

Mental Health, Stigma and Experience to Combat Mental Suffering: Community Therapy in a Recife neighborhood

| Saúde mental, estigma e experiência de enfrentamento do sofrimento: a terapia comunitária em uma comunidade do Recife

ABSTRACT | Introduction: *the present study is an analysis about relationships set between people with mental disorders based on their participation in a particular therapeutic place: the Community Therapy (CT). Objective: understanding how these relationships make it possible for these people to strengthen their affective social ties by creating new bonds, and helping them to face their derangements and stigma. Methods: Data collection through interviews and field diary of visitations to community therapy sessions. Qualitative analysis focused on data content. Results: The analysis allowed the creation of a thematic frame to present efforts made to combat suffering and stigma based on social status equalization, closeness, participation and association aspects. Conclusion: Community therapy represents a comfort space for its participants, it enables the deconstruction of the mental disorder stereotype and helps sociability recovery, a fact that changes the lives of involved people. The present investigation also revealed the importance of therapy to help these patients deal with negative emotions. The therapy provides motivation, self-esteem and well-being; however, without having too deep impact on individuals and on their relationship with the community they live in.*

Keywords | *Sociology; Sociology of Health; Mental Health; Stigma; Community Therapy.*

RESUMO | Introdução: Este estudo analisou as relações estabelecidas entre pessoas com um transtorno psíquico, a partir de sua participação em um espaço terapêutico particular: a terapia comunitária. **Objetivo:** Nosso propósito foi compreender como essas relações permitem aos atores envolvidos fortalecer seus antigos laços afetivos, construir novos laços e enfrentar os infortúnios que acompanham seu transtorno, especialmente o estigma. **Métodos:** Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas e de um diário de campo, fruto de visitas às rodas de terapia comunitária. A análise foi qualitativa, especificamente uma análise de conteúdo. **Resultados:** A análise produziu um quadro temático que apontou o esforço de enfrentamento ao sofrimento e ao estigma por meio dos seguintes aspectos: a equalização do status social, a aproximação e participação. **Conclusão:** Concluiu-se que a terapia é um espaço de conforto e desconstrução da imagem de louco entre os seus participantes, que propicia a oportunidade de viver um florescimento da sociabilidade de determinada maneira e transforma os atores envolvidos, afastando-os de emoções negativas e propiciando motivação, autoestima e bem-estar sem, contudo, impactar de maneira mais profunda sua relação com a comunidade da qual fazem parte.

Palavras-chave | Sociologia; Sociologia da Saúde; Saúde mental; Estigma; Terapia comunitária.

¹Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Talvez um dos efeitos mais perversos do transtorno mental seja o isolamento, o crescente afastamento dos círculos sociais que fazem parte da vida cotidiana. A pessoa em sofrimento tem que lidar, ao lado das limitações que são impostas por seu transtorno e também pelos efeitos da medicação, com a evitação, o medo e a discriminação daqueles com quem interage. Pretendia-se, com a reforma psiquiátrica e consequente desinstitucionalização, resgatar as pessoas dos muros dos hospícios, trazendo-as para o convívio social, construindo assim o alicerce fundamental na estratégia de tratamento: o da não exclusão, da vida social seguindo sua trajetória onde o fazer coisas juntas, o construir o cotidiano em interação significasse a possibilidade de viver com a doença da melhor forma possível.

Mas os caminhos da reforma psiquiátrica, em muitos casos exitosos, em outros carecendo de ajustes, não levaram a práticas que resultassem em resultados concretos na mitigação do estigma. De um lado – como veremos a seguir – a perda ou enfraquecimento dos laços sociais não diminuiu; por outro, as práticas dos operadores de saúde não têm se orientado para políticas de promoção de saúde mental, ou mesmo a formação dos profissionais é precária na lida com pessoas em sofrimento (importante assinalar que a psiquiatria ainda é uma especialidade com poucos profissionais, e que para a maioria das pessoas com transtorno os cuidados são prestados por clínicos ou médicos de família). A esse fato deve ser acrescentado outro de igual importância: a quase totalidade das práticas de cuidados com pessoas em sofrimento ancorada na prescrição de psicotrópicos. Ignora-se, desta forma, a história e os campos de experiência daqueles que buscam ajuda (o campo biomédico afirmando-se enquanto dominante e praticamente ignorando práticas de cuidados, principalmente aquelas ancoradas no saber popular), bem como outras práticas terapêuticas, tais como aquelas ancoradas na fala/discurso dos que sofrem.

Como discutiremos, o transtorno mental tem como principal ingrediente o fato de ser representado enquanto desvio: o comportar-se não se orientando por padrões normativos, quebrando as expectativas de ação, os *scripts* sendo continuamente ressignificados. Ao mesmo tempo, a doença é lida de forma polissêmica, onde se inscrevem ingredientes médicos, mágicos e construídos pelo saber popular. Não se sabe exatamente com o que se lida, e, portanto, teme-se o desconhecido. Nesse processo,

sistemas de regulação social são criados, frutos de processos de insegurança normativa, apresentando-se assim como motores de discriminação¹. Assim, mesmo não segregado em instituições asilares, o sofrimento decorrente do isolamento, da evitação é recorrente. A razão disso é simples: espera-se dessas pessoas que “sofrem dos nervos” comportamentos bizarros, reações inesperadas ou mesmo violência e agressividade no trato com os outros, mesmo que tais atitudes não sejam padrão, talvez ocasionais e em momentos de crise.

