substantive issues**. Amsterdam: Swels and Zeitlinger, 1990. p.1-16.

KNOBEL, A M. A C. Átomo Social: o pulsar das relações. In: Costa, R.P. (Org.) **Um homem à frente do seu tempo. O Psicodrama de Moreno no século XXI**. São Paulo: Ágora, 2001. p.109-126.

KNOBEL, A M. A. C. **Moreno em ato – a construção do psicodrama a partir das práticas**. São Paulo: Ágora, 2004.

LIANG, J; KRAUSE, N.; BENNETT, J. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? **Psychology and Aging** .v. 16, n.3, p. 511-523, 2001.

MAIA, L.C., DURANTE, A.M.G., RAMOS, L.R. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.5, p.650-656, out. 2004.

MASSARO, G. **Loucura – uma proposta de ação**. 2.ed. São Paulo: Ágora, 1994.

MEIRA, R.L.C. Transtornos Psicóticos de Início Tardio. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.216-225.

MENEGAZZO, C.M. et al. **Dicionário de Psicodrama e Sociodrama**. São Paulo: Ágora, 1992.

MORENO, J.L. **Quem Sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama**. Goiânia: Dimensão, 1992-1994 (c1934). 3v.

_____. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1993.

NERI, A.L.. Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.32-46.

NOGUEIRA, E.J. **Rede de Relações Sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários**.2001. 141 f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2001.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. .Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.3-12.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002, p.313-323.

PELBART, P.P. **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 4, n.7, p.156-175, jan. / jun. 2002.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. ; RABELO, D. F. Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 5.2004, Lisboa. **Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004. p. 777-783.

SERPA Jr., O. D. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de ‘O normal e o patológico’ de Georges Canguilhem. **Revista Psicologia Clínica PUC-Rio**. v.15, n. 1 (?). Disponível em:< <http://www.puc-rio.br/sobrepu/depto/psicologia/Octavio.html> >Acesso em: 16/03/2005.

SHAW, B. A. et al. Emotional support from parents early in life, aging, health. **Psychology and Aging** .v. 19, n.1, p. 4–12, 2004.

SHIRIKAWA, I. et al. Family Expectation, social adjustment and gender differences in a sample of schizophrenic patients. **Revista Saúde Pública**, v.30, n. 3, p. 205-212,1996.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. Trad. Alfredo Alves de Farias. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350 p.

SILVEIRA, T.M.. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. **Textos Envelhecimento UnATI** v.3, n.4. jul.2000.Disponível em: <www.uerj/unati.br.> Acesso em:20 ago.2003.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 106f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M.R. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica**. 2.ed rev. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

VILLARES, C.C., REDKO, C.P., MARI, J.J. Concepções de doenças por familiares de pacientes com diagnósticos de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 36-47, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1**Ficha de informações sócio-demográficas**

Idade: Sexo: () F () M Escolaridade:
Estado Civil: () casado/vive junto () solteiro () divorciado/separado () viúvo

Há quanto tempo:

Ocupação (atual e anterior):

Número de Filhos:

Há quanto tempo reside em Uberlândia:

Com quem residia anteriormente:

Com quem reside atualmente e há quanto tempo:

Como se mantém financeiramente?

Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-IV ou CID 10):

Atualmente está sob acompanhamento psiquiátrico?

Não ()

Sim () Frequência de consultas : _____

Atualmente faz uso de medicações psiquiátricas?

Não ()

Sim () Quais: _____

Há quanto tempo obteve o primeiro diagnóstico psiquiátrico: _____

Foi submetido(a) a internações em instituições psiquiátricas?

Não ()

Sim () Quantas? _____

Por quanto tempo? _____

Freqüenta algum tipo de atividade social?

