

Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-graduação em Sociologia

Álvaro Botelho de Melo Nascimento

**Estigma, Sociabilidade e Práticas Terapêuticas: A  
Terapia Comunitária como Âncora e Alívio do  
Transtorno Mental**

Recife

2015

Álvaro Botelho de Melo Nascimento

**Estigma, Sociabilidade e Práticas Terapêuticas: A  
Terapia Comunitária como Âncora e Alívio do  
Transtorno Mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de mestre em Sociologia sob a orientação do Prof. Dr. Breno Souto Maior Fontes.

Recife

2015

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva CRB4-1291

N244e Nascimento, Álvaro Botelho de Melo.

Estigma, sociabilidade e práticas terapêuticas : a terapia comunitária como âncora e alívio do transtorno mental / Álvaro Botelho de Melo Nascimento. – Recife: O autor, 2015.

136 f. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Breno Souto Maior Fontes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Sociologia, 2015.

Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Saúde mental. 3. Estigma (Psicologia social). 4. Doenças mentais - Tratamento. 5. Sociabilidade. I. Fontes, Breno Souto Maior (Orientador). II. Título.

*ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NO DIA 17 DE MARÇO 2015.*

Aos dezessete dias do mês de março de dois mil e quinze (2015), às 14:30 horas, no Auditório 3 do 13º andar do Centro de Filosofia e Ciências humanas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da Dissertação intitulada “**Estigma, Sociabilidade e Práticas Terapêuticas: a terapia comunitária como âncora e o alívio do transtorno mental**” do aluno **ÁLVARO BOTELHO DE MELO NASCIMENTO**, na área de concentração de mudança social, sob a orientação do Prof. Breno Augusto Souto Maior Fontes. O mestrando cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de MESTRE em Sociologia. A Banca Examinadora foi indicada pelo colegiado do programa de pós-graduação em 20 de fevereiro de 2015, na sua segunda Reunião ordinária e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo Nº 23076.010583/2015-93 em 11/03/2015 composta pelos Professores: **Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes** (presidente/orientador), do Departamento de Sociologia da UFPE; **Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte** (titular interna), do Departamento de Sociologia da UFPE e **Dr. Markus Hermann** (titular externo) da Universidade de Magdeburg. Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, o candidato foi arguido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção de **Aprovado** da referida Dissertação. E para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretária de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 17 de Março de 2015.

---

Karine Mendes da Silva  
Secretária do Programa de  
Pós-Graduação em Sociologia

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno Augusto Souto M. Fontes \_\_\_\_\_  
Profª Drª Eliane Maria Monteiro da Fonte \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Markus Hermann \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois nada do que foi feito poderia ser feito se não fosse pela genuína obra de Sua graça. Agradeço também aquela que tem me apoiado em todos os momentos da vida, que foi minha confidente e zeladora da minha saúde e ânimo nos dias e noite que se arrastaram até a conclusão deste trabalho, Gleyce, aprendo que não existe limites para o amor, pois você me prova isso. Meu muito obrigado aos meus familiares, especialmente minha mãe e meu irmão, eu nada seria, se não uma fagulha de poeira, se não houvesse usufruído do cuidado, da amizade, das correções e palavras motivadoras que nossas conversas tem propiciado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação de Sociologia da UFPE, bem como a CAPES pelo incentivo financeiro a pesquisa, de maneira especial aos professores pelo apoio pedagógico e ao pessoal da administração por todo o suporte burocrático. Deixo aqui também meu agradecimento ao meu orientador, o Dr Prof. Breno Fontes, pela paciência, pelas explicações e também pelos chás, que acabaram entrando na minha vida para nunca mais saírem, que todos que lerem estas linhas saibam que sem o seu apoio eu jamais teria chegado até onde cheguei, por isso, toda vez que uma xícara de chá for levantada por estas mãos, me lembrarei de nossas reuniões. Não poderia deixar de lembrar de todas aquelas que comigo foram ao campo, que estiveram presentes nas reuniões, que escutaram e me deram o privilégio de ouvir tanto seus trabalhos, quanto as suas histórias, Flávia, Maria Luíza e Laura parte deste trabalho carrega um pouco dos seus espíritos, por isso, meu muito obrigado.

Por fim, meu muito obrigado final vai para todos aqueles que balançam, porém não caem. Aos participantes da Terapia, nada poderei fazer que venha a recompensar tudo o que me fizeram viver, fiz grandes amigos, pessoas que sempre me lembrarei.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as relações estabelecidas entre pessoas com um transtorno psíquico, a partir de sua participação em um espaço terapêutico particular, mais especificamente a terapia comunitária. Nosso intuito com a análise é compreender como tais relações permitem aos atores envolvidos fortalecer seus antigos laços afetivos, construir novos laços e enfrentar os infortúnios que acompanham seu transtorno, especialmente as situações de estigma. Para tanto, nas próximas páginas se apresentará uma discussão teórica sobre transtornos mentais, através da perspectiva da sociologia do desvio, bem como um debate sobre as características do estigma e também sobre os aspectos das redes sociais como potenciais instrumentos de resiliência. Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas e de um diário de campo, fruto de visitas as rodas de terapia comunitária. No capítulo de análise são apresentadas informações gerais sobre a terapia comunitária e sobre o grupo que acompanhei em particular, sobre o bairro e suas características diversas, sobre o perfil dos participantes, bem como excertos do que pude viver em meu campo e das entrevistas, todos os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo. Por fim, se concluiu 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 uma 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 CHAVES:** Sociologia. Sociologia da saúde. Saúde mental. Estigma. Terapia comunitária.

## **ABSTRACT**

This study intends to analyse the relationships developed between people with mental disorders, through their participation in a particular therapeutic place: the Community Therapy (CT). The purpose in this work is to understand how these relationships make possible for these people to strengthen their affective social ties by creating new bonds, and may also help them to face their derangements, especially, in stigma situations. Hence, the subsequent pages will discuss about mental disorder using sociology of deviance as a theoretical guide, promoting a debate about characteristics of stigma, and arguing aspects of social networks as a potential instrument of resilience. Data were collected by means of interviews and field diary as a result of visits to the community therapy sessions. In the analysis section I will introduce general information on community therapy, the group analyzed by me, its neighbourhood, its different features, including participant's profiles as well as grafts. All data has been investigated using content analysis techniques. Finally, this research will conclude that community therapy represents a comfort space for its participants, where it is possible to deconstruct the stereotype of mental disorder to facilitate the recovery of sociability transforming these people involved. This investigation should also reveal the importance of the therapy to deal with negative emotions. It could provide motivation, self-esteem and well-being, without, however, impacting too deeply on the individual and their relationship with the community where they live.

**KEYWORDS:** Sociology. Health sociology. Mental health. Stigma. Community therapy (CT)

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	08
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	12
2.1 LOUCURA COMO DESVIO	12
2.1.1 <b>As duas faces do cotidiano: o normal e o bizarro</b>	12
2.1.2 <b>O desvio e sua dinâmica em uma coletividade</b>	19
2.2 O DESVIO DA LOUCURA	20
2.2.1 <b>As implicações da loucura como desvio</b>	23
2.3 ANATOMIA DO ESTIGMA NOS TRANSTORNOS MENTAIS	26
2.3.1 <b>O que é o estigma?</b>	26
2.3.1.1 <b>Características do estigma</b>	28
2.3.1.2 <b>Estigma nos diversos níveis</b>	32
2.3.1.3 <b>Tipos e dimensões do estigma</b>	34
2.3.2 <b>O estigma nos transtornos psíquicos</b>	35
2.3.3 <b>A lógica do estigma</b>	38
2.4 <b>SUPERAÇÃO DO ESTIGMA: REDES SOCIAIS E DESESTIGMATIZAÇÃO</b>	42
2.4.1 <b>Dificuldades para desestigmatização.</b>	43
2.4.2 <b>Redes sociais e laços comunitários: relações interpessoais, capital social e potência de recursos para desestigmatização.</b>	46
<b>3. ÂNCORA METODOLÓGICA</b>	55
3.1 SUJEITOS DA PESQUISA: ATORES NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	55
3.1.1 <b>Meu lugar, meu saber e o meu ponto de partida interpretativo</b>	57
3.1.2 <b>Breve comentário sobre minha postura interpretativa</b>	58
3.2 COLETA DE DADOS: ENTREVISTA, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E QUESTIONÁRIOS	60
3.2.1 <b>A observação participante</b>	61
3.2.2 <b>As entrevistas e questionários</b>	62
3.3 TRATAMENTO DOS DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO	64
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS.</b>	66
4.1 <b>TERAPIA COMUNITÁRIA: HISTÓRIA E CARACTERÍSTICAS</b>	66
4.1.1 <b>Bases e característica da terapia comunitária</b>	68
4.1.1.1 <b>Excursão: pedagogia freiriana e terapia comunitária, relações, problemáticas, limites e soluções</b>	72
4.1.2 <b>Etapas da terapia comunitária</b>	77
4.2 <b>MERGULHANDO NO CAMPO: TERAPIA NO ENGENHO DO MEIO</b>	84
4.2.1 <b>O bairro do Engenho do Meio</b>	85
4.2.2 <b>Breve história da roda de terapia comunitária do Engenho do Meio</b>	86
4.2.3 <b>Perfil dos participantes da terapia do Engenho do Meio</b>	87
4.3 <b>ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DO DIÁRIO DE CAMPO</b>	90
4.3.1 <b>O estigma na vida dos participantes da terapia comunitária</b>	91
4.3.2 <b>Primeira linha do quadro de análise: equalização do status social</b>	94
4.3.3 <b>Segunda linha do quadro de análise: aproximação</b>	100
4.3.4 <b>Terceira linha do quadro de análise: colaboração e participação.</b>	106
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	109
<b>REFERÊNCIAS</b>	118
<b>APÊNDICES</b>	124

## INTRODUÇÃO

Meu trabalho analisa as relações estabelecidas entre pessoas com um transtorno psíquico, a partir de sua participação em um espaço terapêutico particular, a terapia comunitária. Aqui nosso olhar se voltará para como tais relações permitem aos atores envolvidos fortalecer seus antigos laços afetivos, construir novos laços e enfrentar os infortúnios que acompanham seu transtorno, especialmente as situações de estigma.

É importante dizer que a pesquisa que propiciou a existência da minha dissertação está inserida em um universo de labor acadêmico mais amplo, o qual tem por título Práticas de Cuidado de Si, Redes e Círculos Sociais e coordenado pelo meu orientador, o Dr. Prof. Breno Souto Maior Fontes, fomentado pelo CNPq e CAPES, com colaboração também de uma série de bolsistas PIBIC.

Destaco aqui que aquilo encontrado nas minhas próximas páginas é continuidade de minha pesquisa da graduação, uma reflexão inicial que me tomou dois anos de vida acadêmica, me propiciando a confecção do trabalho de conclusão de curso e a sua apresentação nos congressos da Sociedade Brasileira do Progresso a Ciência - SBPC e da Sociedade Brasileira de Sociologia - SBS, ambos no ano de 2013.

Neste trabalho, tomo como importante a seguinte premissa: a interação entre pessoas com transtorno mental e os indivíduos que compõem suas redes de sociabilidade podem constituir um fator importante tanto para construção da resiliência<sup>1</sup>, quanto para o fomento

1 Este projeto entende resiliência como a possibilidade de enfrentamento e recuperação de danos, assim como sua superação e crescimento pessoal, amparado na esfera individual e comunitária da existência de um ato social. Para uma discussão aprofundada segue: BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI-NASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as

de interação social negativa. Tendo em vista esse caráter da sociabilidade, me propus analisar suas mais diversas nuances no contexto da vida dos participantes da terapia comunitária e do seu relacionamento com o transtorno e dificuldades relacionadas, especialmente situações de estigma.

Acredito que a análise é importante, porque ela se encontra intermediada por um conjunto de papéis sociais que são ligados as normas sociais. Estas normas formam um modelo compartilhado pela sociedade responsável pelo estabelecimento de uma série de pré-requisitos -os papéis sociais- que devem ser cumpridos para uma efetiva relação social, no entanto, quando alguém envolvido em uma interação deixa de cumpri-los por algum motivo, se tem a manifestação de um desvio e a caracterização da pessoa como desviante, bem como sua adoção de um novo papel. O conjunto de normas sociais que compartilhamos é o responsável por nossas concepções de normalidade, direito, crime, regra e transgressão. A partir deste modelo, se separa o que é incorreto, errado, esquisito ou bizarro do que é coerente, certo ou normal.

A loucura, nesta perspectiva particular, vem a se constituir como um desvio, porque sua manifestação fere o que esperamos de um indivíduo, no que toca as suas faculdades mentais, além disso pessoas consideradas loucas, carregam a loucura como uma marca latente, que se descoberta serve de gatilho para experiências de situações de estigma. Nestas situações, há uma frustração das expectativas sociais - dos papéis sociais- que um indivíduo coloca sobre outro, ou seja, se descobre que um dos atores envolvidos na interação não poderá cumprir o papel de “indivíduo normal”, o levando, no fracasso de corresponder as expectativas, ao isolamento, ao afastamento das atividades de sociabilidade.

Neste processo, uma série de aspectos começam a ser internalizados e vividos pela pessoa com transtorno como a vergonha e a solidão, a imagem de pessoa perigosa, o

preconceito, a redução de suas redes e a restrição de suas atividades sociais. A percepção de outros para com ele e os infortúnios de seu problema traz o evitamento social e a dor do estigma.

Neste panorama de vidas evitadas socialmente, sofríveis e frequentemente difíceis de serem vividas, encontro a terapia comunitária que se coloca como uma forma de tratamento terapêutico em que o mais importante é a troca de experiências, o alívio do sofrimento e a formação de um sentimento de solidariedade fomentador da construção do afeto entre os seus participantes. A grande problemática deste trabalho é saber se tais ingredientes serviriam para a construção, reconstrução e expansão de sociabilidades, de fato, uma reumanização da vida, uma contribuição para a agenda de superação do estigma. Para que pudesse satisfazer tal ambição, dividi o trabalho em sessões.

Na primeira, discuto meu referencial teórico do qual parto para construir ferramentas necessárias à interpretação do meu objeto. Tratarei em primeiro lugar do desvio, da razão pela qual eu tomo a loucura como desvio e quais são as implicações disso. Em seguida, tentarei montar uma anatomia do estigma, elucidando sua definição, níveis, tipos, dimensões e lógicas, além de contextualizá-lo no âmbito do transtorno mental. No momento posterior, trarei indicadores que me servirão de lente analítica, os quais apontam para características fomentadoras de apoio social e valorização da sociabilidade, eles estarão contextualizados em uma discussão sobre o potencial das redes sociais e dos esforços comunitários de estimular o que chamaremos de esforço para desestigmatização ou superação do estigma, aqui também discutirei panoramicamente a dificuldade implicadas nesse processo.

Acabando a minha discussão teórica, abordarei meus parâmetros metodológicos de maneira bastante breve. Logo após, seguirei para a discussão e análise do meu objeto de pesquisa, primeiramente o apresentando e com isso aproximando o meu leitor do mundo que

por algum tempo fiz parte, depois mergulharei nos dados em uma tentativa de guiar aqueles que me leem pelas linhas de uma interpretação que julgo ser sociológica, depois, enfim, chegaremos ao término da viagem e apresentarei minhas conclusões finais.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 LOUCURA COMO DESVIO**

A base do meu trabalho está toda ancorada nesta percepção. Me posiciono em uma tradição sociológica específica e entendo o complexo fenômeno da loucura a partir da ótica da sociologia do desvio. Não seria certo, nem íntegro intelectualmente afirmar que se esgota toda e qualquer afirmação deste fenômeno em tal posicionamento, logo, me localizo no meu saber para reconhecer os limites deste próprio saber, pois na verdade, há diversas vozes que expressam algo sobre a loucura, quer queira, quer não queira a academia, os psiquiatras e outros sábios. Reconheço, portanto, nestas primeiras linhas, que no jardim do desatino, a compreensão encontra vias distintas, incomuns e por vezes loucas.

#### **2.1.1 As duas faces do cotidiano: o normal e o bizarro.**

Para se discutir o desvio é necessário que discutamos também a realidade que nos cerca, o nosso cotidiano. Para Berger e Luckman (1967, p. 35) a vida cotidiana é definida como “realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente.” O cotidiano é vívido de maneira intensa e os movimentos de existência e aprendizado nesta realidade são encarados como evidentes, normais e naturais.

Neste sentido,

O mundo da vida cotidiana não somente é tomado como uma realidade certa pelos membros ordinários da sociedade na conduta subjetivamente dotada de sentido que imprimem a suas vidas, mas é um mundo que se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmado como real por eles, ( BERGER; LUCKMAN. 1967, p 36)

Contudo, existem conceitos que imediatamente implicam “uma realidade distinta daquela do cotidiano” (EATON. 2001, p. 04. ), isso gera a necessidade de discussão e negociação de noções, mas, este processo não foge à influência da realidade cotidiana, pois é partir da linguagem comum que são interpretados e traduzidos à vida ordinária ( BERGER E LUCKMAN, 1967).

Existir na vida cotidiana é compartilhar de um mundo intersubjetivo, no qual a interação e comunicação com outros indivíduos é constante, sendo este o principal indicador de contraste entre as diversas realidades que podem ser concebidas pela consciência. Esta intersubjetividade permite que haja entre todos os indivíduos a consciência de partilha, no sentido da existência de “uma contínua correspondência entre *meus* significados e *seus* significados neste mundo que partilhamos em comum, no que respeita à realidade dele.” ( BERGER; LUCKMAN. 1967, p 40).

Neste existir, que é a partilha de um mundo intersubjetivo, levamos nossas relações com os outros. Em primeiro momento, tais relações sofrem interferências de esquemas tipificadores, que apesar de frágeis e frequentemente reformulados no decorrer do desenvolvimento da intimidade, nas relações face a face, são instrumentos importantes para estabelecimento do lidar com o outro. As tipificações do outro guiam nossa interação com ele e guiam a sua interação conosco (EATON. 2001).

Vale ressaltar que isso só é possível porque a linguagem existe. É a linguagem “o repositório de todos esses tipos e o maior veículo pelo qual eles são recordados” (EATON. 2001, p. 04. ), a linguagem é externa, permite a objetificação e tipificação de experiências, bem como a organização delas. Sua origem e referência primária estão na vida cotidiana, nos remetendo a realidade que experienciamos como evidente, na qual encontramos a intersubjetividade. “A linguagem estabelece pontes entre diferentes zonas dentro da realidade da vida cotidiana e as integra em uma totalidade dotada de sentido” ( BERGER; LUCKMAN. 1967, p 40). Ela provê linearidade e estabilidade para o cotidiano e permite o uso das experiências objetivadas no futuro (EATON. 2001).

Todo este processo nos permite falar em uma relativa previsibilidade humana. Toda atividade humana ocorre em um contexto institucional e estável , contudo, as maneiras como os grupos humanos se organizam são plásticas, apresentando uma plural diversidade. Porém a estabilidade é delicada, necessita de contínua construção e neste processo ordenativo, as tipificações ocupam um lugar fundamental.

Dentro deste panorama bastante amplo, entendo as tipificações como papéis, concebendo-os como a tipificação dos desempenhos de um indivíduo, um movimento no qual seus atos deixam de ser oriundos da sua subjetividade para se tornarem parte da objetividade que o cerca. A partir desta lógica, os indivíduos podem ser compreendidos como executantes de ações objetivas, geralmente conhecidas, que são recorrentes e repetidas por qualquer ator do tipo adequado, uma espécie de objetivação de parte da personalidade em termos de tipificações socialmente válidas que, quando acumuladas, formam o “eu social” ( BERGER; LUCKMAN. 1967).

Em nossa interação e no uso do “eu social,” somos apreendidos e apreendemos os outros como tipos, na medida que estas tipificações afastam-se do aqui e do agora, das

relações íntimas, face a face; elas se tornam anônimas e impessoais, o que, por sua vez, possibilitam, juntamente com o grau de complexidade inerente nelas, o surgimento da estrutura social ou estrutura institucional ( BERGER; LUCKMAN. 1967; EATON. 2001).

Mas para se falar de estrutura social ou institucional, acredito ser necessário falarmos de hábitos, pois de acordo com Berger e Luckman (1967) o hábito é uma possibilidade para toda e qualquer atividade humana, esta concepção nos remete a padrão, que pode ser definido como uma ação repetida com frequência e que se reproduz com uma economia de esforço ( BERGER; LUCKMAN. 1967).

A formação de um hábito propicia ao indivíduo a direção e especialização de uma atividade, bem como o estreitamento de opções na sua execução, “torna-se desnecessário que cada situação seja definida de novo” ( BERGER; LUCKMAN. 1967, p. 78) e possível a predefinição e generalização. Juntando estas características com o fator relacional, temos a gênese da institucionalização, que

ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Dito de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição. [...] As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais, assim como as ações individuais. ( BERGER; LUCKMAN. 1967, p. 79)

As instituições seriam algo além do que qualquer indivíduo, como elemento externo a personalidade, elas estariam imunes aos impulsos criativos e subjetivos de indivíduos isolados. Em palavras bastante gerais, a humanidade estaria envolvida na produção de um mundo que está e estará além dela mesma (EATON. 2001), isto significa dizer que o processo de institucionalização possui aspectos históricos e coercitivos, ou seja, estão para além da vida

individual e a coagem a agir de um modo coerente com aquele sustentado em seus paradigmas, um movimento denominado legitimação.