No que toca à pessoa em sofrimento, a experiência da loucura é vivenciada em um doloroso processo de ressocialização, isto é, a adoção paulatina de uma carreira social/moral ligada ao seu transtorno², que o leva a interiorizar as construções sociais e as expectativas de papéis do “louco”. Com isso, os processos de interação social modificam-se, os círculos sociais cada vez mais se estreitam, com as dificuldades decorrentes da evitação em campos diversos como o consultório médico, o transporte público, a vizinhança e os laços de amizade. Todavia, essa aflição pode ser mitigada com ações mais afirmativas de integração social das pessoas em sofrimento. Em práticas onde essas pessoas, com suas famílias e círculos de sociabilidade mais próximos, possam repensar o transtorno mental e fazer face às exigências de cuidados especiais que o adoecimento provoca. Nesse processo, combatendo o estigma e dessa forma evitando um dos efeitos mais perversos do transtorno mental: a morte social. Nisso a experiência da Terapia comunitária pode ser uma importante aliada.

Aqui tratamos de uma experiência de Terapia Comunitária em um bairro da cidade do Recife, mais especificamente o bairro do Engenho do Meio. Este artigo é resultado da pesquisa empírica “práticas de cuidado de si, redes e círculos sociais” financiada pelo CNPq e CAPES, realizada durante o ano de 2016 e aprovada pelo Comitê de Ética da UFPE. No que se segue, pretendemos mostrar como essa técnica terapêutica pode ser um instrumento importante na reorganização da vida daquele que sofre. Na roda da terapia, seus participantes encontram oportunidades para compartilhar o sofrimento, construir projetos de vida e encontrar forças para o enfrentamento do sofrimento decorrente do transtorno. A partir dos conceitos de equalização de status social, aproximação e colaboração, analisaremos os efeitos da participação na roda de terapia sobre a mitigação dos danos provocados pelo estigma e de forma geral pelo sofrimento de experienciar um transtorno mental.

RELATO DE CASO |

As ideais centrais que estruturam a prática da terapia comunitária têm origem nos trabalhos do Professor Adalberto Bezerra, da UFC (Universidade Federal do Ceará). O Professor Bezerra, diante de problemas importantes na assistência a populações de baixa renda, experimentada em uma comunidade carente de Fortaleza, novas práticas de cuidados com a saúde mental. Tais cuidados têm por ingrediente básico a escuta, animada por terapeutas leigos. A experiência tem início em 1987 na favela do Pirambu, na capital cearense. Diante de manifestações de profundo sofrimento psíquico e da incapacidade de se prover uma adequada atenção por parte do setor público, inicia-se uma série de experiências na tentativa de, a partir da escuta e da solidariedade, coletivamente se buscar o alívio para o sofrimento psíquico. A terapia comunitária se apoia na ideia de que seja possível, a partir da organização comunitária e do envolvimento de algumas pessoas com formação relativamente simples e acessível, instrumentalizar técnicas de escuta que possibilitem às pessoas enfrentar com mais serenidade o sofrimento psíquico.

Considerando isso, nosso olhar se voltou para essa nova tecnologia terapêutica tentando responder à seguinte problemática: as relações estabelecidas entre pessoas com um transtorno psíquico, a partir de sua participação nessa tecnologia, permitem a tais atores fortalecerem seus laços afetivos, construir novos laços e enfrentar os infortúnios que acompanham o transtorno, especialmente o estigma? Firmados no entendimento de que os transtornos mentais são um fenômeno complexo e abrangente o qual envolve as esferas psicológica, biológica e social e que suas características apresentam um caráter desviante³, na medida em que desafiam os padrões de classificações e normalidade do cotidiano, o que levaria ao fenômeno da estigmatização⁴, isto é, um conjunto de processos sociais de comparação, identificação e desvalorização e difamação contínua, tentamos compreender como os participantes da terapia significam sua relação com o sofrimento, como veem sua participação nessa tecnologia, como isso se relaciona com suas redes de sociabilidade e como tal tecnologia auxilia no enfrentamento do estigma.