() Cultos religiosos

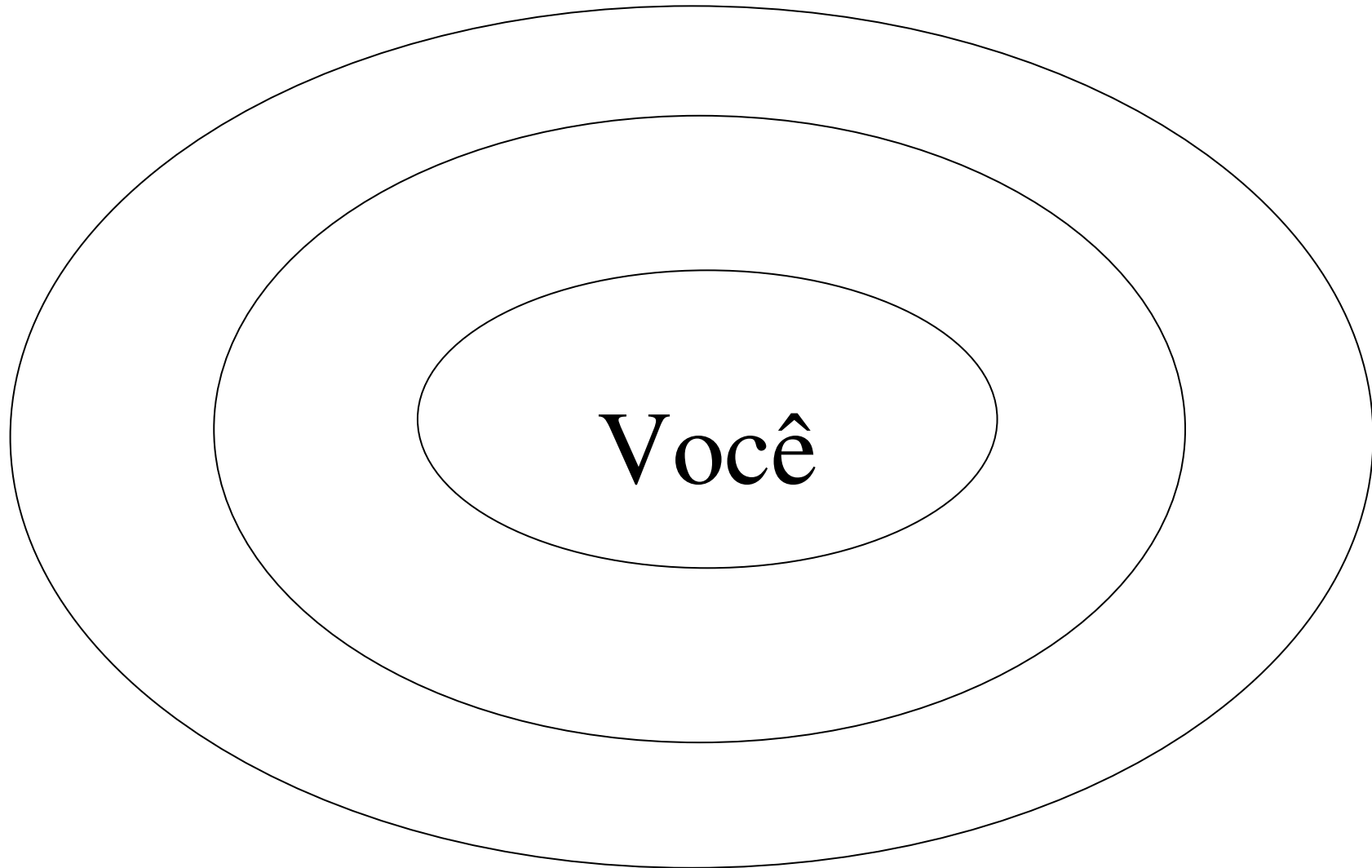
() Atividades recreativas

() Associações

() Outros: _____

APÊNDICE 2

**Investigação da rede de relações
(diagrama do comboio social de Antonucci)**



Número de pessoas do comboio:

Tipo de relacionamento (familiar, amigo, vizinho, etc.) :

Qual sua relação com estas pessoas?

Há quanto tempo o(a) senhor(a) o(a) conhece? Onde se conheceram?

Como é seu contato com esta pessoa?

Para que o(a) senhor(a) o(a) se relaciona com esta pessoa? O que ele(a) faz para o(a) senhor(a)? E o que o(a) senhor(a) faz para ele?

O(a) senhor(a) está satisfeito com suas relações com este grupo de pessoas que apontou neste diagrama? Aponte neste quadro seu grau de satisfação:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
			

APÊNDICE 3

Autorização para obtenção de dados clínicos:

Eu, _____, abaixo assinado, recebi informações acerca da pesquisa intitulada “Envelhecimento e Relações Sociais: um estudo com pacientes psicóticos”, a ser desenvolvida pela pesquisadora Ana Paula de Freitas, cujo objetivo é investigar a maneira como os idosos com transtornos mentais psicóticos de início precoce envelheceram do ponto de vista das relações sociais.

Concordo em fornecer para a pesquisa os seguintes dados dos clientes que se encontram sob meu acompanhamento: nome, diagnóstico psiquiátrico de acordo com as características dos sujeitos da pesquisa, e telefone para contato. Caso preferir, entrarei em contato com o paciente para avisá-lo a respeito da pesquisa, antes do contato da pesquisadora. Declaro conhecer os termos da Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde, e afirmo que minha participação é totalmente espontânea e livre.

Estou ciente de que os dados de meus clientes obtidos na pesquisa poderão ser divulgados oralmente ou por escrito, na forma de relatos de pesquisa, artigos científicos, capítulo de livros, exposição oral de pesquisa, garantindo-se o sigilo em relação às informações que permitam a identificação dos participantes ou a minha.