Aquilo que chamo até agora de vida cotidiana, de realidade vivida em “vigília”, existência que se propaga para além de nós, também pode ser chamado de normalidade. A normalidade se apresenta de maneira objetiva, intermediada por regulações, limites e fronteiras, por isso, ela está intimamente ligada com a ideia de legitimação, que é um poderoso elemento integrador nas relações.

O processo de legitimação pode envolver um corpo teórico explícito composto por linguagens e conhecimentos especializados acessíveis aos inicializados, bem como também envolve um universo simbólico que descreve, justifica e dota de sentido e espacialidade a atividade humana, definindo o lugar de um povo específico no cosmo (EATON. 2001). O processo de legitimação e o universo simbólico que sustenta a existência dos indivíduos, dialogam constantemente, pois todo o nosso cosmo simbólico carece de manutenção contínua,

A partir desta manutenção, nos aproximamos uns dos outros e compartilhamos o mesmo universo, porém, seres humanos são plurais e isto reverbera dentro do arcabouço simbólico da humanidade. Não há apenas um universo, mas diversos universos simbólicos, quando um dado universo simbólico é desafiado por outro se manifesta um desequilíbrio e um reforço emergencial precisa ser feito, neste processo surge o bizarro, o desviante.

Qualquer ato que venha a desestabilizar a manutenção de uma determinada constelação de aspectos culturais ordenadamente funcionais pode ser denominado um ato de desvio. Qualquer ação enquadrada em tal conceituação pode receber o nome de anormal ou bizarra e desafiar o reino da construção social da realidade, pois seus aspectos apresentam uma grande resistência a objetificações (EATON. 2001). Em síntese, o bizarro foge ao entendimento do comum<sup>2</sup>.

---

2 É importante ressaltar que nem todo questionamento aos padrões de normalidade são tidos como

A gênese de um comportamento bizarro e do seu protagonista como alguém estranho está intimamente ligado com as questões normativas que permeiam a sociedade em questão, ou seja, com as regras sociais, como bem fala Becker ( 2008, p. 15),

regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infligiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um *outsider*.

Encarar uma pessoa como um *outsider* é o mesmo que dizer que ela é um desviante, estrangeiro ou um desajustado, que ela está, mas que não é parte do todo que interage. Contudo, o fenômeno do desvio só pode ser entendido se analisado de maneira relacional, pois, por mais que entender o desvio como uma falha de obediência ao conjunto de regras grupais possa ser um bom caminho é preciso aprofundar a análise, neste sentido é importante dizer que pensar em comportamentos desviantes é necessariamente pensar em relacionamentos entre indivíduos que tem divergências em partes ou todos de seus universos simbólicos<sup>3</sup>.

Sabendo que normas são criadas para além da nossa individualidade e que elas estão intrincadas com o processo de institucionalização, tomando um caráter que vai além de nossas

desvios ou são capazes de desestabilizar a normalidade, pois são consideráveis “bizarrices aceitáveis” como o caso da rebeldia juvenil. Entretanto, a linha é tênue e de modo geral a questão do bizarro e do desvio é bastante fluído sendo dependente do contexto social no qual ocorre determinada situação.

3 Isso não quer dizer que diversos universos simbólicos não convivam juntos, pois no atual contexto afirmar isso é um erro gritante. As sociedades na contemporaneidade são aglutinados efervescentes dos mais diversos universos simbólicos, dentre os quais religiosidades, tribos urbanas, culturas pop e estrangeiras são simples exemplos. Contudo, quando a tênue linha da tolerância e do “comum” é transgredida os desvios se manifestam, um exemplo disso é o uso de drogas na sociedade ocidental e o status de seus usuários. Faz parte de nossa sociedade o uso de drogas para o lazer ou para melhor desempenho físico ou recuperação da saúde e isso necessariamente não leva seus usuários a assumirem o papel desviante de drogados, existe uma linha de tolerância, pois é comum o uso de certas substâncias por certas pessoas em certos contextos, entretanto, quando a droga é considerada proibida, quando o contexto é inadequado ou de algum modo a pessoa não está apta, aos olhos da sociedade – em nosso caso, um menor fumar, por exemplo- a usar tal droga, o desvio é apontado e o papel assumido, mesmo que na concepção do desviante seu ato não constitua necessariamente um ato desviante.

existências pessoais, sua aplicação e também a avaliação do seu cumprimento é feito de maneira coletiva, sendo assim,

O desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um infrator. O desviante é alguém a quem este rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal. ( BECKER. 2008, p. 22)

O comportamento bizarro encarado como desvio é assim considerado não por causa da ação de alguém, mas por causa da opinião daqueles que o assistem, muito mais do que quebrar uma regra, um ato é posto na categoria do desvio quando um grupo de pessoas impõe ao indivíduo em questão os encargos trazidos com a quebra desta regra. Portanto, “pessoas podem ser incluídas sem infringirem regras e outras infratoras podem não ser incluídas,[...] ( BECKER. 2008, p. 22)” tudo dependerá da frequência destas ações e mais prioritariamente da forma interpretativa pela qual os atos serão avaliados.

O fenômeno do desvio é consensual e obedece ao padrão coletivo instaurado no decorrer da história, portanto, desvios não são universais e sempre surgem ligados a aspectos culturais bem delineados, a definição de desvio sempre depende da cultura e nenhum ato é universalmente reprovado (EATON. 2001).

Dessa maneira, o “desvio é o produto de uma transação que tem lugar entre algum grupo social e alguém que é visto pelo grupo como infrator de alguma regra ( BECKER. 2008, p. 22)”, fica claro a existência de uma dependência entre a reação das pessoas e a rotulagem de um ato como desviante ou não desviante.

O desvio é um fenômeno social complexo e circunstancial em certo sentido. Ele está presente em alguns tipos de comportamento, mas ausente em outros. Como um produto de um processo social, envolve as reações de outras pessoas ao comportamento de alguém, ou seja,

“ o mesmo comportamento exercido por determinadas pessoas ou em alguns contextos podem ou não ser encarados como desvio; pois o desvio é uma conjugação entre a natureza do ato e em parte do que outras pessoas fazem acerca dele.” ( BECKER. 2008, p. 26).

### **2.1.2 O desvio e sua dinâmica em uma coletividade**

Se o desvio necessariamente é fruto de uma transação que envolve grupos e tem em sua substância aspectos intrinsecamente culturais, podemos afirmar que comportamentos bizarros definidos como desvio são assim rotulados quando ocupam, nesta categoria, alguma função na sociedade. Sabendo que função social pode ser definida como as consequências de um dado feito para a adaptação de um dado sistema social e que estes ingredientes são necessários para a sua sobrevivência, a rotulação de um ato como desvio seria, portanto, um aspecto neste processo de manutenção e ordem (EATON. 2001), uma espécie de ferramenta capaz de dar visibilidade aquilo que causa algum transtorno enquadrando-o em um *locus* no qual pode ser tratado, fortalecendo o sistema social.

Dentro do contexto do fenômeno do desvio, percebemos dois movimentos que explicam sua relação com a comunidade que determina um ato como tal sendo o primeiro a rotulagem e restrição dos indivíduos desviantes servem para definir e publicizar as normas da comunidade e o segundo movimento a criação de uma espécie de moral solidária entre os não-desviantes (EATON. 2001). Estes dois movimentos trabalham juntamente com os outros aspectos que permeiam a tessitura social para o estabelecimento e manutenção da ordem.

A ordem e a estabilidade social derivam de um processo contínuo de legitimação e de um universo de manutenção. Os atos que desafiam estas instâncias sofrem os esforços sociais para serem considerados como desviantes, e configurados como tais, são tratados de maneira particular, tornando os seus protagonistas um tipo específico de ator, operando um tipo

especial de papel.

É válido afirmar que a rotulação de um desviante não é um processo homogêneo, pois como há várias facetas de manutenção da ordem, existe também várias maneiras de desafiá-las. Algumas maneiras são consideradas crimes, outras tomadas como falta de educação e deselegância, enquanto outras são vistas ou foram vistas como doenças ou ações do sobrenatural. Portanto, ressalto que no processo de rotulação de um desviante, inúmeras coisas devem ser levadas em consideração, desde a reação das pessoas ao ato potencialmente desviante; o grau desta reação; bem como da relação entre quem se sente ofendido com o ato desviante e quem cometeu, o que permite a conclusão que “o simples fato de uma pessoa ter cometido uma infração a uma regra não significa que outros reagirão como se isso tivesse acontecido. (inversamente, o simples fato de ela não ter violado uma regra, não significa que não possa ser tratada em algumas circunstâncias como tal)” (BECKER, 2008, p. 24). A partir de agora me atentarei a uma manifestação de desvio particular, a loucura.

## 2.2 O DESVIO DA LOUCURA

A loucura é um fenômeno complexo que abrange a totalidade do homem, permeando o psíquico, o biológico e o social. Sendo assim, como todo fenômeno de elementos sociais, a perspectiva sobre ela é mutável e passível de transformações, inclusive, o decorrer da história demonstra que sua representação social e também as formas de trato se modificaram, e, portanto, deverão se modificar conforme o passar dos anos.

Neste sentido, afirmamos que a concepção de sentidos que envolvem o transtorno psíquico é polissêmica, comporta diversos saberes, inclusive na contemporaneidade, onde há predominância da perspectiva biomédica. Historicamente, o modo de entender o desatino se modificou lentamente, durante um período de dois séculos, transformando percepções,

significações e também as formas de lidar com tal manifestação humana (FOUCAULT, 1978).

Transitando entre manifestações do divino, de paixão, concepções de razão, até um conceito de não-razão; a loucura em seu passeio na linha temporal, foi tratada como crime, aglutinou-se a práticas pagãs, a obra do diabo, a sexualidades não hegemônicas (FOUCAULT, 1978). A loucura está sob as lentes dos mais diversos olhares desde tempos imemoriais. Saberes e poderes tentam apreendê-la e prendê-la em suas amarras em um ambiente de poder, dominação e conflito. O louco é uma figura concretamente formada a partir de movimentos que vão além de seu transtorno. O louco, como qualquer outro papel, se sujeita ao roteiro da história.

Entretanto, seja qual for a perspectiva que o olhe, ele sempre foi tomado como uma *persona* humana de características ambivalentes e liminares. Em sua complexidade, o louco é uma obscura figura teatral suscitadora de curiosidades, imersa em mistério e estranheza, dotado da característica de resistir aos padrões de classificações que normalmente determinam estados e posições no cotidiano. O louco de uma maneira ou outra se coloca em uma posição desviante e marginal.

Sabendo que a loucura é objeto de interpretação desde eras antigas e tendo consciência que atualmente o modelo majoritário de entendimento da loucura é o modelo médico, mais especificamente o modelo psiquiátrico, eu advogo perceber a loucura como um fenômeno além da psiquiatria, pois eu entendo que não há corpus de conhecimento capaz de exaurir interpretativamente um fenômeno complexo como este. A loucura é passível de compreensão sociológica sim, se entendida como um fenômeno além do modelo biológico, cabe inclusive dizer que para alguns “a interpretação de comportamentos bizarros como doença é talvez único da moderna sociedade ocidental” (EATON, 2001, p. 26), ou seja, “doenças mentais (mental disorders) são exclusivas da sociedade ocidental, porque elas desenvolvem-se como

concomitantes culturais da era da razão e da ordem econômica capitalista” (EATON. 2001, p. 39-40), isso não significa, friso, que não haja a possibilidade de uma raiz neurobiológica, apenas que a maneira referida de entender a loucura, conforme o que diz as citações, é produto de um tempo e pertence a um paradigma intelectual específico, o ocidental. Sendo assim, entender a loucura como desvio é mais uma das possibilidades de compreensão deste fenômeno, contudo, isto implica a necessidade de uma explicação do porque a qualificamos como tal.

Entender a loucura através de uma perspectiva sociológica e do desvio é em primeiro lugar por em dúvida as “verdades indiscutíveis” dos paradigmas biomédicos, entendendo que o modelo médico é apenas uma outra forma de se perceber a loucura, passível de ser entendido como uma ideologia, como afirma Eaton (2001, p. 9), na seguinte citação: “o modelo médico se mostra como uma ideologia porque dirige nossa atenção para certos aspectos e dá suporte a instituição médica que é dominante na área”. O mesmo autor ainda afirma que entender transtornos mentais como doença é concebê-los sob a ótica de uma teoria legitimadora de uma determinada ordem institucional.

Apesar do modelo de compreensão dos transtornos mentais como “doença” apresentar ao seu favor os avanços da neurociência e os indícios de fundamentos neuropsicológicos de transtornos mais graves, alguns especialistas afirmam que não há condições de, a partir da observação de imagens neurológicas, afirmar que estruturas cerebrais e processos biológicos são os responsáveis pelos sintomas (HINSHAW, 2013), pois as descobertas até agora não são suficientes para apresentarem um critério de validade externo, “o resultado é que em psiquiatria o mais importante modo de avaliação dos sistemas de diagnóstico psiquiátrico é pela validade construída. A validade construída consiste em toda qualidade e teoria que se conectam a diagnósticos” (EATON, 2001, p. 22), além disso, “não existe transtorno mental

em que também não exista forte influência do ambiente” (EATON, 2001, p. 24) o que por si só garantiria a necessidade de esforços para uma mudança de perspectiva que não mais tendam a secundarizar os processos sociais, mas entendam sua influência como um fator central no fenômeno da loucura. (SCHEFF. 1984).

Entender de maneira social a loucura é focar o transtorno como além das questões assumidas na patologia das sintomáticas psiquiátricas. É entender o transtorno mental e também a própria categoria de doença como mediador e produto de interações humanas particulares. O transtorno mental e seu confinamento dentro do conceito de doença são papéis, conjuntos de comportamentos associados com uma posição na estrutura social e que apresentam características desviantes.

Assim, concordo com Eaton ( 2001) e tomo sua definição de *mental disorders* como uma definição sinônima de transtorno mental, constituindo tal como um conjunto de comportamentos e emoções raros, culturalmente desviantes e inexplicáveis e que apresentam em conjunto uma ou mais das seguintes características: perda do controle sobre o ambiente; interferência com o senso de biografia e a mortificação dos relacionamentos.

### **2.2.1 As implicações da loucura como desvio**

Qual o significado de afirmar que a loucura é um papel desviante executado por alguns indivíduos? Significa dizer que existe uma instituição social da insanidade<sup>4</sup> e que, de certo modo, as chamadas doenças mentais são uma maneira pela qual os conflitos morais nas relações humanas - que detém diversas origens - se tornam palatáveis. (SZASZ, 1960 apud

---

4 Se encararmos o louco como um papel social e entendermos papel social como tipificação, como já explicado, levando em consideração aquilo que Berger e Luckman afirmam, que toda a tipificação é uma instituição e que a própria instituição e que ela própria tipifica tanto atores, como ações individuais, posso afirmar que ao falar de transtorno mental como falo, estou remetendo a uma ideia de instituição, o que garante a validade do termo instituição da insanidade.

SCHEFF, 1984, p.55). O transtorno mental se constituiria na performance de uma série de atos desviantes operados por um ator qualquer e articulado com o estímulo e com os atos de outras pessoas envolvidas no processo (SCHEFF, 1984).

Os comportamentos que implicam os fundamentos do que se entende por loucura são aprendidos desde a infância e constantemente reforçados pelos mais diversos meios de discurso. Porém, a representação construída no mosaico de influências sobre o transtorno mental tende a ser bastante estereotipada, cheia de características mortificantes socialmente, o que garantiria que, “formas de olhar e atos diferentes, juntamente com desespero são provavelmente essenciais para o entendimento das “doenças mentais” no público geral. Mas existem outras dimensões, a periculosidade, imprevisibilidade e avaliação negativa” (SCHEFF, 1984, p.71).

Os atributos mencionados acima, frutos de uma representação da loucura incrustada nos recônditos das esferas culturais, apresentam aos olhos dos sãos uma diferença gritante entre eles e aqueles considerados doentes (SCHEFF, 1984). Os loucos são considerados como parte de uma outra classe fundamentalmente diferente dos humanos. Pelos seus observadores, eles são encarados como essencialmente diferentes do tipo saudável e mesmo que aparentem simpáticos, nunca são considerados plenamente confiáveis.

As pessoas com transtorno mental involuntariamente executam o papel de doente mental<sup>5</sup>, de louco, porque diante do seu transtorno e das atitudes desviantes atreladas a ele, a sua audiência responde com “descrédito” e “degradação”, operando um exagero, uma distorção e ampliação do grau da sua violação. No decorrer deste movimento, se procura

---

5

A noção de carreira moral do doente mental em Goffman (1974) nos traz um pouco de luz sobre o papel do doente mental, através dele ficamos sabendo que todo processo se inicia com a denúncia da transgressão, posteriormente se segue a entrada na instituição médica, a partir da qual se inicia uma série de expropriações de relações com o mundo externo. O indivíduo com transtorno mental ainda experimenta um conjunto de sentimentos negativos como vergonha, raiva e repulsa dele mesmo e dos outros que expõem seu problema, por fim, uma quadro de mortificação e reorganização do eu.

muitas vezes “biologizar” a quebra de regras, através da busca de sinais de anormalidade na trajetória de vida, relegando o contexto social ao “quase-nada”. Neste esforço, se opera uma demanda com a intenção de demonstrar que o ator é naturalmente um desviante, contudo, o ato de naturalizar o transtorno e por vezes desculpabilizar seu portador, não evita a angústia, assim, resta aceitar, como única alternativa, o papel da insanidade como a conhecemos.

Portanto,

A incompreensível natureza do desvio e a necessidade aparente de ação imediata leva aqueles que não são desviantes a agir coletivamente contra o infrator com base na posição que todos compartilham- os tradicionais estereótipos da insanidade. O desviante é sensível aos estímulos providenciados por estes outros atores e começa a pensar a si mesmo em termos do estereótipos da insanidade, que são parte de seu próprio vocabulário de papéis (SCHEFF, 1984, p. 88)

Quando o comportamento é tomado como desvio e rotulado, neste processo, como loucura, se tem início a formação de uma carreira crônica. Ao se apresentar como comportamento sintomático e se cristalizar de acordo com o estereótipo de doente mental “ o papel de desviante torna-se parte da concepção de self do próprio desviante.” (SCHEFF, 1984, p.97) .

A inter-relação entre o comportamento desviante e a reação societal forma um círculo vicioso, “Quanto mais um desviante entre no papel de mentalmente doente, mais é definido pelos outros como tal. Quanto mais um desviante é definido com um doente mental mais ele internaliza este papel .”(SCHEFF, 1984, p.92)

A loucura se torna, nesta perspectiva, um fenômeno de nuances extremamente sociais, a sua manifestação como conhecemos depende da gravidade da reação da sociedade, dos

aspectos idiossincráticos do ator desviante e da disponibilidade no repertório cultural de papéis. Quando manifestada a loucura, a rotulação de alguém como louco opera de maneira circular e mortificadora dos laços sociais de tal maneira que este ator é reduzido a sua condição de sofrimento; a partir de um processo que pode ser denominado estigmatização.

## 2.3 ANATOMIA DO ESTIGMA NOS TRANSTORNOS MENTAIS

Já discutimos, no primeiro ponto, que a loucura pode ser compreendida como a manifestação de um ato percebido como desviante, esta rotulação poderá levar a substituição do status de “normal” pelo de “louco”, o que o significará para um indivíduo, que ele poderá ser reconhecido pelos outros, e por ele mesmo, não mais como um humano, mas como uma espécie de sub-humano, alguém que é definido apenas pelo seu transtorno. Tal processo faz parte do fenômeno do estigma e é deste que quero falar neste momento. A presente discussão se desenvolverá a partir da pergunta “o que é um estigma?”, avançando para algumas de suas características, posteriormente chegando ao estigma no contexto do transtorno mental, por fim, relatando como sua lógica se opera.

### 2.3.1 O que é o estigma?

A primeira coisa que se pode afirmar sobre o estigma é que é um fenômeno social decorrente de comportamentos desviantes. Assim como o desvio, o estigma está presente em todas as culturas, ele é um fenômeno social de caráter universal, contudo, não é uniforme, pois “todas as culturas do mundo são motivadas a encontrar desviantes para reprovar e

estigmatizar, entretanto as formas mudam conforme a cultura” ( HINSHAW, 2010, p. 26), dessa maneira se pode concluir que existe uma pluralidade de manifestações deste fenômeno e uma diversidade de motivos para que ele ocorra.