Para tanto, um grupo de Terapia no bairro do Engenho do Meio, na cidade do Recife, foi acompanhado durante um ano. Nossa experiência foi registrada por meio de diários de campo e entrevistas semiestruturadas, bem como questionários. Todos os dados nos serviram para a

construção da análise que se segue, a qual foi construída com base em uma abordagem qualitativa, através da técnica de análise de conteúdo. Nosso intuito foi a produção de inferências que fossem passíveis de trazer o sentido de seu contexto, de modo a captar o valor informacional contido no material, formando assim uma análise de cunho temático^{5,6}. Nesse esforço analítico, foi fundamental toda a discussão levantada por Stephen Wishaw⁴ sobre uma agenda para a superação do estigma, na qual ele estabelece os seguintes critérios como fundamentais para a superação do estigma:

1. Igualização do status: a questão aqui é estabelecer entre os membros do grupo majoritário e o estigmatizado uma equidade de poder e status, a partir de um contato mais frequente, promotor de atitudes positivas. Em um nível microsocial, o desafio da equalização dos status se opera na iniciativa de configurações comunitárias plurais que instiguem a conversação, o “jogar a conversa fora”, ou seja, momentos que permitam aos atores irem além das primeiras imagens e impressões, em outras palavras, dos estereótipos estigmatizantes.
2. A aproximação e a colaboração: esse critério se relaciona com oportunidades de vivências e compartilhamento de experiências, pois elas tendem a mais frequentemente melhorar a percepção sobre grupos estigmatizados. Em resumo, “Quando existem emoções a serem compartilhadas, a aproximação psicológica das interações relevantes é frequente para criação da aceitação”⁴. A aceitação, conseqüentemente, reverbera na promoção de um ambiente aberto e empático, o que pode vir a gerar mais facilmente apoio, solidariedade e experiências relacionais mais vívidas.
3. Colaboração: aqui o que se leva em consideração para superação do estigma é a colaboração, mediante esforços e objetivos em comum. Em outras palavras, problemas que requeiram esforços mútuos podem ressignificar a perspectiva de que um indivíduo é uma ameaça ou é inútil em razão de seu transtorno. Diante de certas adversidades, o contato contínuo pode vir a aumentar e com ele situações de associativismo, o que garantiria um espaço de participação além dos estereótipos, portanto o alargamento das interações sociais para além dos espaços onde a identidade de “doente mental” dá o tom da gramática interacional.

Com base nesses critérios foi possível construir um quadro temático sintetizador dos elementos encontrados nas

entrevistas em categorias temáticas bastante significativas que permitiram apontar por qual razão é possível dizer que a terapia comunitária pode ser considerada uma forma de atenuação da estigmatização a partir da promoção e recuperação de laços sociais. Vale ressaltar que as análises desenvolvidas não são o ponto final ou a palavra conclusiva sobre o assunto, apenas um modo de tentar compreender se a terapia comunitária, como tecnologia calcada na valorização das sociabilidades, apresenta os aspectos apontados na vida dos seus participantes. No quadro há duas colunas que separam o eixo de análise da síntese dos aspectos encontrados nas falas. Na primeira coluna, localizamos os critérios descritos mais acima; na segunda, a síntese pontual dos elementos que pudemos captar por meio das informações coletadas.

A terapia se demonstra como um espaço de equalização do status social porque apresentou o esforço de afastar a ideia de que pessoas com problemas mentais se resumem ao transtorno e por isso são menos humanas, devendo ser tratadas de uma maneira descredida. A terapia em toda sua dinâmica apresenta aqueles que participam como pessoas idôneas, capazes de ajudarem a si mesmas e também outros, bem como dignas de confiança. O transtorno, a partir dessa ótica, não é entendido como algo extraordinário, longínquo do cotidiano, mas como um acontecimento passível de ser vivido por qualquer pessoa, na medida em que é manifestação dos sofrimentos da vida. Isso fica claro através da (1) associação da terapia com a instituição da família como indica a seguinte fala: “A terapia é como se fosse uma família [...] você fica mais à vontade [...] são pessoas de casa;” por meio do (2) ato de desconstrução do estereótipo, como deixa explícito a seguinte declaração: “Eu percebi que isso é um problema comum, todo mundo... qualquer pessoa pode ter”; através do (3) exercício e promoção de tolerância, conforme se vê nesta resposta: “[...] deixa a gente mais tolerante, deixa a gente com a mente aberta;”, e, por fim, (4) na certeza da garantia do apoio e autoestima, como é possível perceber

na seguinte fala: “faz com que possa apoiar um ao outro, a amizade que nós temos [...] faz com que a pessoa possa ficar mais empolgada e mais feliz”.

Além do esforço em quebrar o processo de desvalorização e identificação dos seus participantes com suas características entendidas como negativas, a terapia se mostrou como um local promotor de aproximação. A dinâmica da roda se processa de tal maneira que seus participantes se aproximem uns dos outros (em diversas esferas, inclusive a corporal através de pequenas dinâmicas e brincadeiras) e mesmo que temporariamente criem um ambiente livre de certos constrangimentos. Ao se apresentar como um cenário onde a aproximação do eu para com o outro é não só legítima, mas também promovida, a terapia se demonstrou como um cenário de partilha de experiências, um palco para “troca de dores”, pontos cruciais para a desestigmatização que se apresentaram através da recorrência dos relacionamentos positivos e de um ambiente social estável⁴.