Fui informado e estou esclarecido em relação aos seguintes pontos:

1. O fornecimento destas informações não me obriga, em hipótese alguma, a procedimentos diferentes daqueles pedidos formalmente neste documento;
2. Cabe à pesquisadora toda a responsabilidade de contatar os clientes;
3. A obtenção das informações será feita na residência do participante, em horário a ser definido pelo participante e a pesquisadora;

4. Serão fornecidos esclarecimentos aos participantes, cabendo-lhes decidir se querem ou não participar da pesquisa;
5. Fica assegurado ao participante a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, no que será prontamente atendido, sem qualquer tipo de restrição ou represália.
6. Caso o participante deseje esclarecer qualquer dúvida, mesmo depois de ter sido iniciado o estudo com ele, será atendido prontamente, ainda que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.
7. O participante autorizará a apresentação e a publicação dos seus dados pesquisa em congressos científicos e em revistas científicas, assegurando-lhe o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

Data: ____/____/200__

Assinatura do profissional: _____

Número do Registro no Conselho de Classe: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Telefone: (34) 3214-1337 / 9996-0898

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Campus Santa Mônica – Bloco “J”.

Fone: 3239-4131

Registro CEP: 225/04

APÊNDICE 4
Relatório da pesquisa nosológica no Hospital de Clínicas (HC)
da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

A pesquisa nosológica consistiu na seleção dos procedimentos realizados no ambulatório, na emergência e na internação, no período de 01/01/1999 a 31/12/2004. Os pacientes deveriam obedecer os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a sessenta anos
- Diagnóstico de transtornos psicóticos (na CID-10: F20.0, F20.9, F20.5, F.33.3, F32.3).
- Residentes na cidade de Uberlândia
- Ter telefone para contato

De um total de 584 procedimentos, selecionou-se apenas 72 prontuários que atendiam aos critérios. Destes, obteve-se um total de oito entrevistas válidas. No quadro abaixo estão indicados: número de homens e mulheres contatados e motivos da não realização de 64 entrevistas.

Motivo de não realização da entrevista	Total de mulheres contatadas	Total de homens contatados
1. o telefone estava desligado, o número não conferia ou não foi atendido após três tentativas em dias e horários diferentes.	24	18
2. Paciente já havia falecido	5	3
3. Houve recusa do familiar ou do próprio paciente	5	0
4. Paciente residia em outra cidade	1	1
5. Paciente residia em asilo	2	0
6. Pesquisadora foi até a casa do paciente, mas paciente não conseguiu responder em função de deterioração cognitiva	2	0
7. Familiar relatou que paciente estava com Alzheimer	1	0
8. Filha relatou que pai nunca teve problemas psiquiátricos	0	1
9. Prontuário estava em nome do pai da verdadeira paciente	0	1
Total de contatos	40	24

APÊNDICE 5**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu, _____ abaixo assinado, recebi informações acerca da pesquisa intitulada “Envelhecimento e Relações Sociais: um estudo com pacientes psicóticos”, a ser desenvolvida pela pesquisadora Ana Paula de Freitas, e estou ciente do objetivo da mesma, que é o de investigar a maneira como os idosos com transtornos mentais psicóticos de início precoce envelheceram do ponto de vista das relações sociais.

Concordo em participar desta pesquisa declarando conhecer os termos da mesma, e afirmo que minha participação é totalmente espontânea e livre.

1. A obtenção das informações será feita na residência do participante e o horário, decidido entre o participante e a pesquisadora;
2. Fica assegurado ao participante a liberdade de retirar seu consentimento, e deixar de participar do estudo, no que será prontamente atendido.
3. Caso o participante deseje esclarecer qualquer dúvida será atendido prontamente, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando.
4. O participante autorizará a apresentação e a publicação dos dados desta pesquisa em congressos científicos e em revistas científicas, assegurando-lhe o caráter confidencial das informações relacionadas com sua privacidade.

Assinatura do participante: _____

RG n.º : _____

Data da assinatura do termo: ____/____/200__

Assinatura da pesquisadora: _____

Telefone: (34) 3214-1337 / 9996-0898

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Campus Santa Mônica – Bloco “J”

Fone: 3239-4131

Registro CEP: 225/04

ANEXO 1



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 282/04

Registro CEP: 225/04

Projeto Pesquisa: *"Envelhecimento e relações sociais: um estudo com pacientes psiquiátricos"*.

Pesquisador Responsável: Ana Paula de Freitas

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação:

- Enviar ao CEP o número de sujeitos que pretendem pesquisar.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 22 de novembro de 2004.

Prof. Dr. Meino Eduardo Bonella
Coordenador do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.g).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.c). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU - Setor de
Catalogação e Classificação - mg / 04/05

F866e Freitas, Ana Paula de, 1971-
Envelhecimento e relações sociais : um estudo com pacientes
psicóticos / Ana Paula de Freitas. - Uberlândia, 2006.
90 f. : il.
Orientador: Sueli Aparecida Freire.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Idosos - Psicologia - Teses. 2. Psicoses - Teses. 3. Envelhe-
cimento - Aspectos sociais - Teses. 4. Idosos - Saúde mental -
Teses. 5. Idosos - Habilidades sociais - Teses. I. Freire, Sueli
Aparecida. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.922.63(043.3)