De acordo com Goffman (1988), o termo estigma foi cunhado pelos gregos para se referirem a sinais corporais que tinham como função identificar alguma coisa extraordinária ou um mau sobre o status moral de quem os apresentava. O estigma, para os gregos, era uma marca identitária que avisava ao observador o caráter ritualmente poluído de quem a possuía. A pessoa marcada mereceria a exclusão e a indiferença, principalmente em lugares públicos.

Na era cristã, o termo ganhou mais dois novos sentidos: o primeiro, sinais corporais de graça divina manifestos na pele em formato de flores; o segundo, uma alusão médica ao fenômeno religioso, definia estigma como sinais corporais de um distúrbio físico (GOFFMAN, 1988). Ainda na historicidade que adorna o fenômeno, encontramos o termo grego *stigmata* sendo usado por cristãos católicos como definição para as marcas sobrenaturais surgidas por ação divina no corpo, estas marcas remeteriam a crucificação e expressariam seus sinais mais visíveis: a humilhação e a dor (HINSHAW, 2010). Ser estigmatizado, nesta perspectiva, seria receber as chagas de Cristo e padecer dos seus sofrimentos, ser separado dos outros, pois um estigmatizado encaminha-se pela trilha da santificação em uma experiência de alegria e dor, manifestadoras da graça e potencializadoras de cura para outros devotos (MARTINEZ, 2014). Em uma outra face da perspectiva religiosa cristã, o termo *stigmata* também referiu-se a sinais na pele que identificavam bruxas, durante a perseguição operada nos séculos quinze, dezesseis e dezessete (HINSHAW, 2010).

Os exemplos históricos citados nos garantem as seguintes pistas sobre o estigma: primeiro, este fenômeno sempre esteve relacionado com pessoas que ocuparam lugares

liminares e marginais em suas sociedades; segundo, os estigmatizados são frequentemente encarados como perigosos, dotados de algum tipo de sacralidade<sup>6</sup> e poder; além disso, são pessoas à margem do que ocorria no cotidiano e que de alguma forma poderiam ser juntadas sob uma mesma definição através de uma marca. Tomando esta perspectiva como primeiro passo, como tentativa introdutória e grosseira de definição, podemos afirmar que “o estigma refere-se a uma desvalorização global de certos indivíduos baseados em algumas características que possuem, sendo, por isso, encarados como desfavorecidos, desvalorizados e desgraçados<sup>7</sup>” ( HINSHAW, 2010, p. 26).

### 2.3.1.1 Características do estigma

O estigma é universal e particular ao mesmo tempo, este aspecto garante a tal fenômeno uma dimensão bastante ampla que, aos olhos dos menos informados, se confunde a outros conceitos de grande importância, a saber, o estereótipo, o preconceito e a discriminação. Nas palavras de Hinshaw ( 2010), estereótipos seriam *templates* mentais que utilizamos para organizar o mundo; preconceitos seriam estereótipos rígidos, que obedeceriam a padrões irracionais de pensamento, de caráter injustificável e que “pintariam” de cinza algumas atitudes; por fim, a discriminação se constituiria de ações injustas e prejudiciais de diferenciação de grupos, que podem ser instigadas tanto em esferas individuais, quanto institucionais.

---

6 Com sacralidade tenho em mente não apenas aquilo que é considerado bom ou divino, mas o que se pode considerar intocado, não-destinado aos homens mortais e de algum modo pertencido a forças desconhecidas, o que deve por isso ser evitado ou seja, o que configura-se como atributo do limiar. Neste sentido, embarco no conceito de sacralidade tanto o obscuro, quanto o celeste, o divino e o diabólico.

7 A questão da negatividade do estigma é uma verdade indiscutível, entretanto, há exceções, nem sempre quem está em uma posição limiar recebe um status negativo, existem casos principalmente na esfera da religiosidade que o estigma pode afastar a pessoa estigmatizada do mundo na qual ela fazia parte, mas ao contrário de ser considerada um sub-humano, a pessoa pode ser considerada sobre- humana é o caso por exemplo dos católicos que manifestam os estigmas de Cristo ou o caso das crianças deusas no sistema hindu. Vale ressaltar, que ao falarmos de estigma aqui, necessariamente estaremos tomando-o como uma característica depreciativa.

Apesar da diferença existir, a linha é bastante tênue e progressiva, o que permite a afirmação de que atos discriminatórios só se manifestam porque estereótipos são tomados de maneira cristalizadas, se transformando em preconceitos. É fato também que os elementos contidos nestes conceitos também podem ser encontrados em situações que manifestam o estigma, pois este último incorpora elemento dos primeiros; no entanto, “o estigma é mais do que uma soma das partes [...] vai além da presença de preconceitos e atitudes negativas per si” ( HINSHAW, 2010, p. 24). De todo modo, estigma leva, muitas vezes, até crenças negativas fundamentadas em estereótipos, ao aval destes estereótipos negativos como reais, ou seja, ao preconceito, e por fim, ao desejo de evitar ou excluir as pessoas que detêm status de estigmatizadas, em outras palavras, até a discriminação ( PESCOSOLIDO *et all*, 2008).

O estigma tem sua origem substancial no exercício fundamental que todas as sociedades operam: o estabelecimento de meios de categorizar pessoas, através da eleição dos atributos comuns e naturais de seus membros (GOFFMAN, 1988). Baseamos nossos estereótipos a partir deste exercício do viver em sociedade, e, em um processo não-reflexivo, transformamos nossos esquemas de organização de sentido em critérios normativos e exigências rigorosas. Aqui se tem a gênese do que Goffman intitulou de identidade virtual e identidade real. Identidade virtual seria constituída de toda a exigência que fazemos, o caráter e os atributos pelos quais lemos os estranhos e os quais esperamos que eles possuam como pré-requisitos de considerá-los semelhantes; a identidade real seria constituída pelos atributos e aspectos que o indivíduo com o qual interagimos realmente possui.

O estigma está intimamente ligado com estes dois conceitos, pois quando um ator possui um atributo que o torna diferente de outros atores, que se encontram em uma mesma categoria na qual o primeiro pudesse ser incluído, se deixa de considerá-lo um ser integral e comum; se opera sobre ele o jugo de entendê-lo como uma pessoa estragada e diminuída, ou

seja, quando a identidade virtual que projetamos em alguém não é satisfeita pela sua identidade real, se tem uma discrepância e a pessoa, agora considerada menor em valor, sofre o estigma (GOFFMAN, 1988).

O estigma é manifesto pela presença de uma característica que deprecia aquele que a possui, mas apenas a presença desta característica não constitui o fenômeno do estigma, pois é necessário que seja acompanhada por um contraste, dessa maneira o atributo vexatório não é um desvalor por si só, assim é considerado porque está relacionado em uma dada interação com outros. Em outras palavras, o estigma é um fenômeno relacional, nenhum aspecto estigmatizado é substancialmente desonroso. É considerado “maculado” porque é valorizado como tal em dado momento.

Por isso, se pode dizer que “ a estigmatização é um processo interpessoal por meio do qual indivíduos desclassificam um grupo e as características em questão como atributos constitutivos de uma identidade falha<sup>8</sup>” ( HINSHAW, 2010, p. 26). O exercício de estigmatizar deixa bastante claro a razão pela qual o estigma é relacional, pois“ a estigmatização é vista como um conjunto de processos sociais ( comparação, identificação, desvalorização) que levam a difamação contínua” ( HINSHAW, 2010, p. 24).

É válido também ressaltar aquilo que Link e Phelan (2001), citado por Hinshaw ( 2010, p. 25), afirmam, “[...] o poder social é um necessário componente do estigma”, isto é, a posição na escala de poder social, as visões de mundo sobre o que é certo ou errado, doente ou sadio influenciam na ocorrência do fenômeno, o que significa dizer que para a

8

A categoria de “identidade falha” se relaciona com a transação social existente entre aquilo que Goffman chama de identidade virtual e identidade real. Quando há frustração na relação destas duas identidades em uma interação social, existe a incorporação de elementos que enfatizam a visão da maioria- tendo por critério aquilo que esperava ser cumprido como características básicas para a interação, ou seja, a identidade virtual- em detrimento dos atributos apresentados pelo indivíduo que de algum modo frustrou a interação. Neste processo de atribuição de uma identidade falha, há a manifestação dos três elementos já citados no corpo do texto: aspectos de estereotipamento, preconceito e discriminação. No entanto, juntamente com este aspecto mais externo, existe um processo interno onde a pessoa reprovada aceita a “natureza global das atribuições feitas a sua natureza imperfeita” (HINSHAW, 2010, p. 26) o que acaba por gerar a tendência nos seus observadores de evocar automaticamente estereótipos em sua relação.

estigmatização ocorrer de maneira eficaz é necessário que aqueles que estigmatizam se sintam mais poderosos, superiores aqueles que são estigmatizados. O estigma, na minha interpretação, também se apresenta como um instrumento violento de opressão.

A estigmatização é globalizante e atua de maneira integral, reduz a individualidade e põe em cheque a humanidade da pessoa rotulada. A percepção de sub-humanidade vem a justificar a exclusão e as respostas letais exercidas por quem tem poder. O estigmatizado é visto como carente dos atributos fundamentais para o respeito ( HINSHAW, 2010).

O estigma é uma intensa violência porque um indivíduo estigmatizado tende a possuir as mesmas crenças sobre identidade que aqueles que o estigmatizam, ele se entende como uma pessoa que merece um destino agradável e uma oportunidade de viver, mas os padrões que ele incorporou o levam a se tornar suscetível ao que os outros veem como seu defeito, fazendo-o pensar que ele ficou abaixo do que deveria ser, se enchendo de vergonha (GOFFMAN, 1988).

Entretanto, a interiorização de sua marca desfavorável não impede que a pessoa estigmatizada apresente em alguma interação um comportamento ambivalente e recheado de violência para com um outro indivíduo possuidor da mesma característica negativa. Em casos específicos de transtorno mental, afirmam alguns autores, “pessoas portadoras de transtorno psíquico podem exibir alta prevalência de estigmatização de outras pessoas na mesma condição” (GIBSON *et al*, 2008, p.3).

“O termo estigma conota, portanto, uma profunda marca de vergonha e degradação” ( HINSHAW, 2010, p. 26). Assim, uma pessoa que sofre deste mal tende a sucumbir a solidão, que a carrega a outros abismos, tornando-a desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa (GOFFMAN, 1988).

### 2.3.1.2 Estima nos diversos níveis

Como venho tentando deixar claro, o estigma é um fenômeno bastante denso e intenso enraizado no mundo do cotidiano e espalhado nos mais diversos aspectos da realidade como um desdobramento de atos desviantes que põe em cheque certas percepções. Em decorrência disso, Hinshaw (2010) afirma que é necessário entender que tanto o nível psicológico, quando o social e o estrutural detém fatores pertinentes à estigmatização.

Os níveis são interconectados e por isso é impossível entender o estigma como um fenômeno apenas social, estrutural/institucional ou psicológico, dessa maneira, devemos entender que: a estigmatização é dinâmica, um processo interconectado que inclui cognições, atitudes e a formação da identidade em um nível individual, hóspede do fenômeno dos grupos sociais em um nível social, que também é envolvido e sofre influência de condições econômicas e fatores institucionais em um nível mais estrutural ( HINSHAW, 2010).

NO ÂMBITO INDIVIDUAL: Se pode dizer que em um nível psicológico e individual, o estigma parte da necessidade de categorização do mundo, ou seja, dos estereótipos que operacionalizam uma homogeneização dos “diferentes”, aplicando a estes exigências oriundas dos observadores e de seus pontos de vista sobre o mundo, que frequentemente não podem ser satisfeitas pelos atores considerados diferentes. Os observadores ainda tendem a valorizar positivamente aqueles mais semelhantes e conhecidos em detrimento dos estranhos e dos diferentes. Eles atribuem características positivas aqueles que podem ser considerados do seu grupo, enquanto atribuem sinais negativos aos que, de algum modo, foram considerados como fora do seu grupo. Como outro movimento comum no âmbito psicológico e individual, se tem a associação que observadores fazem de eventos negativos – como surtos violentos e agressões diversas- com pessoas que se enquadram em um estereótipo divergente do seu.

NO ÂMBITO SOCIAL- No nível social, o que está em jogo é relação do estigma com os

grupos sociais e com a identidade social. Isso engloba a aceitação e rejeição de um grupo em um contexto interativo com potenciais novos membros ou com outros grupos de pessoas diferentes daquelas que o formam. A questão, neste aspecto, pode ser expressa a partir da ideia “Nós vs Eles” e todo o sentimento de apoio, violência e rejeição se expressa através de um interação que leva em conta um determinado pertencimento identitário<sup>9</sup>. Um passo adiante da questão “Nós vs Eles” é a concepção de estereótipos ameaçadores, com isso quando um indivíduo é enquadrado neste estereótipo, pode experimentar momentos de sofrimento ou constrangimento intenso, principalmente quando a interação se dá com pessoas preconceituosas. Ainda sobre o estigma no âmbito social/grupal é necessário frisar que o estigma pode ser entendido como uma ameaça social, pois envolvem crises de estabilidade, moralidade, além de símbolos de ameaça que evocariam os medos da finitude, a fragilidade humana e o aparente controle que todos os indivíduos acreditam possuir de suas vidas.

NO ÂMBITO ESTRUTURAL/INSTITUCIONAL: Em relação às instituições e estruturas que regem o mundo em seu nível macro, a estigmatização se relaciona com um arcabouço de processos, que definem uma espécie de sistema de justificação, onde desigualdades sociais encontram suporte. Este sistema de justificação está relacionado a experiência moral que se refere “ao registro do cotidiano e engajamento prático que define o que é melhor para o homem e a mulher ordinário” ( YANG *et all*, 2006, p. 1528 ), onde indivíduos têm coisas a ganhar e perder, como status, dinheiro, sorte, saúde e relacionamentos ( YANG *et all*, 2006 ).

---

9

É verdade que uma pessoa estigmatizada não é tratada dessa maneira apenas por um determinado grupo, mas por toda a sociedade, inclusive ela mesma, entretanto, a generalização do tratamento degradante só é aplicável em pessoas estigmatizadas que compartilham de uma identidade social desacreditada- é o caso de quem possui um estigma visível como um defeito ou marca física- mas em caso de identidades desacreditáveis as coisas mudam e é apenas a partir de seu contato interativo com grupos sociais- contatos que são também avaliações- que o descrédito pode vir a manifestar-se, seguindo assim os ditames descritos no que descrevo como dimensão social do processo de estigmatização, para mais informações de como a proximidade dos vínculos e a intensidade qualitativa e intimidade das relações influencia nos processos de estigmatização ver FONTES, Breno (2010). “Redes Sociais e Enfrentamento do Sofrimento Psíquico: sobre como as pessoas reconstróem suas vidas”. In: FONTES, Breno, FONTE, Eliane (org).Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

Deste modo de entender o estigma, o que se opera é uma culpabilização pelo fracasso<sup>10</sup>, ou seja, aqueles vitimados pela dinâmica da segregação são marcados com a vergonha, são evitados socialmente e ainda são culpabilizados pelo seu estado de “impureza”. Este tipo de operação de responsabilização pela culpa e vergonha pode ser inclusive operado por meios legais e institucionais, por vezes influenciados por paradigmas culturais, que funcionam a partir de uma lógica da segregação. Vale frisar que, durante períodos de recessão, indivíduos desviantes tendem a ser mais estigmatizados em um crescente movimento de intolerância.

### **2.3.1.3 Tipos e dimensões do estigma**

Como um fenômeno plural, o estigma se manifesta de diversas maneiras, Goffman (1988) divide o estigma em três tipos diferentes que seriam: (a) as abominações corporais, deformidades físicas gerais; (b) as culpas de caráter individuais, estigmas latentes que trariam ao algum traço negativo ao caráter e moralidade e (c) os estigmas étnicos, raciais e religiosos, ligados geralmente a questões políticas, culturais e sociais.

Mas o esforço de Goffman não abarcou todas as nuances do fenômeno, as três categorias de pessoas estigmatizadas são discutíveis pois não são mutuamente excludentes, exaustivas e podem muito bem ocultar subdivisões. Complementando a perspectiva goffmaniana, um modelo hexadimensional é proposto por Hinshaw (2010), o qual pode ser demonstrado da seguinte forma: (1) visibilidade do estigma; (2) desenvolvimento temporal; (3) tensão nas relações pessoais; (4) desvios corporais e faciais da norma padrão; (5) origem; (6) ameaça que representa.

De acordo com o autor, estas seis dimensões abarcariam de maneira mais ampla o

---

10

Apesar da possibilidade da culpabilização de fracasso em pessoas com problemas mentais ser relativo, podendo inclusive não existir, a crença em sua incompetência perpetua a discriminação e promove o entendimento da falta de perícias e competências, reforçando a ideia inicial de pessoa fracassada.

fenômeno do estigma, possibilitando o entendimento de suas diversas facetas, neste sentido, se poderia perceber se o (1) estigma é visível permanentemente ou ocultável; (2) de que modo e o quanto ele limitaria ou afetaria as relações pessoais do estigmatizado; (3) por qual razão e com que intensidade esfacelaria encontros sociais; (4) se violentaria a estética corporal dominante; (5) a razão pela qual se origina e por fim (6) o por que o estigma seria entendido como uma ameaça e um perigo.

É a partir desta perspectiva que aplicaremos o estigma ao conceito de transtorno psíquico, tentando compreender por quais caminhos se desenvolve a angustiosa experiência de interação entre aqueles que se consideram sãos e os que são considerados loucos, quais são os processos que levam ao retraimento, violência e a completa indiferença.

### **2.3.2 O estigma no transtorno psíquico**

O estigma no contexto do transtorno psíquico é até certo ponto entendido como latente, pois a informação que o provoca pode ser escondida, através de esforços constantes. Pessoas nesta condição, tendem a viver em permanente vigilância em suas interações (HINSHAW, 2010), a informação cotidiana é o ponto de partida do qual o indivíduo estigmatizado deve decidir seu plano de ação em relação ao estigma que possui, mas este exercício de encobrimento de parte de sua identidade acaba custando um alto preço psicológico, que converte a rotina em uma série de atividades demasiadamente tensas que requerem esforços contínuos (GOFFMAN, 1988). Todo este movimento pode causar conflito de papéis e gerar estresse, resultando em desequilíbrio e insegurança.

Um outro ponto que deve ser destacado é o seu impacto nas relações sociais de pessoas com transtorno mental. Aqui, o motivo pelo qual o estigma se torna tão violento é o entendimento de que problemas psíquicos são irremediáveis, inevitáveis e crônicos, ou seja,

problemas dotados de aspectos que inviabilizariam uma convivência normal, empobrecendo portanto laços sociais. O desdobramento deste impacto é o entendimento de que pessoas com transtorno psíquico são destruidoras de interações sociais, isso se dá, primeiramente, apenas pelas expectativas causadas pelo diagnóstico de doente mental, que detém implícito potencial para dissolução de encontros. Há neste exercício de rotulação uma evocação de uma associação negativa entre a figura do estigmatizado e todo um estereótipo já construído do louco ou do doente mental (HINSHAW, 2010).

Essa associação negativa nos leva diretamente a questão da periculosidade, ou seja, a potencial ameaça para com pessoas e coisas. No que toca ao transtorno mental, o que se encontra aqui é a imagem popular do louco como perigoso, além dela, existe uma perturbação simbólica bastante importante, pois o transtorno psíquico confronta a ideia de estabilidade mental e social que todos possuem (HINSHAW, 2010), diante de tudo isso, o que resta por vezes ao estigmatizado é uma existência densamente marcada pela solidão e interrupção de laços sociais. Os atores que protagonizam cenas do cotidiano com uma pessoa estigmatizada, podem vê-lo apenas como uma pessoa que tem um defeito e nada mais; as amizades anteriores, que remontam ao estado antigo do estigmatizado, talvez não consigam tratá-lo nem formalmente, nem com a aceitação de outrora (GOFFMAN, 1988).

A intensidade do estigma também pode ser influenciada pelo modo como as pessoas entendem a origem do problema, “ quando observadores acreditam que o comportamento emana de condições fora do controle de alguém, simpatia e compaixão são frequentes, mas quando o comportamento bizarro é entendido como passível de controle, gera rejeição e hostilidade” (HINSHAW, 2010, p. 32-33), ou seja, uma pessoa estigmatizada geralmente está fadada a ser considerado alguém digno de pena ou uma espécie de dissimulador, que, na verdade, apenas simula seu sofrimento.

A ambivalência é fator crucial do fenômeno do estigma, ela ocorre justamente por causa deste pêndulo de reações. A reação aos transtornos psíquicos é um fenômeno bastante complexo que todo momento põem em contraponto a empatia e a repulsa por parte dos observadores, o que pode gerar sobre os estigmatizados uma crescente sensação de ansiedade, sintetizando o medo da rejeição e da descoberta do sofrimento, nas tentativas de interação. A ansiedade trazida pela insegurança de não saber como será recebido em uma relação pode vir a gerar a antecipação da rejeição, a consequência deste comportamento é a introspecção e a agressividade em qualquer tentativa de interação.