Isso permitiu que a terapia, como um bolsão da fora da realidade de exclusão, propiciasse a construção de novos vínculos saudáveis e a busca pela recuperação de laços perdidos, como fica claro nestas falas: “Eu gosto da praça (onde ocorre a terapia visitada) porque tem as pessoas, a gente conversa, a gente ouve, a gente se inter-relaciona [...] a praça é o oásis do internamento”; “Estou mais participativo, conversando mais, estou rindo mais, até na minha família, estou mais junto”; “Ajudou assim, porque no meu caso eu fiz mais amigos, entendeu? São pessoas que moram na minha comunidade, mas que eu nem conhecia. Aí a gente fica mais próximo, a gente se encontra na rua fala aquilo... já é tão bom [...] A maioria das pessoas que faz a terapia são daqui [...] e agora a gente já tem aquele vínculo de conversar, parar, se cumprimentar.” A consequência desse processo é o entendimento de que os sofrimentos trazidos pelo transtorno, pelas situações de estigma e pelos infortúnios da vida não são males vividos solitariamente, mas experiências que são presentes no

Quadro 1 – Indicadores de superação do estigma

Indicadores Temáticos	Síntese categórica dos aspectos encontrados nos textos
Equalização do status social	Aceitação; Desconstrução dos estereótipos; Tolerância; Apoio e Autoestima
Aproximação	Partilha de experiências; Formação de laços; Fortalecimento e restabelecimento de laços
Colaboração e Participação	Associativismo e participação efetiva em entidade coletiva (igreja, clube, associação etc...)

cotidiano de outros, podendo ser enfrentadas de maneira coletiva. A comunicação de situações delicadas frutifica, neste cenário em alimento para resiliência, gerando assim “bons resultados em face de condições que poderiam normalmente predizer consequências problemáticas”⁴. Além disso, as conversas sobre as soluções e as maneiras de lidar com a dor gerariam a satisfação por poder compartilhar os seus próprios caminhos e soluções, como deixam claro as seguintes falas: “a gente vê que na terapia a gente realmente consegue apoio das pessoas, dos que realmente participam ali com a gente.”; “A motivação é um dos focos que eu sempre coloco em primeiro lugar. Embora também tem a satisfação e tem as pessoas que gostam de compartilhar comigo sobre determinados assuntos”.

Há um fato interessante a relatar que vai na direção indicada pela nossa análise. Dos cerca de 15 participantes da roda de terapia, existia uma pessoa com claros sinais de déficit cognitivo. Essa pessoa frequentemente fazia interrupções descabidas e às vezes colocava o grupo em situação de dúvidas sobre efetivamente como reagir aos desencontros interativos provocados por sua presença. Esse fato foi mais adiante verificado quando das entrevistas, onde muitos apontavam a presença dessa pessoa como de certa forma incômoda, mas justificada: ele também tem o direito de participar, nós devemos acolhê-lo bem. Mais que isso, em alguns entrevistados, há sinais de que a própria ideia de “loucura”, significando algo muito maior que a experiência deles, deve ser igualmente aproximada a suas experiências de sofrimento. Agora o olhar para aquele que apresenta, por exemplo, adoecimento mais severo deve ser idêntico para aquele que tem, por exemplo, neuroses mais leves: todos são objeto de evitação, todos, enquanto sujeitos inscritos em uma carreira de doença mental⁵, sofrem porque são estigmatizados e devem, porque sofrem igualmente, se apoiar mutuamente. Partilha-se a exclusão, o sofrimento e a dor, mas também a possibilidade de ir além disso, independentemente de ser mais ou menos “louco”.

Outro fato tão interessante quanto, foi o caso de uma pessoa participante da roda de terapia, que embora moradora antiga do bairro, vivia relativamente isolada antes de sua entrada no grupo. Por longo tempo morando com o irmão, depois de seu falecimento se viu sozinha no mundo, e também sofrendo de uma doença incapacitante. Quadro agravado por uma depressão profunda. O resgate de sua energia vital, da vontade de enfrentar o sofrimento e as adversidades da vida se deu a partir de sua participação nas reuniões semanais do grupo. Aquele era o lugar onde suas

angústias eram compartilhadas, mas também o local onde era acolhida, inscrita novamente no dividir da existência. Fato que transborda as rodas de terapia: convites para festas de aniversário, celebrações religiosas e passeios, antes inexistentes, agora se tornam mais frequentes. Quando entrevistada, fez questão de ressaltar que, embora sua vida seja difícil, com suas dificuldades de locomoção decorrente de seu adoecimento, e com a depressão profunda que vem enfrentando, com certeza a roda de terapia foi importante instrumento para fazer face ao infortúnio. Nesse caso em específico, ficou bastante explícito como a terapia se demonstrou um recurso para o alargamento dos laços sociais e o cultivo de um maior bem-estar.

Em relação à colaboração e participação, a Terapia não apresentou resultados substanciais para a maioria dos participantes, todavia ajudou alguns a participarem de práticas associativas religiosas e políticas. Dois deles envolveram-se com a associação do bairro e seu esforço pela melhora do posto de saúde, um desses ainda se envolveu com uma ONG religiosa voltada ao apoio de pessoas em situação de miséria, e outro (dentre os participantes aquele que apresentava o quadro mais grave) conseguiu um trabalho em um comércio da comunidade, e fica claro que o capital social, originado das redes egocentradas desses atores, não foi usado só em sua vida privada, mas também atingiu a esfera pública⁷. Entretanto a maioria se mostrou pouco participativa em relação a práticas associativas, como se percebe na fala do terapeuta: “A gente cobra muito assim, deles também reivindicarem as coisas. São amigos, e isso a gente conseguiu, mas eles ficam cada um vivendo sua vida, né?”.

DISCUSSÃO |

O que nos chama atenção, naquilo que os dados mostraram, não é exatamente a eficácia dessa técnica terapêutica, mas o seu conteúdo de potencializar sociabilidades, sejam aquelas formadas a partir de laços primários, de amizade, ou de natureza associativa, ancorados na comunidade, com participação ativa de seus membros. Isso significa que o movimento de terapia comunitária se liga a outras práticas de sociabilidade; que elas são o componente central, visto que se apresentam como fomentadoras de uma rede de promoção da vida e um caminho para mobilização de recursos⁸. A terapia se apresenta como uma rede de troca de informações, onde a saúde é vista de

forma coletiva. Um espaço aberto para a transformação da dor em solidariedade⁹, que também se complementa com outras atividades, objetivando o resgate da autoestima e o consequente empoderamento dos indivíduos no enfrentamento das constantes situações de risco que enfrentam no seu cotidiano marcado pelas precárias condições de vida. Como consequências, vê-se a resiliência adquirida para o enfrentamento do stress emocional – aqui mais fortemente orientado a partir da construção de laços primários, mais funcionais à produção do apoio social –, mas também o empoderamento social, que se traduz na maior capacidade de organização comunitária, na construção de uma sociabilidade secundária (traduzida em movimentos associativos).

O Cerne está nos processos de formação de sociabilidades primárias e secundárias, estas de natureza associativa, que estão presentes nos grupos de terapia comunitária. E de seu “transbordar” para a densidade associativa da comunidade, fornecendo-lhe instrumentos para o enfrentamento de adversidades, inclusive aquelas relacionadas com questões de saúde mental. Enfrentamento que se dá na ótica de construção de círculos sociais, com participação de usuários, familiares, grupos associativos e outros atores inscritos na comunidade. Resgatamos o conceito de “círculo social”, empregado por Simmel em outra ocasião, no sentido de proporcionar uma recuperação importante do conceito de sociabilidade, aqui tratado não somente em processos de interação, mas ainda os campos destas práticas, uma geografia social a qual permite a reconstrução das trajetórias biográficas das pessoas. Trajetórias profundamente marcadas pelas inscrições de sociabilidade a elas ligadas, que lhes permitem maior ou menor facilitação na construção dos laços sociais. Processos sociais flexíveis, em constante renovação e acompanhando as trajetórias biográficas das pessoas e suas estruturações identitárias. Assim,

[...] a socialização se faz e se desfaz constantemente, e ela se refaz novamente entre os homens em um eterno fluxo... Estas milhares de relações de pessoa a pessoa, momentâneas ou duráveis, conscientes ou inconscientes, nos ligam constantemente uns aos outros. Esta declaração relativista que resulta na existência de formas menos estáveis de interação, substituindo a ideia de substância por aquela de processo¹⁰.

Levando em consideração todos os aspectos que se inserem na noção de círculo social, acreditamos que a potencialidade dessa técnica terapêutica como instrumento, por meio da conversa para o enfrentamento do sofrimento, a partir da

estruturação do eu que se constitui no espelho do outro. As práticas de Terapia comunitária orientam-se para a busca de apoio social entre seus participantes, o que pode ser percebido e resumido em um mote frequentemente empregado nos fechamentos das rodas de conversa e nos gesto e ações corporais que o acompanham. Nele, as pessoas posicionam-se em um círculo, abraçam-se e se balançam levemente, entoando o refrão: “tô balançando, mas não vou cair”. Nesse contexto de encerramento, não cair significa estar apoiado no outro, compartilhando os problemas e os desafios da vida cotidiana, uma espécie de tomada de consciência de que a dor tão íntima e particular é semelhante àquela sentida pelo companheiro, e que ambos podem encontrar no grupo um espaço promotor de competências e vivências as quais transcendam o sofrimento, levando-os a se entender para além da dor, isto é, como protagonistas da vida. Em suma, ao que parece, a Terapia Comunitária apresenta um espaço de revitalização do *self* mediante articulações interacionais saudáveis que o reconstruem para além das características negativas que, por vezes, o estabelecem como “estragado” através do recurso da rotulação nos mais variados cenários situacionais.