O corpo também se configura como acusador da identidade desfavorável. Apesar de não ser uma regra no caso de pessoas com transtorno psíquico, ele pode ferir violentamente a estética corporal predominante, como “vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída” (BRETON, 2007, p. 7), sendo assim, o corpo pode delatar o indivíduo com transtorno psíquico expondo certos sinais como os efeitos colaterais de remédios capazes de mudar feições e promover “peso na língua”. Tremores, baba e respiração pesada, trazida por transtornos como a ansiedade, são exemplos de indicativos corpóreos estigmatizantes.

O próximo passo não poderia ser diferente, restam ao estigmatizado a vergonha e a baixa autoestima. A trajetória de um indivíduo estigmatizado pelo seu transtorno psíquico o leva a vergonha, pois isso significa ter que conviver com o novo rótulo de “doente mental”, lidando com uma série de dificuldades que englobarão todas as suas ações no mundo, isso o leva a fragmentação do seu eu e o inclina a vergonha, a culpa e ao silêncio. Infelizmente, “quando a própria mente e a personalidade são marcadas, a vergonha é frequente”(HINSHAW, 2010, p. 36).

### 2.3.3 A lógica do estigma

Como já salientei, o estigma não é um fenômeno simples, seu caráter relacional e interativo adiciona sobre suas nuances camadas que o torna bastante complexo e denso. Nas linhas seguintes, gostaria de ampliar a discussão e explorar um pouco toda a lógica por trás da estigmatização, pensando sempre em duas questões: o que leva uma pessoa a estigmatizar? E o que ela ganha com isso?

Jean Benoist (2007) ressalta que o primeiro passo para entender toda a lógica do estigma é percebê-lo como um indicador de identidade, para tanto, é necessário ter em mente que construímos a imagem social de uma pessoa a partir de suas características, tornando-as indicadores de pertença, formadoras de sua identidade social, o que, de acordo com o autor, já é potencialmente discriminatório, pois como já ressaltado em linhas anteriores, produz a dicotomia “Nós vs Eles”.

Os indicadores sociais, apesar de serem códigos produzidos em uma interação social, acabam por serem naturalizados, saindo de sua esfera sociocultural e sendo percebidos como produtos de algum processo biológico, o que os transporta de uma categoria ideológica à categoria de conhecimento (BENOIST, 2007).

Mas o fato obscurecido por esta naturalização é que este processo de estigmatização é densamente enraizado na construção social e portanto não é uma espécie de indicador de “conhecimento” de algo biológico como é encarado (BENOIST, 2007).

Sendo assim, para um bom entendimento do estigma é necessário que compreendamos as raízes da estigmatização, bem como seus desdobramentos consequentes, principalmente no que toca as “ameaças” aos observadores e coparticipantes de interações.

O primeiro ponto a ser dito é que, para observadores ou coparticipantes de interações com pessoas com transtorno psíquico, a perda do contato com os sinais da realidade significa

perda total de controle, isso provém da situação de que alguns dos comportamentos decorrentes do transtorno podem vir a quebrar alguns códigos sociais, o que garante a geração de um misto de repulsão e curiosidade, além de incitar uma espécie de gratidão nas pessoas por simplesmente não manifestarem os mesmos sinais( HINSHAW, 2010).

É válido dizer também que o próprio rótulo de doente mental gera naqueles que tomam conhecimento um grande temor, pois o estereótipo do louco é evocado na mente dos observadores e isso acaba por trazer a ideia de que pessoas com transtorno psíquico são irracionais, caóticas e incontroláveis, além de imprevisíveis, o que, por vezes, é aumentado pela própria cronicidade ou gravidade do sofrimento em questão ( HINSHAW, 2010).

Além do já exposto, Hinshaw ( 2010, p. 144) ainda argumenta que,

os aspectos simbólicos são particularmente importantes. Especialmente a natureza incontrolável dos padrões sintomáticos que podem fazer surgir nos observadores um medo ligado a sua própria capacidade de manter o controle emocional e comportamental.

Portanto, o contato com a loucura pode vir a gerar naqueles que se consideram sãos, medos existenciais, que são acompanhados de pensamentos de mortalidade e finitude, levando-os a tendência da discriminação em uma tentativa desesperada de preservar a autoestima, a estabilidade e livrar-se do terror ( HINSHAW, 2010).

Sendo assim, comportamentos bizarros, como os transtorno mentais, são recados para as suas testemunhas sobre a fragilidade de suas vontades e racionalidade, pois “ o pior medo que muitas pessoas tem é não ter total controle sobre suas faculdades mentais e emocionais”( HINSHAW, 2010, p. 145).

Sintetizando esta perspectiva e respondendo a primeira pergunta- por qual razão as pessoas estigmatizariam outras?- apelamos novamente para a perspectiva de Jean Benoit

(2007) e afirmamos que a lógica da estigmatização opera calcada basicamente em três esferas, explicadas nos parágrafos seguintes.

O MEDO do que ameaça ou do que parece ameaçar, seja isso, características físicas, comportamentais ou fatos biográficos, que viriam a indicar um perigo qualquer e serviriam como sinal de que aquela pessoa é indigna de aprovação.

A ANOMALIA, o estranho e o bizarro, o choque com o diferente e todo o temor que este diferente traz com seus valores, corpos, atitudes, atividades e costumes que se chocariam com aquilo que é considerado normal.

A QUEBRA DA REGULÇÃO SOCIAL, ou seja, atitudes que resistem as ideias, vestuário, declarações ou ditos sociais que regulam as fronteiras do que é considerável aceitável pela sociedade. O estigma seria resultado de um avaliação sobre o comportamento, sobre a estética e sobre os atos dos estigmatizados, considerados marginais ao aceitável.

Parto agora para a segunda pergunta que demonstraria as nuances lógicas por trás do fenômeno do estigma: “ quais são os potenciais benefícios ou ganhos para observadores que engajam-se na estigmatização de outros, especialmente aqueles com desordens mentais?” ( HINSHAW, 2010, p. 37).

Talvez seja estranho pensar que um comportamento geralmente não reflexivo, como é a estigmatização na maioria das vezes, traga algum tipo de benefício, mas o fato é que o ato de marginalizar alguém e reprová-lo acessa uma série de vantagens para quem age de maneira violenta e excludente; tais vantagens envolvem diversas esferas da vida, desde relações intragrupais, passando por estágios psicológicos, bem como desdobramentos que justificam certos aspectos do nosso sistema de vida.

O primeiro ponto que Hinshaw (2010) ressalta como benefício do processo de estigmatização é a promoção da identidade social, que ocorre como consequência do

tratamento depreciativo daqueles que não pertencem ao grupo social do estigmatizador. Fazer parte de um grupo, leva as pessoas a acreditar que são semelhantes, o que geralmente frutifica em afeto, cooperação e empatia. Mas a forte identificação com um grupo promove a diferenciação com aqueles que não pertencem a ele, o que pode gerar o entendimento de que são estranhos, perigosos ou apenas piores do que o grupo de pertencimento em questão. A sensação de pertencimento pode, se levada ao extremo, fortalecer e criar hostilidades para aqueles que são considerados estranhos e diferentes, o que em determinadas situações conflituosas gera um “embate” para a definição de qual identidade é “melhor”, “mais apta”, “mais merecedora”, “digna” e etc... No que toca a pessoas com transtorno psíquico, isso é bastante violento, pois rotular alguém de louco ou afirmar esta rotulação como recurso de promoção de identidade social significa expulsá-lo da categoria de ser racional e consequentemente de humano.

Além dessa questão, o ato de estigmatizar poderia também contribuir para o aumento da própria autoestima. O estigma seria uma espécie de ferramenta pela qual os indivíduos, evocando estereótipos, depreciariam outros atores em uma tentativa de aumentar sua própria percepção de si. Pessoas diferentes serviriam, neste sentido, para serem desqualificadas em um movimento de valorização das próprias características (HINSHAW, 2010). Na interação, ocorreria um processo de comparação no qual determinados atributos do estigmatizador seriam hipervalorizados, diante de certos atributos menosprezados do estigmatizado. No caso das pessoas com problemas mentais, isso poderia ocorrer de formas diversas, como a comparação entre sua impossibilidade de fala bem articulada por alguém que, acreditando ter dificuldades na oratória, usa a dificuldade do estigmatizado como um exemplo de que ele, em comparação com “pessoas piores”, tem um nível “decente” ou “superior”.

O ato de estigmatizar propiciaria também um controle sobre a ansiedade de

pensamentos sobre a morte e a fragilidade da vida, pois elevariam o grau psicológico de estabilidade, afastando pessoas que remeteriam ao desequilíbrio (HINSHAW, 2010). Em casos de pessoas com transtorno psíquico, isso significa muitas vezes o afastamento destas pessoas, numa tentativa de não sofrer com elas.

A estigmatização ainda pode vir a oferecer uma espécie de justificação para desigualdades sociais, pois evocam uma ideia de que qualquer fragilidade ou fracasso decorrente não são problemas da comunidade ou das instituições, mas apenas uma falha individual<sup>11</sup> que, portanto, devem ser tratados como tal (HINSHAW, 2010).

## 2.4 SUPERAÇÃO DO ESTIGMA: REDES SOCIAIS E DESESTIGMATIZAÇÃO

Falamos da estigmatização, do sofrimento advindo dela, da lógica e dos ganhos, enfim, do seu universo geral. Agora, chegou a hora de falarmos do outro lado, a desestigmatização. Aqui, tentaremos abordar indicativos que apontam para saídas deste terrível problema e que nos servirão de análise em nosso esforço de entender as relações dos participantes da terapia comunitária. A intenção é apresentar o potencial das redes sociais de estimular o que chamaremos de uma ética da desestigmatização e dos seus fundamentos, a partir da ideia de esforços comunitários, além disso também abordarei de maneira introdutória e panorâmica a dificuldade do combate do estigma.

---

11

Como já dito, a biologização, o caso de problemas mentais, pode evitar o entendimento de que a culpa pertence ao indivíduo, mas dificilmente o livrará de ser considerado uma pessoa inábil ou fraca, apesar de poder suscitar pena e compaixão.

### **2.4.1 Dificuldades para a desestigmatização**

Já dissemos que o fenômeno do estigma é bastante amplo e fluído, suas raízes são profundas e se espalham nas mais diversas direções o que o garante uma imensa densidade, sendo assim, o “[...] estigma é exibido e experienciado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e sociedades. Ele também é transmitido via imagens midiáticas estereotipadas, bem como por atitudes e práticas de pelo menos alguns profissionais no cenário da saúde mental” (HINSHAW, 2010, p. 116).

Concordando com a proposição exposta acima está o trabalho de Mônica Nunes & Maurice Torrenté (2009), que em uma investigação sobre o estigma, a violência e o trato da loucura no espaço do tratamento do transtorno mental, puderam perceber, através dos relatos dos próprios usuários do sistema, dos seus familiares e também dos profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial (CAPS) das regiões de Aracaju e Bahia, uma série de manifestações do fenômeno nas mais diversas esferas da vida. As autoras compreenderam que a violência trazida pelo estigma é multifacetada e abarca a dimensão simbólica, institucional, interpessoal e estrutural.

O fato é que, ao que parece, um dos grandes impasses para o desmantelamento dos processos de estigmatização está embasado em uma lógica particular de aprisionamento e afastamento do desviante entendido como louco, uma reflexão violenta que se expressa na lógica asilar (PERRUSI, 2010) que “ não se esgota no seu contexto empírico de origem, o asilo; na verdade, ultrapassa-o, podendo ser percebida não apenas como “lógica”, mas também como “prática” noutras estruturas, como o hospital psiquiátrico e até serviços extra-hospitalares, por exemplo” (PERRUSI, 2010, p. 71).

Esta lógica tem como raiz um desejo que brota dos arranjos dicotômicos que fazemos entre nós e outros, como aqui tratamos de pessoas com transtorno psíquico, este desejo se

demonstra como um sentimento de repulsa violenta para com essas pessoas, o que na ótica de Machado e Lavrador (2001) citado por Alverga e Dimenstein (2006, p. 300), é chamado de desejos de manicômio, uma espécie de vontade de domesticar, subjugar, oprimir e controlar em uma experiência de encarceramento a imagem do louco com a finalidade de tratá-la.

Os desejos de manicômio perpassam todas as texturas da vida, se fazendo presente nas mais diversas práticas do cotidiano, inclusive no cotidiano da atividade profissional da saúde mental. Tais vontades de oprimir e delimitar a pessoa com transtorno psíquico perpassa todas as nossas ações e podem ser vistas, inclusive, em espaço terapêutico diferentes do hospital, pois “as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 301).

Nunes & Torrenté (2009) afirmam ainda que todo esse processo de violência leva as pessoas com transtorno psíquico experienciarem uma série de situações vexatórias, de desamor, indiferença e exploração dentro dos espaços nos quais tais pessoas deveriam encontrar o mínimo de apoio e confiança. As autoras chamam a atenção para polissemia nos processos de estigmatização, de acordo com sua leitura, o estigma encerraria um trio de modalidades de violência, intituladas por elas como interpessoal, institucional e simbólica, as quais, “Embora separadas por finalidades heurísticas, [...] frequentemente aparecem combinadas nas experiências das vidas das pessoas, produzindo situações complexas e, por vezes, de difícil reversão, já que produzem o efeito de se potencializarem mutuamente” (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p. 8). Por isso, em sua conclusão, as autoras ressaltam que medidas unilaterais –como campanhas educacionais, por exemplo- não são o suficientes para a promoção eficaz de uma ética desestigmatizadora, como bem está na seguinte fala:

as campanhas de televisão e as distribuições de folhetos não têm sido suficientes para produzir uma transformação cultural que modifique o imaginário coletivo e as práticas voltadas para aqueles que vivem intenso sofrimento psíquico. No entanto, o engajamento concreto das pessoas que vivem essas situações, ampliando-lhes a visibilidade e os espaços político, moral e educacional, parece estar surtindo melhores resultados do que progressos neurocientíficos (e.g. tratamentos medicamentosos, tecnologias diagnósticas e mapeamentos genéticos) ( NUNES; TORRENTÉ, 2009, p. 107).

Vale dizer, antes de concluirmos, que a persistência da estigmatização, a difícil contenção do estigma e sua durabilidade são produtos de complexos arranjos multidimensionais que são explicados porque,

não são apenas determinados por imperativos, culturais, significados ou valores, mas referem-se também ao mundo real de engajamentos práticos e perigos interpessoais. Tanto os estigmatizadores, quando os estigmatizados estão engajados em um processo semelhante de envolverem e ser envolvidos pela vida, segurando em alguma coisa, preservando o que importa e afastando-se do perigo. Se os estigmatizados acham que o que é considerado mais precioso pode ser seriamente ameaçado ou até mesmo perdido totalmente, essas ameaças também são sentidas por outros não estigmatizados e pode levar-lhes a respondê-las incorporando condições estigmatizantes pelas quais discriminam e marginalizam outros. ( YANG *et all.*, 2006, p. 1528)

“O estigma é um peso que esmaga e oprime aqueles submetidos a ele. Desestigmatizar é parte do arsenal preventivo e terapêutico” (BENOIST, 2007, p. 13) mas não apenas isso, pois a luta contra estigmatização não deve se resumir as questões de trato ou promoção da saúde mental; ela deve ser abrangente, abarcando as esferas legislativas, educacionais, políticas e comunitárias, que contemplem o estigmatizado e o estigmatizador, pois o fenômeno é relacional. Sendo assim, “somente intervenções multifacetadas, coordenadas podem ser úteis para reduzir a estigmatização em significativos modos” (HINSHAWS, 2010, p. 177).

## **2.4.2 Redes Sociais e Laços Comunitários: relações interpessoais, capital social e potência de recursos para desestigmatização**

Apesar dos desafios expostos, a desestigmatização é um projeto que envolve tanto esforços macrossociais quanto esforços no âmbito microssocial. A reforma psiquiátrica é um exemplo destes esforços, ela apresenta um novo paradigma no que toca a saúde mental, que influencia diretamente as interações sociais, pois adota uma perspectiva que vai além da psiquiátrica, o que permitiu um diálogo maior com outras maneiras de compreensão da loucura, facilitando uma maior abertura para construção de um novo olhar nas relações entre pessoas em sofrimento psíquico e o mundo social.

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 desta 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* [...]” (TORRE, 2004, apud AMARANTE, 2010, p. 129).

O novo olhar, defendido pelos paradigmas da reforma psiquiátrica, abriu espaço para uma maior valorização das redes sociais- principalmente aquelas egocentradas, ou seja,

centralizadas em um indivíduo específico- como instrumento da construção da resiliência e re-significação das representações sociais da loucura. As redes sociais ocupariam, portanto, um lugar fundamental na transformação cultural e na mudança dentro das relações sociais com a loucura e o diferente, ou seja, as redes sociais fomentariam a construção de um novo lugar social para o transtorno psíquico. Contudo, é válido lembrar que a qualidade das redes sociais em questão também é pauta de discussão, a sociabilidade fomentada nos seus complexos interativos deveria ser majoritariamente benéfica, reforçando sentimentos de integração e contribuindo para superação e crescimento pessoal.

Neste trabalho, redes sociais ou redes de sociabilidade, são entendidas como *locus* onde os processos interativos dos indivíduos e suas conexões interpessoais se manifestam, neste sentido,

A estrutura de sociabilidade, presente em cada um dos atores de uma interação surge com base em “certos impulsos” ou em função de “certos propósitos” e é organizada em campos sociais, elementos de uma identidade, de uma geografia social que permite, por exemplo, a localização dos indivíduos em uma estrutura social e as potencialidades interativas entre eles (FONTES, 2011, p. 124)

As redes sociais acabam por se tornar um repositório de saberes e dizeres que transitam, se aglutinam, se cristalizam e se dissolvem com o passar do tempo, influenciando e sendo influenciados de uma maneira dinâmica por este viver. Através das redes sociais, os atores constroem seu capital social, a partir do quantitativo potencial de auxílio possível, inserido dentro das relações que a compõe; dos recursos acessados com as relações e do alcance deste auxílio- que é proporcional a intensidade das relações. De acordo com Fontes (2011), as redes sociais envolveriam tanto a esfera pública, quanto a privada e a partir desta diferença haveriam distinções entre o tipo de laço social envolvido ( se laços fortes ou fracos),

as características gerais dos recursos colhidos e o próprio capital gerado.

Mas, antes de continuar,

[...] cabe distinguir dois tipos de capital social, conforme a natureza dos recursos alocados: (a) capital social instrumentalizado pelo indivíduo, a partir de sua rede egocentrada, com possibilidade de alocação de recursos individualmente. É o caso, por exemplo, de ajudas diversas prestadas entre vizinhos, ou do suporte dado por familiares em ocasião de doença, etc. (b) capital social instrumentalizado pela comunidade, a partir de recursos que embora gerados pelas redes egocentradas, traduzem-se em uma ampliação da esfera pública. É o caso, por exemplo, de práticas associativas ou outras formas de manifestações políticas em que os indivíduos participam, de certo modo induzidos pelo círculo de relações a que pertencem. Esse tipo de capital social, traduzido por Putnam como Cultura Cívica, é, segundo este e outros autores, importante para consolidação de práticas democráticas em uma comunidade. (FONTES, 2011,)

As redes sociais são potencialmente campos de reciprocidade, envolvem a participação ativa das populações, potencializando a promoção de confiança e fidelidade, além de serem o espaço de construção onde os seres humanos produzem, simultaneamente, individualidades e comunidades ( MARTINS, 2009). Através das suas redes sociais, os indivíduos tem acesso aos mais diversos recursos e também dialogam sobre suas representações, tradições e cosmovisões, confrontando-as e repensando-as no processo.

A rede é movimento, o interstício entre o indivíduo atomizado e os dizeres generalizantes dos macro-espacos da existência. As redes comportam-se como portas, elas permitem ao ator viver um ciclo constante de inserções e rupturas de espaços interativos em um movimento constante de confecção e manutenção de laços sociais (FONTES, 2011).

É a partir disto, que podemos concordar com Simmel ( 1917, apud FONTES, 2012) e dizer que “[...] cada indivíduo tenha seu significado somente em relação aos sentimentos dos outros”, ou seja, apesar de termos uma biografia única e nosso eu ser distinto de outros, só

fazemos sentido como seres individuais em um contexto relacional, por isso,

Cada pessoa, indiscutivelmente única, mas também existente por conta de sua relação com o outro, é posicionada cotidianamente em múltiplos processos interativos, com posições relativamente definidas no meio social, com campos de sociabilidade estruturados, em parte refletindo desejos e escolhas pessoais, mas também resultado de padrões relativamente rígidos existentes na estrutura social que condicionam ou determinam suas trajetórias de sociabilidade (FONTES, 2012, p. 98)

Tentei demonstrar, nos parágrafos anteriores, que a importância da inserção das redes sociais na discussão sobre saúde mental está em sua potencialidade de instrumentalizar o princípio da transformação do trato da loucura e de suas representações, apesar disso, friso, o fato de que o transtorno psíquico, quando manifesto, acaba por agir de maneira danosa sobre as redes sociais de um indivíduo.