Como a análise acima mostrou, os laços formados pelas pessoas no compartilhar de seus problemas não se limitam àqueles formados nos encontros semanais, mas se estendem, com vínculos de amizade e interações vividas em ambientes domésticos e o partilhar de espaços públicos, como as Igrejas, Associações e Clubes de convivência. Quer dizer, que as rodas de terapia podem se constituir em um relé social¹¹ que aciona as pessoas para novos espaços de sociabilidade. Como podemos perceber, ultrapassando os limites do consultório médico, do cuidado prescritivo organizado principalmente a partir da medicalização, e essas práticas podem resultar em efeitos importantes na reorganização do cotidiano dessas pessoas, com a reconstrução dos laços, inclusive acompanhada de importantes avanços em processos complexos de ressignificação da loucura e consequente mitigação dos efeitos da evitação provocada pelo estigma.

A terapia se demonstra como um espaço capaz de auxiliar na transformação dos sentidos dados aos transtornos mentais, pois estes se manifestam exatamente nos espaços de sociabilidade onde se inscrevem a biografia do indivíduo e sua trajetória social. Se a história da loucura^{3,12} apresenta aquele que manifesta um problema mental como alguém que desafia a norma e é posto em uma posição desviante, marginal e perigosa – dessa maneira instigando o cultivo

de uma distância e de um controle que distingue normais e loucos^{1,13}, inaugurando assim sistemas de relações baseados em elementos contidos ou manifestos pelos segundos que apontariam aos primeiros o caráter deficiente, a inaptidão de serem integralmente humanos –, a terapia demonstra-se como um contraponto onde o substrato da loucura é o sofrimento do cotidiano e que o alívio está dado nas vinculações que formam essa cotidianidade. Mais do que cura, o que se vê na terapia é a ideia de enfrentamento da vida fomentada no cultivo dos círculos sociais. Em suma, a terapia entrega a ideia de que não é necessário viver ou sofrer sozinho.

A vida de quem convive com um transtorno é violentamente marcada por evitamentos e descrédito¹⁴ advindos do entendimento que se tem do transtorno. Esse quadro desenha o fenômeno da estigmatização como um elemento fortemente presente na vida dessas pessoas. A estigmatização é globalizante e atua de maneira integral, reduz a individualidade e põe em xeque a humanidade da pessoa rotulada, em outras palavras, o estigmatizado é visto como carente dos atributos fundamentais para o respeito⁴. Pessoas nessa condição tendem a viver em permanente vigilância em suas interações⁴, o que as força a sempre construir planos de ações que lhes permitam encobrir seu defeito, e isso, por sua vez, converte a rotina em uma série de atividades demasiadamente tensas que requerem esforços contínuos. Todo esse movimento causa conflito de papéis e gera estresse, resultando em desequilíbrio, insegurança, vergonha, baixa autoestima e uma existência marcada pela solidão e interrupção de laços sociais¹⁴. Aos poucos, o transtorno, ao trazer uma deterioração da identidade, acaba por levar à mortificação social aquele que sofre^{2,14}.

Como expomos, consideramos a terapia como um instrumento fértil para a promoção de sociabilidades e, por conseguinte, importante para o enfrentamento do estigma porque ela se insere dentro de um novo modo de olhar os transtornos mentais, o qual direciona a atenção aquele que sofre e não a doença unicamente. Tal perspectiva está em acordo com o retrabalhamento das concepções sobre os problemas mentais os quais datam de meados do século XX através da reforma psiquiátrica e que ainda estão em desenvolvimento. A reforma apresenta uma nova perspectiva no tocante ao cuidado dos transtornos mentais, buscando ir além da concepção psiquiátrica, biomédica e asilar. Seu intuito é permitir e buscar um diálogo maior com outras maneiras de compreensão da loucura, de modo a construir um novo olhar nas relações

entre pessoas em sofrimento psíquico e o mundo social. Essa nova ótica tornou crucial a implementação de uma ética da desestigmatização, da valorização da pessoa em sofrimento psíquico e da desinstitucionalização dos processos terapêuticos que até então tinham no isolamento e no ambiente manicomial seus maiores recursos.

A desinstitucionalização, com certeza, é um instrumento poderoso para a reconstrução da identidade daquele em sofrimento. O asilamento per si incorpora uma série de construções simbólicas favoráveis ao processo de evitação: que essas pessoas devem ser excluídas do convívio social por apresentarem imprevisibilidade em seus comportamentos e conseqüentemente não terem competência social adequada para um convívio harmonioso com a comunidade. Com a desinstitucionalização inaugura-se uma fase importante nessa trajetória dos cuidados com a doença mental, dando continuidade à revolução de Pinel, desamarrando os alienados e orientando-se para um conjunto de práticas de cuidados, sabiamente denominada por Castels de higiene moral¹⁵. O louco é “tratável”, não mais simplesmente enclausurado. Agora, busca-se a partir de uma série metódica de procedimentos, reorganizando a vida dessas pessoas, ao lado também de práticas médicas objetivando amenizar os sintomas mais propriamente de ordem orgânica – a recondução ao convívio social. Os que estão em tratamento asilar somente são contidos fisicamente (em quartos de isolamento, ou com camisas de força e outras formas de contenção) quando em crise, e tal procedimento é excepcional. Mas, mesmo assim, estão em isolamento...