Todavia, penso que a abordagem aqui apresentada, deixa muito claro que as redes sociais são espaços interativos onde se constroem coletivamente imaginários, representações e se executa ações e acessos a recursos, através de um processo dinâmico, dialógico e geralmente territorializado. As redes de sociabilidade dos indivíduos guardam a mudança de perspectiva sobre qualquer fator social, neste caso específico a loucura, seu lugar social e o estigma atrelado a ela, pois “[...] se as interações são gratificantes e enriquecedoras, o efeito do contato será a redução do estigma.” (PESCOSOLIDO *et all*, 2008, p. 437).

Inserido nos complexos processos sociais que se estruturam no cotidiano, que formam o tecido comunitário, estão os ingredientes necessários para um novo olhar sobre o fenômeno da loucura e seus problemas, a saber as possibilidades de apoio, solidariedade, proteção e reciprocidade, elementos fundamentais à resiliência e a desestigmatização. O complexo arranjo do tecido social frutifica em diversos mundos de vida que, por sua vez, permitem a

produção de diversidade, conflitos, desenvolvimentos e solidificações de percepções sobre o mundo que estão carregadas de universos simbólicos, regentes das mais variadas posições e decisões. A produção destes mundos de vivências, frutos de percepções “[...] do real enquanto totalidade dos processos relacionais instáveis, de fluxos que, não obstante sua incessante mobilidade permitem ao observador destacar, de longe suas características mais fundantes” (FONTES, 2012, p. 101), em minha opinião, guarda os indicativos da atenuação e possível superação do estigma.

Diante do falado cabe a pergunta: “o que atores inseridos em contexto de comunidade podem fazer para reduzir a estigmatização?” (HINSHAW, 2010, p. 191), ou seja, quais são os indicativos da atenuação e superação deste problema que podem existir na redes sociais das pessoas envolvidas com situações de transtorno psíquico?

Quem propõe essa pergunta é Stephen Hinshaw e a partir dela, ele constrói indicadores sintetizadores do que poderia ser considerado como um conjunto de esforços executados em contexto comunitário para atenuação e superação do estigma. Pretendo, no capítulo de análise, utilizar estes indicadores para entender a relação entre pessoas com transtorno psíquico e suas redes sociais, após o início de suas participações nas rodas de terapia comunitária, o intuito, portanto, é saber se a terapia comunitária detém todos ou alguns desses aspectos trazidos pelo autor e se eles interferem de maneira benéfica no fortalecimento, manutenção e expansão dos laços de sociabilidade, propiciando o enfrentamento do estigma.

Para as finalidades deste trabalho, escolhi os indicadores que têm relações com o âmbito microsocial, ou seja, o cotidiano e a interpessoalidade, os quais são ingredientes fundamentais do contato pessoal, considerado como uma iniciativa comunitária, um elemento importante para a mudança de atitudes e padrões de pensamento estereotipados, diretamente promovendo o aprimoramento da empatia e compaixão (HINSHAW, 2010).

O que está em pauta aqui é o processo humanizador, o gesto de aproximar pessoas e despi-las das primeiras impressões, que regem nosso esforço de estabelecimento de sentido social, adornando-as com aquilo que é próprio delas. Dito de outra maneira, as interações diretas seriam eficazes porque, idealmente, contatos pessoais tenderiam a diminuir as situações de preconceito, inclusive no caso específico de pessoas com transtorno psíquico ( HINSHAW, 2010). É o que também aponta uma pesquisa feita na Jamaica, seus resultados demonstraram que pessoas mais próximas de indivíduos com transtornos psíquicos- como familiares- demonstraram menos atitudes estigmatizantes do que o público geral da pesquisa, o que levou a conclusão de que “ Maiores oportunidades de exposição do público geral as pessoas com problemas mentais podem, portanto, ser uma importante estratégia para melhorar a estigmatização” (GIBSON *et all*, 2008, p.7)

Contudo, nem todos os tipos de contato trazem os elementos positivos citados. No caso de pessoas com transtorno psíquico se faz necessário que o contato pessoal se estabeleça de tal forma que o suporte para o enfrentamento surja, pois o conhecimento de alguém com um transtorno psíquico não é o bastante para a redução da estigmatização (HINSHAW, 2010), inclusive, em casos de esquizofrenia, de acordo com pesquisas, o conhecimento do caso e dos detalhes do diagnóstico aumentaram o grau de intensidade do estigma. (PESCOSOLIDO *et all*, 2008).

Desse modo, se pode dizer que são os contatos sociais saudáveis que fazem a diferença, eles viabilizam acesso a recursos de apoio social, que possibilitam o fortalecimento da resiliência ( FONTES, 2010). Além disso, o bem-estar de alguém está bastante ligado a saúde de seus laços e ao sentimento de pertencimento encontrado no contexto da relações sociais (BARURA, 1986 apud. FONTES, 2010, p.362). Apoio social e sentimento de pertença só podem surgir em contatos que coloquem em xeque a identidade reducionista vivida pela

pessoa com transtorno psíquico, ou seja, um bom contato social deve ir para além do estereótipo de louco e levar tanto estigmatizado, quanto observador, a entender que nenhum ser humano pode ser reduzido a uma única característica de sua biografia.

O apoio social, surgido das interações sociais inseridas nesse contexto, aponta para a geração de diversos efeitos promotores da saúde mental, por exemplo, o espaçamento das crises, a atenuação do agravamento e dos riscos trazidos pelo transtorno. O apoio social ainda se dissemina por vários outros âmbitos que agregam a socialização e o companheirismo; o suporte emocional; conselhos; ajuda concreta e o incentivo na construção da autonomia (FONTES, 2010).

Partindo do pressuposto de que o desenho das redes sociais de pessoas com transtorno mental diverge daqueles de pessoas consideradas sãs e que a exclusão e a estigmatização são o motivo disso (FONTES,2010), entender quais são efetivamente as características dos contatos sociais saudáveis, ou seja, aqueles que de fato fortalecem, mantêm e expandem redes de sociabilidade é de suma importância, afinal “ a hipótese do contato social embora aparentemente simples e direta, representa um conjunto complexo de configurações possíveis em relação ao estigma.”(PESCOSOLIDO *et all*, 2008, p. 437).

Com isso em mente, adoto como categorias para minha análise elementos construídos segundo o conjunto de indicativos sintetizados por Hinshaw como características importantes para a superação do estigma. Minha categorias tratam, de maneira geral, dos passos necessários para a desconstrução da imagem de sub-humanidade compartilhada por estigmatizados; para uma maior frequência de interações sociais saudáveis e também para o dismantelamento da lógica do estigma e o aumento do associativismo dos estigmatizados.

EQUALIZAÇÃO DO STATUS: Um passo interessante na agenda de desestigmatização leva em consideração as relações de poder. Como já dito antes, o estigma só é possível porque uma

pessoa e/ou um grupo se considera superior a outra pessoa/grupo em uma determinada interação. Mas, “quando membros de um grupo majoritário e estigmatizado tem relativamente poder e status equitativos, o contato mais frequentemente promove atitudes positivas” ( HINSHAW, 2010, p. 192). 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 os atores irem além das primeiras imagens e impressões, em outras palavras, dos estereótipos estigmatizantes.

APROXIMAÇÃO (REGULARIDADE E INFORMALIDADE): Melhor do que qualquer política vinda de cima para baixo, oportunidades de vivências e compartilhamento de experiências, tendem a mais frequentemente melhorar a percepção sobre grupos estigmatizados. “ Quando existem emoções a serem compartilhadas, a aproximação psicológica das interações relevantes são frequentes para criação da aceitação” ( HINSHAW, 2010, p. 193). 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.

COLABORAÇÃO( ESFORÇOS E OBJETIVOS EM COMUM): Outro ponto, no que toca ao contato social, crucial para superação do estigma é a colaboração, mediante esforços e objetivos em comum. 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 aumentar e com ele situações de associativismo, o que garantiria um espaço de participação além dos estereótipos ( HINSHAW, 2010, p. 193).

Dito isso, me debruçarei na investigação de como as relações estabelecidas entre portadores de um transtorno psíquico, a partir de sua participação em um espaço terapêutico particular, mais especificamente a terapia comunitária, permitem o fortalecimento de seus

antigos laços afetivos, bem como a construção de novos laços e enfrentamento dos infortúnios que acompanham seu transtorno, especialmente as situações de estigma.

### 3. ÂNCORA METODOLÓGICA

Antes que possamos partir para a análise propriamente dita do objeto de pesquisa, julgo necessário deixar claro por quais lentes os dados coletados serão lidos e compreendidos. Proceder de tal modo, ao meu ver, muito mais do que uma obrigação intelectual é também um procedimento de humildade e honestidade, enfim, uma exposição que muito mais do que legitimar o trabalho, dignifica o seu autor.

#### 3.1 SUJEITOS DA PESQUISA: ATORES NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Pesquisar sobre saúde mental é em si mesmo uma potencialidade para reflexão crítica, o que, acredito, acaba levando o pesquisador até a necessidade de discutir as relações que possibilitam a construção do conhecimento científico.

Em minha dissertação debater tais relações é extremamente importante, pois, no contexto em que pesquiso, elevar, o que em uma perspectiva positivista seria considerado objeto, ao caráter de sujeito coparticipante é possibilitar à pessoa com transtorno psíquico e estigmatizada um lugar de fala.

Partindo deste ponto, concordo com Ranci (2005) e reitero que não há conhecimento nas ciências humanas que não seja intermediado por uma relação com outro ator social, seja esta relação direta ou indireta. Acrescento ainda, aquilo que aprendo ao ler a discussão de Paulo Freire (2002) sobre a relação entre professor e aluno na construção do saber, para ele, todo o espaço do conhecer<sup>12</sup> é protagonizado por seres humanos, que são inacabados em

---

12 Peço licença para “plasticizar” a discussão de Paulo Freire e aplicá-la também ao espaço do saber científico por entender, a partir de minha própria formação como licenciado, que esta espécie de “epistemologia do ensino-aprendizagem” pode ser encontrada não apenas dentro da relação educador e educando, mas nas mais diversas áreas da vida, que tenham em alguma medida

essência, o que garantiria sempre a existência de aspectos intercambiáveis, comunicáveis e acessivos para a construção de um momento de aprendizado mútuo.

Procurei pensar minha pesquisa como um destes momentos de aprendizado mútuo. A construção do conhecimento é reflexiva e crítica, não podemos evitar a relação com os atores sociais do universo de nossa pesquisa. O relacionamento entre pesquisador e pesquisado garante ao labor intelectual um duplo sentido: encontramos os atos dos atores sociais como o objeto de nossa pesquisa, assim como também o é seu mundo, os significados, as dores, os sofrimentos e o cotidiano; entretanto, eles também são a nascente do qual brotam as informações que pesquisamos, eles são os protagonistas dos mundos que queremos narrar (RANCI, 2005).

Ao olhar meu campo de pesquisa, tomei como primeiro passo o entendimento que a realidade não está dada fora do diálogo, o conhecimento que aqui está escrito é uma narração acordada; sendo assim, o processo de cognição que se mostrou presente no ato de pesquisar e que agora produziu as palavras digitadas ao longo do trabalho é fruto da relação ator-pesquisador e evidencia que a pesquisa é um jogo relacional (RANCI, 2005) desenvolvido entre sujeitos, a partir do qual se constrói o objeto e se produz seus significados e explicações.

Penso, que não é possível ao pesquisador observar a confecção da pesquisa de uma ótica relacional se não se posicionar de maneira política enquanto à ela. É preciso reconhecer seu inacabamento e ignorância em relação as coisas que são alheias ao seu mundo (FREIRE, 2002), se percebendo como um das vozes imersas no processo constitutivo do conhecimento.

Enxergo assim, que um ponto crucial para qualquer trabalho, é a localização dos saberes. É necessário estabelecer de onde se parte. Tentei esboçar isso ainda em meu referencial teórico e tento no decorrer dos próximos parágrafos continuar fazendo, pois

---

processos de construção de conhecimento.

preciso, como pesquisador, estabelecer de onde falo, de que maneira e quais as minhas limitações em consideração ao meu contexto de fala.

### **3.1.1 Meu lugar, meu saber e o meu ponto de partida interpretativo**

Discutir o meu lugar de fala na interação investigativa é uma atitude ética. Ao me posicionar como pesquisador, pedi ao sujeito que proporcionou a construção conjunta da pesquisa que se despisse e se mostrasse. Tive, portanto, que fazer o mesmo.

Isso significou me posicionar dentro do campo, na coleta de dados e na maneira como interagi com os outros sujeitos da pesquisa de maneira a deixar claro minhas limitações, meu lugar histórico e meus objetivos em partilhar daqueles momentos com eles. Haraway (1995), em um ensaio epistemológico, que discute a objetividade do conhecimento, afirma que ao executar tal ação, um intelectual nada mais faz do que executar um ato epistemológico, que garante uma ciência mais refinada, propiciadora de “[...] uma explicação mais adequada, mais rica, melhor do mundo, de modo a viver bem nele[...].” (HARAWAY, 1995, p. 9).

Acredito que a ciência deve ser um espaço para reflexão do mundo, do próprio ser e de seus limites, sua incontinuidade, continuidade e também a impossibilidade de pleno aprendizado. A objetividade que persigo neste trabalho está em consonância com estes pressupostos, o que acabou me obrigando a expor meu envolvimento com o meu mundo de pesquisa, a partir da minha relação histórica com o contexto escolhido como universo investigativo; em outras palavras, foi preciso assumir tanto em campo, quanto agora na análise, que além de homem, branco, cristão, sou de classe pobre, filho de uma mãe considerada louca – por isso estigmatizada pelo mesmo motivo dos atores da minha pesquisa – e cientista social e que por esses motivos a temática acaba por me tocar não apenas de

maneira profissional, mas também pessoal, o que inclusive, me garantiu uma relação empática muito maior com os outros sujeitos da pesquisa.

Concordo com toda a discussão trazida Haraway e coaduno com ela da perspectiva que a objetividade da ciência não perpassa pelo não envolvimento com os atores, muito pelo contrário, perpassa por um envolvimento tamanho, capaz de colocar o pesquisador em uma posição de exposição, um lugar onde o dito e o escrito tem autoria, e, por isso, pode ser responsabilizado; um local de ato político, onde os sujeitos e os sentidos que os compõem tenham possibilidades de serem discutidos e questionados.

Não somos capazes de uma compreensão plena das coisas, nunca seremos capazes de tal ato. Precisamos assumir que nossa visão é dotada de uma perspectiva particular, uma lente que “fotografa” de uma determinada maneira. Enfim, nós recortamos e vemos o recorte, mas ele não é uma figura inteira, mas um mosaico construído por muitos no aqui e no agora, conosco e contra nós, no passado e também no futuro. Atingir a verdade infinita, olhar do ponto zero, se estabelecer acima do eu histórico não é impossível. É um truque, uma ilusão.

Só a parcialidade é objetiva, pois pode ser localizada; tem autoria; é posicionada e é capaz de ser cobrada ou honrada da maneira ideal. Só assim, eu ou qualquer outro pode ser responsável pelo que diz, escreve e faz (HARAWAY, 1995).

### **3.1.1.2 Breve comentário sobre minha postura interpretativa**

Não se pode falar em inacabamento do ser dentro do processo contínuo de conhecimento, interação entre atores em uma pesquisa e seus posicionamentos de fala sem problematizar a maneira como se dá o desenvolvimento da interpretação dos dados.

De nada adiantaria minhas palavras se eu não abraçasse também uma perspectiva interpretativa coerente com o conteúdo já desenvolvido nas linhas anteriores. Por isso, nego,

dessa maneira, que como observador, eu não tenha envolvimento com o mundo que interpreto, sou na verdade envolvido por ele, pois sou seu contemporâneo, ele aguça meu interesse. Além disso, em meu caso particular, vivo em alguma medida situações que me remontam ao meu objeto de estudo.

Como já afirmado, tenho um lugar em meu discurso e no mundo, sou protagonista da minha vida e ela está inserida em um universo de sentidos que constroem minha cosmovisão, orientando minha percepção das coisas, inclusive esta pesquisa. Todo processo de interpretação é um exercício do protagonismo humano, sendo tal como é, nenhuma pesquisa é dotada de higienização tamanha capaz de anular a historicidade e influência de quem exerce a função de pesquisador.

A compreensão, como defendo, se baseia na necessidade de assumir minhas tradições, preconceções e lugares de partida. Só pude conhecer ao executar um exercício de interpretação que dependeu de um conjunto de “lentes” formadas no decorrer de minha história.

É no choque entre o que o estranho e as nossas preconceções que está o lugar da interpretação. Neste *locus*, se construiu a minha compreensão, que não é a reprodução daquilo que eu vi, mas um fruto do diálogo entre o que por mim é conhecido, tradicional e dotado de sentido e aquilo que fugiu de minhas concepções primeiras.

Toda afirmação trazida pelo meu trabalho não é um ponto final sobre o assunto, apenas uma das interpretações possíveis, que junto com outras apresentam a complexidade do fenômeno estudado. Minha maneira de olhar para o objeto está inserida em um determinado contexto existencial que não posso fugir, todavia, posso conjugá-la com a experiência existencial dos outros atores da pesquisa e nisto adquirir novas perspectivas. Tentei com minha análise ir com a ajuda dos coparticipantes além dos meus *insights*.

O fato é que a compreensão é uma prática de estar no mundo, uma experiência que nos define nas mais diversas áreas humanas, por isso, não poderia deixar de acreditar que isso também ocorre no círculo da confecção científica. Refletir sobre como compreendo a feitura do meu trabalho de pesquisa é um passo importante para sempre ter em mente o meu lugar e minha responsabilidade sobre tudo que está escrito.

## 3.2 OS PASSOS PARA COLETA DE DADOS: ENTREVISTAS, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E QUESTIONÁRIOS

Ao olhar o meu objetivo, que é analisar como a terapia comunitária auxilia no enfrentamento de situações de estigma, optei por uma abordagem qualitativa, acreditando que esta foi a melhor maneira de tecer o tratamento dos dados da pesquisa, principalmente levando em conta minha perspectiva.

Outro ponto importante foi que eu estive todo tempo muito mais interessado em aspectos particulares e até subjetivos dos participantes. Acredito que estas características foram capazes de conceder o material necessário para a construção de um entendimento de como a participação nesta tecnologia terapêutica particular tem contribuído no enfrentamento do estigma e na manutenção e expansão das redes de sociabilidade de seus participantes.

### 3.2.1 A Observação Participante

O primeiro passo da coleta de dados foi a escolha de um grupo de terapia comunitária que tivesse um histórico de transtornos psíquicos no geral. A terapia comunitária que resolvi

acompanhar foi a que ocorre no bairro do Engenho do Meio na região metropolitana, minha escolha não se deu apenas porque esta terapia correspondia ao perfil que procurava, mas também porque seus participantes me acolheram de uma maneira muito calorosa, infelizmente, tenho que dizer que não encontrei a mesma disposição em outro grupo que cheguei a visitar.

Acompanhei a terapia escolhida por um período de mais ou menos seis meses, durante este tempo, confeccionei um pequeno diário de campo, o qual será mais explorado em sessões seguintes. Houve dois motivos pelos quais escolhi a observação participante, o primeiro deles é a própria dinâmica da terapia comunitária que não permite outra forma de observação. Assim que cheguei ao campo, recebi o recado que ao estar no espaço da terapia é necessário participar dela, pois ninguém fica de fora da roda. Logo, me tornei parte da dinâmica interna e me vi como um participante, algo que ajudou na aproximação com os outros sujeitos da pesquisa.

O segundo motivo da minha escolha foi metodológico, para mim a pesquisa é enriquecida pela observação participante, pois ela permite uma maior valorização da interação social e uma melhor compreensão desta interação como exercício de conhecimento em relação as partes e ao todo do que é estudado. Acredito que a observação participante seja um melhor meio de integração entre observador e fatos observados ( QUEIROZ *et al.*, 2007).

A observação participante me permitiu ser consciente da condição colaborativa do processo investigativo. Fui mais um dos atores na pesquisa e observei que é no movimento interativo dos elementos envolvidos que a construção do *corpus* do conhecimento do objeto de estudo é construído ( QUEIROZ *et al.*, 2007).

A observação participante me permitiu também um mergulho profundo no processo de interação. Eu não fui apenas espectador e a relação contida dentro deste recurso tornou o

envolvimento mais contínuo, ocasionando, de certa forma, uma mútua transformação.

Investir na observação participante, me permitiu conhecer e participar de maneira mais “viva” da sociabilidade dos integrantes do grupo. Através dela, pude saber se eles se encontram fora do espaço da terapia, quais são seus vínculos e se o que começa a ser vivido na terapia vai para além do espaço terapêutico. Acessei informações que talvez em uma conversa gravada não fossem possíveis, como a terapia comunitária se demonstra um espaço de conversa sobre angústias e sofrimento, que tem como finalidade o apoio mútuo, as pessoas se sentem mais a vontade para tratar de certos assuntos mais delicados.

Além de tudo o que aqui foi exposto, pude selecionar os atores mais dispostos a me auxiliar no outro passo da coleta de dados, as entrevistas. Outro ponto cujo o uso da observação participante foi de muita utilidade foi a possibilidade de comparação do conteúdo das falas coletadas nas entrevistas com as falas proferidas durante as rodas de terapia em uma tentativa de maior compreensão das declarações dos atores.

### **3.2.2 As Entrevistas e questionários**

O segundo passo da coleta de dados foram as entrevistas e os questionários, em minha dissertação, as primeiras ocupam um lugar central. Foram realizadas dez entrevistas com pessoas da terapia comunitária já citada, inclusive seus terapeutas, não houve intenção de divisão por gênero, classe social ou idade, apesar disso, como ficará claro na sessão de análise, houve predominâncias nas entrevistas dos participantes da terapia comunitária em relação a certas características distintivas dessas categorias.

Foram escolhidas as entrevistas semi estruturadas, fiz isso porque em uma pesquisa como a minha, a elaboração de um roteiro mais aberto facilita a dinâmica do processo, entretanto, questionários fechados também foram aplicados, como um modo de traçar o perfil

dos participantes. O roteiro da entrevista se tornou um guia que me orientou por onde deveria iniciar as perguntas e no que deveria me concentrar, além disso como fala Fraser e Gondim (2004) a própria construção dos tópicos forneceu uma ótima oportunidade de elaborar e antecipar- ou ao menos ajudar nas- categorias de análise. Outra vantagem foi a possibilidade de aprofundar outros assuntos pertinentes. Em relação aos questionários, foram aplicados apenas oito, por dificuldades discutidas em páginas à frente, eles foram adaptados de uma pesquisa anterior encabeçada pelos Doutores Professores Breno Fontes e Eliane da Fonte, que acabou tendo como resultado o livro *Redes Sociais e Saúde Mental: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*, citado na bibliografia. A principal função deste recurso metodológico foi a construção de um perfil do participante da Terapia Comunitária.

Destaco que todo o processo da coleta de dados esteve sob rigoroso controle ético, inclusive, sendo aprovada pelo comitê de ética da universidade como parte do projeto maior já citado na introdução. Ao tratar com todos os entrevistados e também ao acompanhar a terapia comunitária, inseri três pilares fundamentais à feitura da pesquisa: o consentimento do informante, a segurança de sua privacidade e a proteção de sua integridade (FONTANA; FREY, 2012). Esta foi a maneira que encontrei de respeitar sua humanidade e sua posição de sujeito, estabelecendo uma equivalência entre nós, a partir da humildade de reconhecer que sem o auxílio de cada um disposto a falar da sua vida não haveria trabalho nenhum.

### 3.3 TRATAMENTO DOS DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO

Após a coleta dos dados, por algum tempo, fiquei na dúvida em qual procedimento adotar e na análise dos dados coletados, contudo, ao observar de maneira mais atenta meu objetivo, resolvi optar pela análise de conteúdo. Essa escolha se justificou porque encontrei nela a possibilidade necessária para compreender, segundo uma comparação entre as falas e relatos com as afirmações teóricas, se de fato existe auxílio no enfrentamento de situações de estigma e se os participantes da terapia comunitária tem suas redes de sociabilidade expandidas e fortalecidas.

Utilizando a análise de conteúdo, minha intenção foi produzir inferências do conteúdo comunicado que fossem passíveis de trazer o sentido de seu contexto (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Tentei compreender como os participantes da terapia veem-na, como veem sua participação e como isso se relaciona com suas redes de sociabilidade e a possibilidade de auxílio no enfrentamento do estigma.

Tendo em mente isso e sabendo que existem várias possibilidades de categorização na análise de conteúdo, adoto umas das seis formas distintas de classificação baseadas nas ideias Laswell<sup>13</sup>, as quais são expressas em seis questões bastante elucidativas: 1) Quem fala? 2) Para dizer o que? 3) A quem? 4) De que modo? 5) Com que finalidade? 6) Com que resultados? (MORAES, 1999). Das formas de classificação expostas, dei prioridade a segunda e tentei construir minha análise olhando para este mote e me perguntando sempre: as

---

13

Na citação de Moraes, como no seu artigo inteiro, não haviam muitas informações sobre Lasweel, decidi abri esta nota de rodapé e colocar algumas informações. Harold Dwight Lasswell foi um estudioso da comunicação e da propaganda, foi também um autor importante para as ciências políticas, além disso seus estudos tiveram grande impacto na técnica de análise de conteúdo.

peessoas falaram o que falaram “para dizer o quê? ”

Quando direcionei minha análise a partir deste viés, meu desejo foi direccionar o meu estudo para os aspectos da mensagem, o seu valor informacional: as palavras; frases; argumentos e ideias expressas. Sendo assim, minha análise se constituiu de uma análise temática (MORAES, 1999).

Esclarecido o foco de minha análise, posso falar um pouco dos passos que segui. Tudo ocorreu em cinco passos, sendo os dois primeiros um pouco mais simples; pois trataram da identificação das amostras de informação e logo após, do estabelecimento dos fragmentos textuais, elementos a serem classificados, a partir de seu sentido contextual.

O terceiro passo foi mais complexo, pois me dediquei ao procedimento de categorização. Minhas categorias foram definidas a partir do referencial teórico e creio serem categorias válidas, mutuamente exclusivas, consistentes, exaustivas e homogêneas (MORAES, 1999).

As categorias foram distribuídas em um eixo de análise e serviram para a formação de um quadro analítico de duas colunas, onde eu apresento indicadores que sintetizam as maneiras que pela terapia comunitária poderia auxiliar no enfrentamento de situações de estigma. No capítulo de análise, as categorias se apresentaram com os seguintes nomes: (1) Equalização do status social e apoio (2) Aproximação (informalidade & regularidade) e manutenção e formação de laços de sociabilidade; (3) Colaboração (esforços comuns) e participação na vida comunitária. Com estes passos, tentei sintetizar as informações contidas nas entrevistas, destacando seus aspectos mais importantes à pesquisa. (MORAES, 1999).

## 4. ANÁLISE DOS DADOS

Nesta sessão, estarei trazendo toda a análise dos dados que coletei, mas para tanto, seguirei algumas etapas. Primeiramente, descreverei a terapia comunitária, sua história e as principais bases teóricas, bem como o seu funcionamento. Posteriormente, apresentarei o contexto da terapia comunitária que escolhi, o perfil dos participantes da roda, a descrição do meu campo de pesquisa e o local onde as reuniões ocorriam. Por fim, estará a análise das entrevistas e dos relatos coletados durante a observação participante.

### 4.1 TERAPIA COMUNITÁRIA: HISTÓRIA E CARACTERÍSTICAS

Criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, professor de Medicina Social na Universidade Federal do Ceará, psiquiatra, antropólogo e teólogo da teologia da libertação, a terapia comunitária integrativa surgiu como um *locus* de fala das angústias cotidianas e como tecnologia de promoção de saúde mental com o objetivo específico de fomentar a autoestima e a força necessária para o enfrentamento das situações da vida. Seu surgimento está ligado a realidade carente da Favela de Pirambu em Fortaleza e sua carência de atenção em questões de saúde mental.

Através das ações do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, com o apoio do Centro de Direitos Humanos do Pirambu e do Movimento Integrado

de Saúde Mental Comunitária se começou uma série de intervenções isoladas na vida da população. Entretanto, a maneira pela qual as primeiras intervenções foram feitas deixaram claro que “ o arsenal quimioterápico da psiquiatria moderna não podia ser a única arma na luta contra os efeitos de um contexto social desagregador e mutilador de indivíduos” (BARRETO, 2007, p. 20).

O uso indiscriminado de psicotrópicos para as mais diversas desordens, levou o Prof. Dr. Adalberto Barreto a criar um novo paradigma assistencial capaz de instigar uma ação terapêutica inovadora. Nasceu o Projeto 4 Varas e com ele a terapia comunitária, seu objetivo era fomentar a percepção do homem e do seu sofrimento em rede relacional; a desconstruir o ideal do técnico salvador da pátria, estereótipo que reforça a dependência sistemática; ir além da identificação do transtorno e identificar o potencial do portador do transtorno; instigar a motivação grupal e a autonomia individual; resgatar o saber popular e a competência da experiência da vida; construir um espírito comunitário e por último fazer da prevenção uma responsabilidade de todos (BARRETO, 2007).

Nas palavras do próprio Prof. Dr. Adalberto Barreto, a ação que permitiu a construção da Terapia Comunitária ambicionou,

[...] suscitar a capacidade terapêutica do próprio grupo ajudando o indivíduo a descobrir as implicações humanas e contextuais do quadro de sofrimento em que viviam.

Dessa forma, nossa intervenção permitia a tomada de consciência do indivíduo em sofrimento psíquico dentro do corpo social, estimulando a transformação de um e de outro, tratando assim a saúde coletiva, e recuperando, com ações individuais, a saúde do corpo social (BARRETO, 2007, p. 21).

O projeto do Prof. Dr. Adalberto Barreto se configurou como um espaço de diálogo, gerenciado por uma pioneira metodologia articuladora da ciência e do saber tradicional, além disso, a terapia comunitária se mostrou 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 crise (BARRETO, 2007).

De acordo com a perspectiva do idealizador da Terapia Comunitária, as “doenças da alma” são potencialmente tratadas dentro e pelo próprio grupo, as soluções dos problemas que todas as pessoas possuem estaria na tomada de “consciência do potencial humano e cultural que possuem” (BARRETO, 2007, p. 21).

A Terapia Comunitária, portanto, encerra um conjunto de formas de ser, fazer, pensar, sentir, agir, estar no mundo, de relacionamento com pessoas, com a temporalidade, com a historicidade coletiva e individual, identidade, memória e os valores culturais, se colocando como um espaço de diálogo de humanidades (LAZARTE, 2012).

O que garante, na visão de seu idealizador que o próprio grupo - na sua troca de experiências, na reflexão, no apoio, fortalecimento dos laços de solidariedade e os valores culturais- consolide o tecido social, que desperte a consciência social, permitindo assim a descoberta coletiva das saídas possíveis para a resolução dos problemas e construindo novos contextos por decorrência da inserção social (BARRETO, 2007).

#### **4.1.1 Bases e características da Terapia Comunitária**

Após perceber a impossibilidade de atendimento a partir do modelo psiquiátrico, o Dr. Prof. Adalberto Barreto apelou para um entendimento interdisciplinar, que propiciou a construção de uma nova prática terapêutica capaz de ser usufruída pela comunidade de maneira eficaz, garantindo as respostas necessárias as demandas trazidas. 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 valoradores do coletivo.

Em decorrência desta perspectiva, o próprio ambiente no qual a terapia comunitária é feita transparece esse direcionamento, pois qualquer local onde pessoas estejam dispostas a fazê-la acontecer se torna um espaço terapêutico, seja uma penitenciária, os fundos de uma igreja, um clube, um posto de saúde ou locais públicos como uma praça. Diante de sua flexibilidade espacial e seu caráter coletivo, Fukui e Marchetti (2004) chamam a terapia comunitária de forma de atuação pública, pois de acordo com as autoras, esta tecnologia terapêutica seria transparente, manifesta e grupal em sua dinâmica de funcionamento.

Como não tem um foco idêntico ao da psiquiatria ou mesmo da psicologia, a Terapia Comunitária 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 ações básicas de saúde comunitária tendo como metas a prevenção, mediação de crises e inserção social. (GRANDESSO, 2007, p. 182)

Para tamanho projeto e mudança de foco, foram necessárias revisões paradigmáticas dos processos de trato com os transtornos mentais e suas angústias, com isso, a terapia comunitária se distanciou dos modelos explicativos e interventivos hegemônicos para tentar estimular ações criativas capazes de, mesmo em uma realidade anômica<sup>14</sup>, ou seja, doente socialmente, levar indivíduos ao resgate dos valores individuais e comunitários. Diante dos seus desafios a Terapia Comunitária tem como pressupostos quatro pilares, os quais são

---

14

Ao falar em realidade anômica, tenho em mente o conceito de anomia proposto por Durkheim, sendo assim, uma realidade anômica seria um cenário de existência marcado pela perda de identidade, ruptura brusca com valores tradicionais em decorrência de processos de mudança incapazes de fornecer novos valores, falta de objetivos concretos, empobrecimento dos significados que permeiam a vida dos indivíduos e por fim o inativismo na atuação de processos coletivos.

apresentados nos parágrafos seguintes.

**TEORIA SISTÊMICA:** Uma das premissas teóricas da Terapia Comunitária são as ideias do biólogo Ludwing Von Bertalanfy ( CAMARGO, 2005) criador da teoria geral dos sistemas em 1920. A premissa dessa teoria é que o refletir sobre alguma problemática, seja ela qual for, deve ser feito considerando sua relação contextual com outros fatores. Neste sentido, o modelo conceitual de Von Bertalanfy se assemelha ao do organismo vivo que está em contínua interação com o ambiente, formando um sistema aberto (VALE, 2012). Falar em sistemas, nesta ótica, implica afirmar que os elementos formadores devem se encontrar inter-relacionados e interdependentes, com “entradas” por onde recebem os seus “alimentos” e saídas capazes de enviar para fora tudo o que receberam e sofreu alteração. Dentro da Terapia, a teoria geral dos sistemas é utilizada para que a percepção sobre o indivíduo seja dilatada e a frequente imagem atomizada e estereotipada seja desconstruída; o objetivo é entender o indivíduo de maneira holística, se levando em conta o seu contexto e suas relações dentro do seu contínuo histórico particular, com isso, se procura na terapia construir uma percepção de globalidade, levando em consideração as particularidades e sua importância na busca de um entendimento capaz levar para vivência a noção de corresponsabilidade através das percepções de interdependência, interação e inter-relacionamento.

**TEORIA DA COMUNICAÇÃO:** Quando se fala de teoria da comunicação dentro da terapia comunitária, se pensa em uma perspectiva Batesoniana ( CAMARGO, 2005) , que remete ao entendimento da “comunicação enquanto um sistema composto por processos interacionais e relacionais” (MARANHÃO; DANIELA, 2014, p.1). Nesta perspectiva, qualquer comportamento humano possui valor comunicativo e obedece a uma lógica relacional de duplo sentido, no qual há tanto um relacionamento entre as sucessivas mensagens, quanto entre os elementos comunicados e o sistema comunicativo no geral. “ O

processo de comunicação humana, configura-se como um jogo” e “basta o homem existir para haver comunicação, para haver partilha, de modo que nos comunicamos mesmo sem que assim desejarmos” ( MARANHÃO; DANIELA, 2014, p.4), ou seja, intencionalmente ou não, estamos constantemente “falando”, sendo assim, tanto o dito quanto o gesto carregam nossas impressões e expressões. O corpo, tanto quanto a fala, se faz parte essencial, pois acaba por comunicar o oculto, o escondido. Dentro da Terapia Comunitária isso é expresso de maneira muito nítida na expressão “ Quando a boca cala o corpo fala. Quando a boca fala.o corpo sara.” , a comunicação dentro do contexto dessa terapêutica é primordial para a partilha das competências e das angústias na sua dinâmica interna.

ANTROPOLOGIA CULTURAL: A maneira pela qual a Terapia Comunitária faz uso da antropologia é calcada no entendimento de Geertz (CAMARGO, 2005) , nas palavras de Santos (2007, p. 191), “uma terapia de construção social” que percebe cultura como “ uma teia de signos atribuídos de modo arbitrário a eventos, comportamentos e instituições sociais”. Dentro da terapia, a cultura se relaciona com o referencial identitário das pessoas e também com seus saberes e tradições. Através dos seus paradigmas culturais as pessoas operam suas ações e pensamentos, organizando o seu “mundo da vida”, pintando com tons familiares a realidade. O seu uso na Terapia Comunitária está principalmente no exercício de um olhar contextualizador e contextualizado capaz de valorizar saberes plurais, “ fazendo uma terapia contextualizada e significativa para todos os participantes” (SANTOS, 2007, p. 193). Além disso, o uso da antropologia cultural ainda propiciaria a construção de motes e problematizações relevantes para os participantes, pois estariam inseridos dentro da sua realidade sociocultural.

O CONCEITO DE RESILIÊNCIA: Fundamental dentro dos paradigmas da terapia comunitária, a noção de resiliência é bastante cara ao meu trabalho, pois, na minha

perspectiva, o enfrentamento das situações de estigma está intimamente ligado ao processo e manifestação dela. “ O termo resiliência engloba um conceito que transita entre aspectos físicos, biológicos e psíquicos” ( SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011, p. 116) e de modo abrangente incorpora noções de adaptabilidade, estabilidade, elasticidade e capacidade de recuperação. Entendida como uma espécie de competência, que se manifesta diante dos problemas da vida, possibilita o desenvolvimento pessoal e a reunião de forças diante das circunstâncias desfavoráveis, a resiliência “refere-se a capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las”( SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011, p. 116). Na Terapia Comunitária, a aplicação da noção de resiliência é ligada a sua ênfase no apoio mútuo e na solidariedade grupal, ou seja, muito mais do que um exercício apenas individual, a formação da resiliência está ligada ao conceito de relacionamento. Neste processo, o técnico é importantíssimo, pois é um facilitador da interação e da partilha das “receitas de vida” dos participantes que acabam por criar através desta exposição, um referencial de competências, que neste ambiente coletivo, juntam-se e funcionam como bússolas na formação da resiliência de cada indivíduo.

#### **4.1.1.1 Excurso: Pedagogia Freiriana e Terapia Comunitária, relações, problemáticas, limites e soluções**

Antes de continuar, gostaria de comentar um pouco sobre característica da Terapia que, ao meu ver, une toda a base teórica. Se trata da pedagogia libertária de Paulo Freire, que fora um grande pensador da educação.

Entretanto, seu trabalho é de uma riqueza tamanha que acabou reverberando nas mais diversas áreas, possibilitando novas experiências e prismas no labor intelectual e nas vidas

daqueles que obtiveram contato com seus textos. A Terapia Comunitária é apenas mais uma das iniciativas que sofreram influência da ótica e do pensamento freiriano.

De todos os conceitos possíveis de uso, aquele que mais apresenta relevância para o discurso desta tecnologia terapêutica é a noção freiriana de autonomia, que de acordo com Silva (2009), seria a capacidade de criação de representações de mundo, de autocompreensão e de resolução de problemas, que é construída culturalmente em dependência relacional dos homens uns com os outros e com o conhecimento. Autonomia seria sinônimo de liberdade, de história como tempo de possibilidade.

A partir dessa noção em específico, em minha percepção, a dinâmica orquestrada nas sessões da terapia se direciona para instigar nos participantes uma espécie de “desalienação” (LAZARTE, 2012), uma tentativa de fazer com que os indivíduos olhem para além das suas angústias e exerçam novamente o seu lugar no mundo, um exercício que tenta por em prática, dentro do contexto da promoção da saúde, a seguinte afirmação de Freire (2002, p. 19)

Uma das tarefas mais importante da prática educativa-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos [...]

Todo os postulados da Terapia Comunitária, sua preocupação com o resgate das heranças culturais, o seu entendimento holístico do indivíduo, sua percepção da inevitabilidade comunicativa dos seres humanos com o mundo estão interligados através da “argamassa” conceitual da reflexão freiriana, o que acaba por fundamentar a resiliência buscada na roda sobre uma perspectiva de esperança e protagonismo. Na sua

operacionalização, mais do que resistir a todo momento de dor e pesar, a Terapia Comunitária pede daqueles que participam dela que mudem e reconfigurem seu papel social.

Essa reconfiguração é de iniciativa individual, mas todo o processo é acompanhado pelo grupo de maneira horizontal, o que acaba por gerar uma sensação de apoio mútuo, pois todos estão em busca dessa mudança, todos se veem, de certa forma, como iguais. A Terapia acaba por se tornar o que o espaço pedagógico, referenciado na citação, é para os educandos de Freire: um local de ensaio de assunção de uma identidade, no caso específico dos participantes da Terapia, uma identidade para além da angústia e do transtorno.

Contudo, apesar de ser inegável as contribuições da perspectiva freiriana aos fundamentos teórico e práticos da Terapia Comunitária, o desenvolvimento é penoso e pode esbarrar em diversos limites e problemas.

Primeiramente, a Terapia tem suas restrições particulares. Nem todo problema da vida pode ser tratado dentro da roda, o enfoque são os problemas do cotidiano e sua relação com a comunidade, questões que fujam disso e precisem de acompanhamento individual, seja psiquiátrico ou psicológico, não poderão encontrar na terapia comunitária um espaço eficaz de trato, apenas um espaço auxiliador do tratamento individualizado, o que ao meu ver inviabilizaria, ao menos parcialmente, o projeto de emancipação libertária no caso de pessoas com problemas mais sérios.