Com o surgimento das drogas psicotrópicas foi possível administrar surtos psicóticos, construindo-se dessa maneira formas químicas de contenção. E também com o surgimento de práticas de terapia também se vislumbra a possibilidade de novas orientações de cuidados para aquele em sofrimento. É um processo relativamente longo, mas que culmina na desconstrução do sistema asilar, a partir da década de 1960, com origens diversas, porém centrando-se principalmente na constatação de que o isolamento não é a forma mais adequada; inclusive, aqui os críticos assinalam que deve ser acrescentada a questão dos direitos: não somente os que sofrem merecem tratamento médico mais humano, como também o asilamento fere fundamentalmente direitos da pessoa.

No Brasil, a reforma foi influenciada pelos parâmetros da reforma psiquiátrica italiana, e os benefícios conseguidos pelos anos de luta foram sistematizados na lei nº 10.216/01

que tem, grosso modo, como objetivo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, propiciando aos enfermos psíquicos uma circulação livre na comunidade, usufruindo de seus serviços e tirando dela os recursos necessários para o oferecimento de cuidados. O intuito da reforma psiquiátrica é extravasar as práticas de saúde para além do campo sanitário e do campo profissional em uma expansão do cuidado para os mais diversos tecidos da convivência social, permitindo a construção de uma forma mais ampla e polissêmica do lidar com o transtorno em uma “[...] dimensão de transformação cultural, em que a mudança no campo da saúde mental atinge seu objetivo mais completo de transformar a relação social com a loucura e o diferente, o que quer dizer produzir um *novo lugar social* [...]”¹⁶.

A reforma então sedimenta uma perspectiva mais rica de cuidado, englobando a valorização de aspectos simbólicos e intersubjetivos, bem como um olhar sensível às interações do cotidiano na saúde¹⁷. Nessa perspectiva, o conceito de cuidado é alargado para além do entendimento de cuidado interventivo para também o promotor, transformando-se assim em um cuidado integral. Cuidado passa a ser o ato mediador no processo de enfermidade, adoecimento e reestabelecimento de uma condição saudável. Dessa maneira, a própria concepção de saúde se alarga e passa a ser entendida como muito mais do que um objeto de intervenção de uma *expertise* específica, transforma-se em direito e um bem que está envolvido por diversas significações, lugares, atores, práticas e processos organizacionais. Em suma, o que se encontra é a consideração da interação eu-outro, nas suas mais diversas formas qualitativamente positivas, como elemento importante da terapêutica, bem como o enriquecimento dos caminhos de fazeres e saberes capazes de contribuir com o bem-estar¹⁸.

O novo olhar, defendido pelos paradigmas da reforma psiquiátrica, abriu espaço, portanto, para uma maior valorização dos espaços de sociabilidade – principalmente aquelas egocentradas – como instrumento da construção da resiliência e ressignificação das representações sociais da loucura. As sociabilidades ocupariam um lugar fundamental na transformação cultural e na mudança dentro das relações sociais com a loucura e o diferente, fomentando a construção de um novo lugar social para o transtorno psíquico através dos laços sociais que as constituem. Em resumo, o que a ótica inaugurada com a reforma psiquiátrica permitiu foi a consideração das redes sociais como espaços interativos onde se constroem coletivamente

os acessos aos mais variados recursos para o enfrentamento dos problemas da vida, através de um processo dinâmico, dialógico que é geralmente territorializado.

É então exatamente em tal contexto que a terapia comunitária se insere, pois, de acordo com seu criador, ela se demonstra como uma tecnologia amortecedora das adversidades e promotora da superação dos conflitos através da construção de redes de apoio às pessoas em situação de desagregação e crise⁹. A terapia comunitária foi pensada de modo que rompesse com a hierarquização do consultório e a dependência da figura do psiquiatra, resgatando a capacidade de dividir a dor em espaços valorizadores do coletivo. A ideia na qual ela se fundamenta é a possibilidade de uma prática terapêutica capaz de ser usufruída pela comunidade de maneira eficaz, garantindo as respostas necessárias às demandas trazidas. Podendo ser feita em qualquer lugar onde pessoas estejam dispostas a fazê-la acontecer, a terapia apresenta uma flexibilidade espacial e um caráter coletivo que a garantem enquanto forma de atuação pública, na medida em que se apresenta como transparente manifesta e grupal em sua dinâmica¹⁹.

Não possuindo um foco igual ao psiquiátrico ou ao psicológico, a terapia acaba por prestar atenção muito mais nas potências e buscas por competências do que nos problemas e suas possíveis soluções, sendo assim,

*A Terapia Comunitária não se propõe a resolver problemas, mas a formar redes solidárias de fortalecimento da autoestima de pessoas, famílias e comunidades de onde a mudança ocorre. O foco da Terapia Comunitária Sistêmica não está sobre os diagnósticos ou definições de problemas e teorias de mudança, mas sobre o sofrimento humano em qualquer de suas formas e manifestações, visando a ações básicas de saúde comunitária tendo como metas a prevenção, mediação de crises e inserção social*²⁰.