Outro problema que pode vir a ser uma consequência indesejada da Terapia Comunitária é o seu fechamento para si mesma. Apesar de todos os seus esforços da criação de competências para a vida, da construção de redes de solidariedade e sociabilidade pelos seus participantes para além de suas fronteiras, a terapia comunitária pode vir a se tornar apenas um espaço de convivência de excluídos, onde ao invés de promover reconfiguração do papel social ocasionado pelo transtorno mental, se tem no lugar sua manutenção, através

da criação de uma atmosfera de sociabilidade que orbita este papel. Ao se tornar um lugar de convivência de excluídos, as atividades que envolvem seus participantes não se expandiriam para além do grupo que monta a roda, nem para além do espaço familiar e de tratamento destas pessoas, o que, ao contrário da intenção, não acabaria por levar seus participantes ao mundo, mas criaria um “mundo particular” no qual a exclusão fomentada pelo transtorno seria a porta de entrada.

Este problema que cito no parágrafo anterior é parcialmente encontrado na terapia que frequentei, a questão não parte dos terapeutas, que promovem e instigam a participação para além das fronteiras da Roda, mas de uma postura de alguns dos participantes que se limitam ao espaço da terapia, infelizmente não posso constatar com propriedade as razões destas pessoas, entretanto, aponto como um caminho potencialmente explicador a falha parcial no entendimento da possibilidade de protagonismo da própria vida .

Uma outra dificuldade percebida por mim ao acompanhar a terapia e que irremediavelmente pode ocorrer é o choque violento entre divergentes visões de mundo, potencial gerador de alguns conflitos ou no mínimo situações desagradáveis. Ao se propor a dar voz aos participantes valorizando suas raízes culturais, a terapia se torna um espaço de valores e visões que se confrontam.

Eu vi isso acontecer algumas vezes em minhas idas e vindas ao campo. Testemunhei um pequeno constrangimento em relação a religiosidade dos participantes e seu entendimento sobre a homossexualidade, algo que só foi remediado com a mudança na discussão, operada pelo técnico, mas um detalhe não me passou despercebido: nenhum dos participantes abriu-se para diálogo em relação a essa sua “verdade”. Em outra oportunidade, participou da roda um líder comunitário de um bairro próximo ao Engenho do Meio e ele, em nenhum momento de suas falas, deixou espaço para as opiniões e críticas de seus companheiros de sessão, ao

contrário, destratou o conhecimento dos técnicos e subestimou os outros participantes. Em outra ocasião, testemunhei um comportamento estigmatizante de uma senhora, em uma oficina de musicoterapia ocorrida dentro da Terapia, que acabou usando das seguintes palavras ao descrever a atitude de um certo colega que a incomodava no momento: “o que é que esse doido tá fazendo aqui, aqui não é lugar de doido não”, o colega em questão apresentava nítidos sinais de um transtorno grave e estava no momento quebrando a dinâmica da oficina. Neste caso, o ouvinte do comentário fui eu. A fala da senhora foi quase um sussurro, uma espécie de tentativa de impedir que os outros participantes a ouvissem, creio, talvez, que isso tenha ocorrido porque eu era alguém novo, portanto ainda “verde” na Terapia e incapaz de censurá-la.

O fato é que a ocorrência me chamou a atenção e me levou a esboçar a seguinte afirmação: mesmo em espaços baseados em perspectivas libertárias, os estereótipos desviantes ainda regem muitas das reflexões dos atores e quando oportunidades surgem, eles são usados na interpretação dos fatos. A Terapia Comunitária, como mostrou o exemplo, não está isenta desse tipo de comportamento.

Felizmente, seus aspectos teóricos apontam para atenuações desses tipos de infortúnios, a chave, na minha interpretação, está na concepção de homem de Paulo Freire, que, de acordo com as palavras de Silva e Hetti, nela “compreende-se que o ser humano é um devir, buscando sempre e, ao mesmo tempo, sempre insatisfeito.” (2015, p. 1), o homem seria um ser por se fazer, empenhado em um processo constante de evolução nas esferas intelectuais, morais e afetivas, em síntese, “o homem, a partir da consciência, tem liberdade de opção e a capacidade de “ser mais””. (SILVA, HETTI, 2015, p.2)

Apesar dos mais diversos papéis sociais nos permitirem a organização de um senso biográfico e a construção identitária, bem como o acesso de outros ao nosso “Eu”, nenhum

deles é um ponto final, pois “o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital” (FREIRE, 2002, p. 22), ou seja, a mudança e a abertura para mudança são potencialidades humanas que se exercitadas, na ótica freiriana, apresentariam o “ser mais”, ao meu ver, uma espécie de exercício da vontade de se (re)construir como sujeito do mundo.

#### **4.1.2 Etapas da terapia comunitária**

Os aportes teóricos da Terapia Comunitária são os fundamentos de sua práxis, a qual apresenta, de acordo com Camargo (2005) seis etapas: acolhimento; escolha do tema; contextualização; problematização; rituais de agregação e conotação positiva; por fim, avaliação. Aqui, apresentarei o que compõe as etapas citadas, bem como a maneira pela qual, em minha percepção, elas eram postas em prática no meu campo de pesquisa.

**ACOLHIMENTO:** Este é o momento introdutório, aqui as pessoas são dispostas confortavelmente de maneira circular, permitindo que todos se olhem. Geralmente, a sessão é conduzida por dois terapeutas, sendo esta etapa, de responsabilidade do terapeuta auxiliar. É bom destacar que não há nenhuma obrigatoriedade por parte desses dois profissionais de passar alguma ata de frequência ou coagir as pessoas a continuar na terapia até o fim, muito menos voltar no próximo encontro ou até mesmo impedir que uma pessoa entre no meio da sessão. Seu papel é primeiramente apresentar a terapia como um espaço democrático e aberto (CAMARGO, 2005).

O acolhimento propriamente dito é feito a partir de um caloroso momento de boas vindas, onde geralmente se celebra os aniversariantes do mês ou da semana, pois, de acordo com Camargo (2005, p.37), “Com isso, valoriza-se as pessoas e suas histórias de vida, no rito, através da celebração de seu nascimento”. Na Terapia do Engenho do Meio, a prática da

celebração não era a única utilizada, muitas vezes, o terapeuta pedia para que alguém cantasse uma canção que lhe trouxesse boas lembranças ou que alguém compartilhasse algum fato feliz ocorrido durante a semana, menos frequentemente, havia espaço para declamação de poesias, em uma dessas oportunidades, li um poema meu sobre amizade.

Em seguida ao momento de acolhimento, se segue um dos momentos cruciais: a rememoração ou apresentação das normas do bom funcionamento da roda. Aqui fica claro que apesar de ser um espaço aberto, existe uma dinâmica normativa que precisa ser respeitada e que é constantemente lembrada pelos terapeutas. No contexto do meu campo, os terapeutas não falavam as regras, mas pediam isso ao grupo, em uma clara tentativa de imbuí-los de uma espécie de corresponsabilidade em relação ao bom funcionamento da sessão. Abaixo estão as regras e pequenos comentários que faço sobre elas baseado na minha vivência no campo.

1- O silêncio deve ser mantido enquanto alguém estiver falando: Na Terapia do Engenho do Meio esta é uma das regras mais queridas, esse apreço gira em torno da importância dada pelo grupo pela oportunidade de ser ouvido, apesar disso, em alguns momentos, existia a quebra da regra, mas em sua maioria ela era respeitada. Além disso, não só o silêncio era mantido, mas também a atenção de todos estava nas falas proferidas em um claro sinal de atenção mútua, frequentemente expressa nos olhares, caretas e gestos que se manifestavam no decorrer da história.

2- Deve-se sempre falar na 1ª pessoa do singular: o que pude ver dentro do meu campo foi a constante preocupação do exercício do “eu” e da autonomia relacionada a ele. Falar na primeira pessoa do singular no contexto da roda, ao meu ver, tinha como objetivo ser um ensaio para quebra das mais variadas dependências e tutelações impostas pela situação de transtorno vivida pelos participantes. Entretanto, vi como essa regra era difícil de ser cumprida plenamente, o constante uso do termo “ a gente” e a conjugação das ações

individuais na primeira pessoa do plural, mostraram, na minha leitura, a dificuldade de se assumir como um “eu”. Vale destacar também, que com o decorrer do tempo e a correção dos terapeutas, a regra era assimilada e o falar em primeira pessoa se tornava mais predominante.

3- Não se pode dar conselhos: de todas as regras, essa foi a que achei mais interessante e a mais transgredida pelos participantes no período que acompanhei a Terapia do Engenho do Meio. Ao colocar como base prática “o não dar conselhos”, a Terapia Comunitária complementa o processo iniciado na segunda regra, ou seja, o rompimento com uma perspectiva que exacerba, na vida da pessoa com transtorno psíquico, a dependência e a tutelação. Abraçando uma perspectiva do cuidado de si, se permite aos participantes a audição das mais diversas experiências e a apreensão delas da maneira que assim lhes convier, tirando conclusões aplicáveis a sua própria vida. Entretanto, “o dar conselhos” ocorria e inclusive por parte dos próprios terapeutas, que disfarçavam o conselho através de falas como “isso não é um conselho, mas” ou “na terapia não se dar conselho, mas você poderia”. O fato é que minhas idas e vindas à Terapia, me permitiram ver que o se apoderar da vida do outro, o ato de exercer sobre ele algum tipo de tutela, por vezes, se manifestava, rompendo com a lógica da própria terapia, se tornando um contraponto irônico da dificuldade de falar de si mesmo através do uso da conjugação do verbo na primeira pessoa do singular.

4- Entre uma fala e outra se alguém lembrar de uma música, um provérbio, poema ou frase, se quiser, pode falar: isto é algo que sempre ocorria na Terapia que eu acompanhei, a intenção, pelo que pude perceber, era valorizar o saber específico de cada um, sua cultura e a partir disso instigar a participação de maneira mais leve, propiciando um uma espécie de valorização pessoal. Tomar a palavra e cantar ou falar algum provérbio trazia ao que falava um novo lugar, onde os outros participantes voltavam sua atenção e partilhavam do dito ou do cantado, seja no silêncio ou no coro, transformando o espaço em um espaço de

reconhecimento. Um dos temas populares era a religião, muitas vezes o provérbio, a música ou a frase detinham características explícitas da religiosidade popular, mas especificamente católica e pentecostal. Apesar da religião ser um assunto que, por motivos óbvios, deveria ser evitado, a figura do Deus judaico-cristão era sempre e constantemente invocada, principalmente nestes momentos.

5- Deve-se respeitar a história de cada um: a terapia é um espaço de tolerância e isso é frequentemente lembrado através desta regra e dos pedidos de não julgamento, bem como através de falas como “todos somos iguais”; “todos nós somos humanos” ou “todo mundo aqui é gente”, em um claro apelo a respeitabilidade e igualdade na diferença. Apesar dos esforços, comentários e julgamentos podem ocorrer. Eu, particularmente, nunca vi na terapia algo do tipo, entretanto, em toda a sessão, os terapeutas sempre falavam que o segredo não deveria ser compartilhado e o que havia de ser dito na roda deveria permanecer na roda, mesmo assim, o medo do julgamento existe. Em uma das entrevistas isso ficou bastante claro, quando uma das entrevistadas disse que escondeu da roda sua opção sexual por medo de não ser aceita e julgada.

ESCOLHA DO TEMA: Depois da apresentação das regras, o terapeuta conduz os participantes até a escolha do tema. Aqui, um dos terapeutas pergunta ao grupo quem gostaria de falar sobre algo que está incomodando ou fazendo sofrer. É reiterado que a Terapia é um espaço de confiança e que quando não se fala com a boca, o corpo fala em seu lugar.

Na Terapia do Engenho do Meio, três ou quatro pessoas falavam em média nesta etapa; houve casos que mais pessoas falaram, entretanto, quando isso ocorria era nítida a preocupação em relação ao tempo e a desenvoltura de todas as outras etapas. Algumas raras vezes, os terapeutas censuraram a fala de alguns participantes tendo como principal motivo as questões de tempo.

Nesta etapa, logo que alguém resolve falar, se sugere que seja breve e que apresentem a história ou problema com rapidez, isso se dá porque, após a apresentação das narrativas, uma delas será escolhida por voto para que seja mais detalhada posteriormente. Durante todo o tempo de fala, o terapeuta deve anotar os nomes dos participantes e fazer um pequeno resumo de seu relato, com o fim das falas, ele apresenta os problemas ao grupo que escolhe um e justifica sua escolha.

Se inicia então a terceira etapa, onde com mais detalhes o tema escolhido é tratado. Mas, antes de que isso ocorra, o terapeuta pergunta para as pessoas que não tiveram suas falas escolhidas se elas estão bem e também se mostra disponível para uma conversa no fim da sessão. Na terapia que acompanhei, pude perceber duas características em relação a este momento, a primeira é a importância dada pelo participante da terapia à postura do terapeuta, em muitos encontros, pude testemunhar pessoas depois da sessão conversando com o terapeuta e apesar de nunca ter ouvido a conversa, por motivos óbvios, fui testemunha dos agradecimentos pelo apoio e pelo carinho que gestos como esse expressavam aos participantes da roda; uma segunda característica foi o desconforto e chateação de alguns por não ter tido seu tema escolhido, apesar do grupo gerir essa situação através de palavras que pormenorizaram a situação, o desconforto foi evidente e por mais raro que isso tenha sido em minhas visitas, ficou claro para mim a possibilidade de que tal incômodo cause uma certa quebra na dinâmica da roda.

**CONTEXTUALIZAÇÃO:** Quando a terceira etapa é iniciada, a pessoa escolhida explica com maior riqueza de detalhes a situação incômoda. Neste momento e com a finalidade de compreender melhor o caso, todos podem perguntar ao falante, o objetivo das perguntas deve ser levar a pessoa que fala à reflexão do seu problema e por consequência da sua vida. Mas, existe uma dificuldade com essas perguntas, pois há sempre a possibilidade que tais

indagações tomem um aspecto indesejado, ferindo princípios da terapia e se tornando meios de julgamento, conselhos velados ou fofocas. Novamente, o terapeuta tem que gerir com atenção todo o processo e fazer com que tudo ande conforme a dinâmica proposta pela Terapia. No meu campo, só vi algo desse tipo ocorrer uma única vez apenas, a pergunta em questão foi constrangedora e diante dela, os terapeutas deixaram claro que nenhuma pergunta precisaria ser respondida obrigatoriamente se a pessoa falante não se sentisse à vontade para isso.

**PROBLEMATIZAÇÃO:** Após expor sua situação, a pessoa escolhida fica em silêncio e deixando de lado sua história, o terapeuta cria um mote, uma espécie de pergunta chave que fomenta a reflexão coletiva.

A construção do mote pode ser feita das seguintes maneiras: a primeira se constitui em um questionamento lançado para instigar nos participantes uma reação empática ao fato relatado; a segunda usa de recursos artísticos e lúdicos capazes de promover a mesma reação. Se este último tem como recurso o uso de uma canção, de um verso, de um aforismo, provérbio, poema ou parábola; o primeiro, mais comum na Terapia que acompanhei, se expressa na seguinte pergunta: “ Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para superá-la?”

A partir desse momento, o círculo se abre para a partilha das experiências e nesta partilha surgem histórias dolorosas, experiências que, ao menos no meu campo, se ligavam a uma variedade de campos do mundo da vida, desde o mundo das ocupações até a esfera familiar, passando pelo cotidiano dentro de comunidades religiosas. As histórias carregavam marcas da pobreza e das dificuldades do transtorno, além disso, várias das narrativas poderiam ser divididas em três marcos interessantes sendo estes os seguintes: O período sem o transtorno; o período da manifestação do transtorno e o momento de entrada na Terapia

Comunitária.

Nessa etapa também são compartilhadas mais coisas do que dores e angústias, pois mais do que ato de desabafo pessoal, as narrativas faladas apresentam aos ouvintes a certeza de que todos, e não apenas eles, possuem problemas sérios e trajetórias marcadas por traumas. Além disso, ao expor o que fez para atenuar ou resolver os infortúnios da vida, os participantes exercitam sua autonomia e mostram a si mesmos que são capazes de agir em sua vida em uma caminhada para além de suas angústias.

FINALIZAÇÃO E RITUAIS DE AGREGAÇÃO: Após o término de toda a problematização, se segue o encerramento da sessão. Novamente o papel do terapeuta se salienta, pois é dele a função de concluir a sessão, ressaltando as questões positivas extraídas do que foi dito, escutado e feito.

Quando toma a fala, o ele agradece a presença de todos e elogia seus esforços, suas sensibilidades e a força que todos mostram diante das adversidades da vida. Sua intenção com este recurso é o reconhecimento mútuo do esforço e da vontade em superar as dificuldades que todos na Terapia expressam ter.

Na Terapia que acompanhei, todos se abraçam, formando uma grande roda e começam a se balançar. Na cadência do balanço, com os braços enlaçados em um grande abraço, todos respondem a seguinte pergunta: o que eu aprendi e levo da terapia hoje? Ao meu ver, esta pergunta tem como objetivo a valorização das experiências e a demonstração da capacidade de aprendizado e ensino de cada ator presente, característica bastante afetada no meu contexto de campo.

Após todos falarem o que carregam da sessão, eles cantam em coro uma cantiga e se deixam levar ritmados pelo balanço, permitindo transparecer no corpo o significado da letra

que diz: “ tô balançando na terapia, tô balançando mas não vou cair”. Por fim, todos se despedem com abraços e reiteram o sentimento de apoio e relaxamento que a Terapia deixa em seus corações, partindo para viver as suas vidas até o próximo encontro.

Os procedimentos e etapas até aqui descritas, instrumentalizam na prática aquilo que é objetivo da terapia comunitária, a valorização do cuidado de si através de uma lógica que perpassa o comunitário, ou seja, relações entre pessoas que compartilham um mesmo espaço geográfico, um mesmo *locus* de experiência e um repertório simbólico semelhante. Este novo cuidar, amparado na audição do outro e na coparticipação em um espaço solidário abriria as portas para uma série de aspectos positivos no lidar com situações decorridas do transtorno, seriam eles: a promoção da autonomia individual, o aumento da autoestima individual e coletiva, o desenvolvimento pessoal e a recuperação da confiança, a valorização das redes de relacionamento e consequentemente um combate ao isolamento, estimulação da participação e da comunicação, tudo isso em um contexto de redescoberta de valores e conhecimentos tradicionais.

## 4.2 MERGULHANDO NO CAMPO: TERAPIA DO ENGENHO DO MEIO

Agora que já falei brevemente sobre as características e também sobre um pouco da história da terapia comunitária, bem como comentei com enxertos indiretos do meu campo alguns dos itens já tratados, gostaria de mergulhar em uma descrição do lugar onde ocorrem os encontros e também da história da roda do Engenho do Meio. Posteriormente, descreverei o perfil dos participantes e por fim, trabalharei os dados a luz do meu referencial teórico, no intuito de responder se a Terapia é auxiliadora no enfrentamento de situações de estigma.

### **4.2.1 O bairro do Engenho do Meio**

O bairro do Engenho do Meio faz fronteira com os bairros do Cordeiro, Torrões, Curado, Cidade Universitária e Iputinga, integrando a 4ª Região Político Administrativa do Recife (RPA-4), no lado oeste da cidade. Sua população é de 10.211 habitantes, a maioria mulheres. 51,34% dos moradores são pessoas entre 25 e 59 anos e 47,25 % da população do bairro se considera parda.

Suas origens remontam ao desenvolvimento de um pequeno povoado que surgiu nos arredores de um engenho de açúcar, chamado Engenho do Meio, que ganhou este nome por estar no meio do caminho de mais dois engenhos da região. O engenho pertenceu primeiramente ao holandês Jacob Stachauwer e posteriormente ao herói de guerra português João Fernandes Vieira.

O Engenho do Meio é um bairro bastante agradável, apresenta diversas opções de lazer, como o Espaço Cultural Dominginhos, local de fomentação da cultura popular nordestina, mais especificamente o forró pé de serra. O espaço está ancorado na Associação de Servidores da Sudene, que também serve de base para uma série de iniciativas de lazer, saúde e ensino. Ainda encontramos a Associação Recreativa da Compesa, palco de diversos shows dos gêneros musicais populares na periferia recifense.

O bairro é dotado de uma associação esportiva, uma churrascaria famosa e uma lanchonete que se tornou parada obrigatória da juventude após suas baladas. De um clima que evoca um espírito em extinção nos bairros do Recife, o Engenho do Meio ainda é um bairro vestido de casas e carente de prédios, que só começaram a se apresentar nestes tempos, de maneira notável, mas ainda tímida em comparação com outros lugares.

Naquelas bandas, ainda perdura a beleza das casas e dos seus quintais e o espírito de vizinhança, ao que aparenta, continua bastante vivo. O Engenho do Meio também conta um

mercado público, uma paróquia católica, um posto de saúde, uma associação e várias igrejas evangélicas. Ocupando um lugar central em toda a vida do bairro está o seu centro de lazer público, o parque Arnaldo Assunção, comumente chamado de praça do Engenho do Meio.