Levando em consideração as diferenças para com os apoios psiquiátrico e psicológico, bem como a possibilidade de execução flexível e seu caráter promovedor de bem-estar, a terapia nos aparenta demonstrar ingredientes, em sua dinâmica, fundamentais ao combate ao estigma relacionado à loucura, pois “[...] se as interações são gratificantes e enriquecedoras, o efeito do contato será a redução do estigma.”²¹.

Por que uma discussão como esta é importante? O que ela nos diz no fim das contas? O relato da experiência desse

grupo de terapia, é claro, apresenta suas características particulares, conseqüentemente não passíveis de serem generalizadas. Há, entretanto, nessa técnica de aprofundar a observação do outro, compreendido não somente enquanto sujeito singular, mas também ser no mundo, compartilhando esferas de conhecimento que se inscrevem em campos simbólicos de uma época, estruturando conseqüentemente padrões normativos relativamente universais. O eu, é certo, é idiossincrático, todavia incorpora o outro já que orienta padrões de comportamento a partir do reconhecimento de si espelhado naquele com quem interage. Há, então, mesmo considerando o fato de não termos campos amostrais que impliquem representatividade, a importância do relato de experiências individuais. E o que nos mostram essas experiências? Nosso artigo não pretendeu indicar eficiência da terapia comunitária do ponto de vista clínico. O que nos mostra, claramente, que essas práticas se posicionam fortemente para a construção e reflexão dos indivíduos participantes relativamente ao estar no mundo como portador de transtorno mental, de se ver e ser visto como alguém que traz marcas indesejáveis, e conseqüentemente, de evitamento. Marcas que se manifestam no estigma sentido, que produzem sofrimento e que, com certeza, é um dos efeitos mais violentos do adoecimento: sentir-se excluído. Neste artigo, portanto, registramos a possibilidade de o ser no mundo retomar tal existência para além da realidade da exclusão. Retomada que se faz por meio dos laços sociais e do fortalecimento dos círculos sociais.

REFERÊNCIAS |

- Jodelet D. Loucura e representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2015.
- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- Scheff TJ. Being mentally ill. Chicago: ALDINE; 1984.
- Hinshaw SP. Mark of shame: the stigma of mental illness and an agenda for change. Oxford: Oxford University; 2010.
- Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 [acesso em 29 dez 13]; 15(4):679-84. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>.
- Moraes R. Análise de conteúdo. Revista Educação. 1999; 22(37):7-32.
- Fontes BASM. Redes, práticas associativas e poder local. Curitiba: Appris; 2011.
- Lazarte R. Sociologia e terapia comunitária integrativa. In: Camarotti MH, Freire TCGP, Barreto AP, organizadores. Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações [Internet]. Brasília: Movimento Integrado de Saúde comunitária do Distrito Federal; 2011 [acesso em 25 out 2013]. p. 94-106. Disponível em: <<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/72/70>>.
- Barreto AP. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a terapia comunitária. In: Grandesso M, Barreto MR, organizadores. Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
- Deroche-Gurgel L. Simmel et modernité. Paris: PUF; 1997.
- Fontes BASM. A construção das redes sociais de operadores de ONGs: os mecanismos de recrutamento a partir das relés sociais. REDES. 2007; 12(1):1-27.
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
- Lopez M, Javier Saavedra F, Laviana M, López A. Imágenes de la “loucura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. Psychology, Society & Education. 2012; 4(2):151-68.
- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
- Castels R. L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Minuit; 1976.
- Amarante PD. 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: Fontes BASM, Fonte EMMF, organizadores. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: UFPE; 2010. p. 113-36.

17. Martins PH. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. p. 39-50.
18. Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92.
19. Fukui L, Marchetti LB. Terapia comunitária: uma forma de atuação no espaço público. In: Anais do 2 Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. 2004 maio. Disponível em: URL: <https://nemgeusp.weebly.com/uploads/6/1/5/7/6157532/terapiacomun_espacopublico_fukui.pdf>. acesso em: 25/10/18
20. Grandesso M. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica (considerações teórico-epistemológicas). In: Grandesso M, Barreto MR, organizadores. *Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
21. Pescosolido BA. et al. Rethinking Theoretical approaches to stigma: a framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Soc Sci Med*. 2008; 67(3):431-40.

Correspondência para/Reprint request to:

Breno Augusto Souto Maior Fontes

Universidade Federal de Pernambuco,

Av. Prof. Moraes Rego, 1235,

Cidade Universitária, Recife/PE, Brasil

CEP: 50670-901

Tel.: (81) 2126-8000

E-mail: brenofontes@gmail.com

Recebido em: 11/02/2019

Aceito em: 19/06/2019