Lá, as pessoas conversam e se exercitam na academia da cidade, as crianças brincam, os jovens dançam, jogam bola e alguns fumam maconha, mesmo com a insistente repressão policial. E é dentro do parque que está uma velha e alta mangueira, onde se reúnem em todas as tardes de quinta feira, a roda de Terapia Comunitária.

#### **4.2.2 Breve história da roda de terapia comunitária do Engenho do Meio**

A terapia comunitária no Engenho do Meio começa por iniciativa de um médico, terapeuta comunitário, chamado G., que atendia no posto de saúde do bairro. No decorrer de sua interação dentro da formação em terapeuta comunitário, o médico G. conheceu A., que depois de algum tempo, viria juntamente com ele iniciar as atividades da roda de Terapia Comunitária no Engenho do Meio.

No início, a Terapia dependeu muito de G., pois como médico, frequentemente ele encaminhava seus pacientes para a roda de terapia, além dele, os agentes de saúde do posto ficaram responsáveis pela divulgação do grupo, entretanto, até o final da minha pesquisa, este tipo de divulgação havia parado, muito embora o CAPS, neste período, começara a encaminhar pessoas para o grupo.

Mas, vale ressaltar, que o apoio dos agentes de saúde não era oficial e que muito se deu, de acordo com as informações das entrevistas, ao esforço de G.. Sobre o caso das pessoas encaminhadas pelo CAPS, não posso afirmar como esta instituição ficou sabendo da terapia e

nem descrever como se dá o processo por completo, pois nem mesmo A., uma das terapeutas do Engenho do Meio, sabia, como fica claro nesta sua fala: “Tem quatro pessoas que são encaminhadas pelo CAPs. Inclusive aquele menino, que chegou agora com uma carta de encaminhamento, que pra gente... eu acho muito importante, sabe? Reconhecendo como uma coisa útil que a gente tá fazendo para aquelas pessoas e agora pra eles, eu não sei como isso tá funcionando. Mas eu acredito que seja a mesma coisa, mas não tem ainda uma coisa mais oficial.”

Diante desse panorama, o grupo do Engenho do Meio é composto em sua maioria desde o seu começo por pessoas da comunidade, que de um jeito ou de outro, tiveram contato com o médico G. e resolveram participar dos encontros. Em menor número, há pessoas que vieram e se juntaram ao grupo por amizade ou por conta própria, movidas pela curiosidade.

Nos primeiros encontros, as sessões da Terapia ocorriam na Associação de Moradores, neste tempo, mas poucas pessoas frequentavam-na, posteriormente, a Terapia do Engenho do Meio adotou a Mangueira da praça do bairro e lá, todas às quintas, o grupo começou a se reunir. Atualmente, com seis anos de existência, a roda é composta por quinze pessoas, indo em uma média de dez à doze por encontro.

### **4.2.3 Perfil dos participantes da terapia do Engenho do Meio**

Foram feitas dez entrevistas com o grupo do Engenho do Meio, contudo, nem todos se dispuseram, por infortúnios particulares, a responder os questionários, dos dez, apenas oito responderam as questões, sendo assim, a descrição dos dados que se seguem abaixo se refere só aos oito.

A maioria do grupo e não só daqueles que responderam, é composta de mulheres. Das

oito pessoas que se dispuseram a responder os questionários, apenas um era homem e dos dez entrevistados, este número era de apenas dois participantes.

A maior parte daqueles que responderam os questionários se declararam chefe de suas famílias, os outros se dividiram entre os status de pais, cônjuges, outras filiações parentais e outros. Apenas um participante declarou não morar com a família e sim com amigos.

O grau de instrução mais comum é o ensino médio e apenas dois fogem desta regra, o primeiro apresenta um contato com o ensino superior, mas em sua passagem, o curso foi abandonado; o segundo declarou possuir apenas o ensino fundamental incompleto. Nenhum participante declarou estar inscrito ou matriculado em curso ou instituição de ensino.

Dos oito, a metade afirmou estar desempregada. Três pessoas do grupo se declararam trabalhadores autônomos em pleno exercício, enquanto apenas um afirmou ser aposentado por invalidez. Duas pessoas declararam viver sem nenhuma renda, enquanto outras duas declararam ter uma renda dentro do intervalo de um até três salários mínimos; outras três disseram viver com uma faixa salarial de até um salário mínimo. No entanto, quando perguntados sobre a satisfação com sua situação financeira todos assinalaram insatisfação.

A idade dos participantes varia entre trinta e cinco anos até sessenta e quatro, contudo, metade dos participantes apresentam idades na casa dos cinquenta. Ao descreverem sua saúde, a maioria considerou estar em uma boa forma, levando em conta uma escala que vai de ótimo até ruim. Quando perguntados sobre a satisfação com a qualidade de vida, a maioria se mostrou satisfeita, mas quando questionados sobre a sua disposição, os resultados se dividiram entre a categoria satisfeito e a categoria nem satisfeito, nem insatisfeito.

Quando foi pedido para que avaliassem seu estado emocional, metade dos participantes responderam regular, havendo apenas uma resposta ótimo e outra péssimo. Seguindo o mesmo padrão, ao serem indagados sobre o quanto experimentavam sentimentos

positivos, a maioria respondeu nem muito, nem pouco, enquanto as categorias muito e pouco receberam cada uma duas declarações.

Apesar disso, os participantes apresentaram um quadro de otimismo em relação ao futuro bastante presente, metade das respostas foram alocadas na categoria muito otimista, enquanto três disseram ser mais ou menos otimista, vale destacar, que ninguém assinalou pouco ou nada como resposta. Entretanto, metade do grupo reconheceu se sentir um pouco triste e dois afirmaram ter sentimentos de solidão, enquanto um dos participantes disse se sentir muitíssimo só.

Quando perguntados sobre sua capacidade de relaxar, as respostas foram bem variadas e dividiram-se entre as categorias muito, mais ou menos e pouco. Uma pessoa afirmou nunca conseguir relaxar, enquanto outra disse justamente o contrário, assinalando que se sentia muitíssimo capaz de relaxar.

Os participantes da terapia também se mostraram bastante religiosos, todos afirmaram acreditar em Deus e se declararam como integrante de religiões estruturadas. Dois dos participantes professam como crença o espiritismo, dois se declararam evangélicos e quatro se identificaram como católicos. Todos afirmaram que suas crenças de algum modo auxiliam no enfrentamento dos problemas da vida e também responderam afirmativamente quando perguntados sobre o quando sentiam sua vida fazer sentido.

Em síntese, diante do que foi descrito, um participante da Terapia Comunitária do Engenho do Meio pode ser definido grosseiramente como mulher, pobre, com ensino médio completo, contudo desempregada ou autônoma, chefe de família, com saúde física boa, mas com estado emocional ambíguo e frágil, experimentando sentimentos positivos com pouca frequência. Apesar disso, a esperança e o otimismo em relação ao futuro se apresentam fortemente, mais sem conseguir afastar alguns momentos de tristeza e a tensão do cotidiano. A

religião, por fim, se apresenta como uma âncora importante no enfrentamento do rigor da vida, o que me leva a dizer que a crença em Deus é usada como motivação e força terapêutica também.

### 4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DO DIÁRIO DE CAMPO

A partir de agora, analisarei o que coletei em minhas idas e vindas ao campo e o que registrei através das entrevistas. Como já foi falado no capítulo teórico, meu trabalho se ancora em indicadores, trazidos por Hinshaw (2010), como características favoráveis a superação do estigma; 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 na vida dos seus participantes os aspectos já discutidos.

Seguindo o exposto no meu curto capítulo metodológico, guiarei minha análise segundo o quadro abaixo. Nele há duas colunas que separam o eixo de análise da síntese dos aspectos encontrados nos textos. No primeiro eixo, localizo minhas categorias, construídas pela longa reflexão teórica explicitada no segundo capítulo; no segundo, deixo claro de maneira pontual, os elementos que pude captar a partir das informações coletadas via entrevistas e observação participante.

### Quadro 1

#### Indicadores de superação do estigma

Indicadores Temáticos	Síntese categórica dos aspectos encontrados nos textos
Equalização do status social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceitação</li> <li>2. Desconstrução dos estereótipos,</li> <li>3. Tolerância</li> <li>4. Apoio e Autoestima</li> </ol>
Aproximação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de experiências</li> <li>• Formação de laços</li> <li>• Fortalecimento e restabelecimento de laços</li> </ul>
Colaboração e Participação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associativismo e participação efetiva em entidade coletiva (igreja, clube, associação etc...)</li> </ul>

#### 4.3.1 O estigma na vida dos participantes da terapia comunitária

O estigma é uma realidade bastante presente na vida dos participantes da Terapia Comunitária. A forma pela qual são acometidos por este infortúnio varia de pessoa à pessoa, mas sua existência dificilmente pode ser negada.

O Sr. A. é o exemplo mais claro de como alguém pode passar por essas situações, pois por possuir um transtorno bastante severo, a maneira como se comporta, se movimenta e fala acaba por torná-lo, em termos goffmanianos, uma pessoa desacreditada, incapaz de ocultar suas características negativas. Em decorrência disso, ele por muito tempo encarnou um papel social depreciado, sintetizado através da noção arquetípica do “doido do bairro”.

Mas, não apenas situações como as vividas pelo Sr. A. estão presentes no cotidiano dos participantes da Terapia Comunitária, a Sra. G trouxe em uma das sessões a dor de ser trancada pelo filho e ser chamada de louca em plena rua, seu relato, claramente, trouxe os sinais de uma vida imersa na vergonha e difamação contínua. No caso de Sra. M. , ela foi impedida de saber e participar de resoluções familiares porque seus parentes acharam-na

incapaz, graças aos seus “problemas”.

As circunstâncias vividas pelos três atores apresentam os passos da estigmatização de maneira muito clara, pois todos foram comparados, identificados e desvalorizados (HINSHAW, 2010). A expectativa, criada pela concepção de sanidade mental foi, em uma série de níveis, frustrada, com isso, a relação se tornou violenta, causando nos atores a sensação de angústia e perda de valor (GOFFMAN, 1988). No caso do Sr. A., ainda se pode ver mais claramente que a operacionalização da rotulação seguiu a lógica estigmatizante apresentada por Benoit (2007). Aos olhos da comunidade estigmatizadora, o Sr. A. evocou temor, se comportou de modo estranho e de algum modo quebrou com regulações sociais.

É bastante comum nas entrevistas, nos relatos durante as sessões e também nas conversas fora desses espaços, as queixas de solidão, desligamento de laços, de olhares reprovadores e intolerância familiar. Apesar disso, são poucos os que admitiram explicitamente que enfrentam situações estigmatizantes, inclusive, algumas vezes quando perguntados mais diretamente durante as entrevistas, este tipo de vivência foi negada veementemente, como nestas falas,

- “você me perguntou se alguma pessoa tem preconceito pelo fato de eu estar adoentado, nunca tive graças a Deus, ninguém nunca chegou perto de mim pra dizer nada sobre isso.” ( Sr. M.)
- “Minha família é boa, é ótima, posso dizer. Muito próxima, ajuda . Nessa situação que eu estou, ninguém me deixa distante, sempre estão próximos, sempre me ajudando, me dando opiniões.” ( Sr. S. ao ser perguntado de seu relacionamento com a família)

Mas com o aprofundar das conversas, a tentativa de encobrimento da estigmatização cai por terra. As frases se confrontam e o desenrolar da narrativa acaba por revelar que as situações de estigma estão presentes em seu cotidiano, como fica claro nas seguintes falas:

- “ eu me lembro, porque antes de começar a participar da terapia comunitária aqui na praça, em Engenho do Meio, me lembro que já tinha alguns colegas, no bom sentido da palavra, amigos que se afastaram. Não quiseram ter mais amizade comigo (fala do Sr. M.)”
- Sofro, por isso que eu vim buscar, ver o que é que eu posso fazer depois para mim mesmo. Eu penso em não continuar na casa da minha família, por que eu me sinto pra baixo, me sinto ruim com isso, me sinto mal. [...] Me deixam de lado em muitos assuntos, eu não participo de quase nada, eles acham que eu não sei de nada, então eu fico de lado. Pra mim, eu podia morrer para eles, eu sou um nada para eles e por isso eu me sinto mal, choro, prefiro não estar junto, prefiro sair pra longe, ficar sozinho. ( fala do Sr. S. ao ser perguntado se acredita sofrer algum preconceito por razão de seu transtorno)
- “A sociedade de certa forma acha, que ela é... não vai ser nunca atingida com a doença, não é? Com uma necessidade talvez. No caso da gente não há necessidade, mas quando você percebe os amigos se afastam. Quando você chega nos lugares você percebe como as pessoas olham de forma diferente. ( fala da Sra. Mrt. ao relatar como percebe as situações de estigma vivenciadas pelo marido portador de transtorno psíquico)”

Tais situações apontam para associação negativa entre as pessoas com transtorno psíquico e o esteriótipo do indivíduo inábil e perigoso, incapaz de manter uma convivência normal. Tudo isso acaba por causar um terrível quadro profundo de desconfiança, hostilidade, ansiedade, confusão e degradação social, o que ocasiona terrível sofrimento, como fica claro na fala de Sr. A. :

- “ agente sofre porque vive uma não-aceitação”.

Mas, apesar disso, a Terapia aparenta ser um bolsão de alívio e auxílio para o enfrentamento dessas mazelas, algo que espero demonstrar nas próximas páginas. Por enquanto, fiquemos com o entendimento inicial de que em uma sessão de terapia, os participantes fazem parte de um todo, que integrar as pessoas e permitir a fala e a escuta.

### **4.3.2 Primeira linha do quadro de análise: equalização do status social**

Como já dito antes, o bom contato social é o ingrediente fundamental para o enfrentamento das situações de estigma. O primeiro esforço para o enfrentamento de situações de estigma e possível superação é uma equalização dos status sociais, ou seja, a anulação do entendimento de superioridade, principal combustível para situações de humilhação que determinada pessoa tem sobre outra, o que garantiria ao estigmatizado uma maior autovalorização e uma valorização pelos outros também.

A terapia se demonstra como um espaço dessa busca por uma equalização dos status sociais, em todo momento que participei e também nas entrevistas que foram coletadas, pude perceber o esforço de afastar a ideia de que pessoas com algum transtorno psíquico se resumem apenas ao seu transtorno e portanto são menos humanas, devendo por isso ser tratadas como tal. Para fins didáticos, dividi estes esforços em tópicos, os quais apresentarei a

partir de agora.

ACEITAÇÃO: O primeiro ponto que percebi na terapia comunitária em relação com a preocupação de equalização do status social está em sua própria conduta aberta. Este aspecto já é sinalizado nos seus próprios fundamentos teóricos e nas falas dos terapeutas, que são carregadas de uma ênfase na tolerância a partir de noções antropológicas, freirianas e não muito frequentemente também religiosas, o efeito disso fica bastante claro em alguns relatos dos entrevistados como estes que se seguem:

- Tá aberto aqui pra qualquer pessoa, então a diferença é essa. Da gente saber que qualquer pessoa pode ser acolhida e a gente vê resultados mesmo em cada uma, no rosto daquelas pessoas que aqui passam [...] A terapia é aberta para qualquer pessoa, de todas as idades, todos os níveis sociais. Não importa que você tenha, que você não tenha. Passou, quer sentar? senta e escuta. (fala da Sra. H ao ser perguntada sobre a Terapia e outras formas de tratamento e promoção de saúde mental)
- [...] A terapia é como se fosse uma família. Você tá ali reunido, todo mundo conhece todo mundo [...] a terapia é diferente, você fica mais a vontade. Fica como se estivesse em casa, entendeu? São pessoas de casa. (fala da Sra. Mrt ao ser perguntada sobre a Terapia e outras formas de tratamento e promoção de saúde mental)

Os trechos destacados e seus respectivos contextos permitem demonstrar que dentro do seio da Terapia Comunitária existe um esforço de tolerância exercido entre os seus participantes, o que é bem exemplificado na fala da Sra. H. que ao afirmar a abertura da terapia para qualquer pessoa, demonstra uma disposição para dilatar os seus esquemas mentais pelos quais ela lê o mundo e categoriza pessoas como atores dignos de sua interação ou não (HINSHAW,2010). A consequência deste esforço está expressa na fala da Sra. Mrt., a Terapia é comparada a família e remete a toda uma carga simbólica que a representação da família traz consigo, por intermédio disso, o sentimento de relaxamento é experienciado e uma dinâmica quase familiar se estabelece, assim, a confiança, a proteção, a intimidade e o afeto são emoções experimentadas pelos participantes.

DESCONSTRUÇÃO DE ESTEREÓTIPOS: O segundo ponto no processo de equalização do status social que pude perceber é a desconstrução de estereótipos ligados aos transtornos mentais. Escutei durante minhas idas e vindas ao campo que ir aos psicólogo, ao psiquiatra ou tomar remédio controlado não faz do indivíduo, perigoso, desvalorizado ou “doido”, ao contrário, comportamentos como esses são incentivados e entendidos dentro da roda como comportamentos que qualquer pessoa que passe por um momento difícil deve ter. O cuidado de si, através dos mais diversos recursos é constantemente incentivado e isso não importa se é uma enfermidade física ou um transtorno mental. Além disso, a culpabilização do indivíduo, a partir do entendimento que os problemas mentais são fruto de uma consciência fraca, frutos de pecado ou provindos de uma fragilidade acarretada por fracassos pessoais (HINSHAW,2010) também é combatida no espaço da Terapia. Este aspecto em específico fica bastante claro na maneira como o Sr. A é tratado na Terapia Comunitária, o outrora “doido do bairro” é entendido como pessoa, o que garante que seja ouvido e tratado como qualquer outro dentro do espaço da Roda, que compreende e tenta, da melhor maneira, lidar com suas

limitações. Tudo isso fica bastante claro também na fala da Sra. Mrt, que tem como real motivo para ir a Terapia transtorno de seu marido e a possibilidade de desabafar sobre o assunto, quando perguntada sobre como a Terapia ajudou em seus problemas, ela sintetizou todo o processo comentado assim:

- Ajudou bastante principalmente em relação a Luciano. Eu percebi que isso é um problema comum, todo mundo... qualquer pessoa pode ter e também tive mais facilidade pra ajudá-lo, acompanhá-lo [...]

**TOLERÂNCIA:** Com o exercício de desconstrução dos estereótipos ligados a loucura, pude perceber que os participantes da terapia se tornam mais tolerantes uns com os outros. Novamente, o caso do Sr. A. é emblemático, os seus excessos e falas desconexas são frequentes, mas em nenhum momento o que ele tem a dizer é desconsiderado na roda ou mesmo fora dela. Em boa parte das visitas que fiz, tive a oportunidade de chegar mais cedo e participei de conversas em que o Sr. A. era levado a sério, sendo ouvido e também escutando o que os outros tinham a dizer. As palavras da Sra. H. deixam bastante claro o que todo esforço da Terapia produz nos seus participantes:

- Deixa a gente mais tolerante, deixa a gente com a mente mais aberta. Coisas que antes eram não, a gente pensa quem sabe, talvez, vamos dar uma chance. Então deixa a gente mais aberto para ver que não somos um único, que a gente é um todo. [...]é um exercício que você faz pra lidar com as pessoas e você vive com todo os tipos de pessoas, pessoas melhores, ruins, com problemas e faz com que a gente veja que não é perfeito que cada um tem seu problema.

A tolerância abre espaço para a formação de uma configuração solidária estabelecida da aceitação do outro, por intermédio da humanização de todos, gerando assim empatia. Neste sentido, os participantes da terapia acabaram se entendendo não mais como um “único” circundado de estranhos, mas como um “todo” composto de semelhantes, algo que é indicativo da dissolução da dicotomia “Nós vs Eles”. Assim, este “todo” é resultado de um engajamento concreto dessas pessoas, onde cada um em diálogo com o grupo entende- como a música e a dança de encerramento das sessões insiste em lembrar- que todos balançam, ou seja, tem fraquezas, ignorâncias, defeitos, incompletudes e limites. Mas, para que isso ocorresse foi preciso a construção de uma “mente mais aberta” capaz de raciocinar, diante de situações que desafiassem seus modelos de interpretação da realidade que se “vive com todo o tipo de pessoas” e que ninguém é perfeito.

**APOIO E AUTOESTIMA:** Com a aceitação e a tolerância se tem uma configuração solidária que liga os indivíduos participantes, formando em cada um a sensação que fazem parte de algo maior, a roda de Terapia. Por intermédio desta sensação, do processo de identificação de uns com os outros, se gera um ambiente que funciona tendo por combustíveis os sentidos coletivos que giram sempre em torno da concepção de partilha, frutificando em um meio efetivo para a obtenção de apoio as dificuldades da vida e os infortúnios trazidos pelos transtornos, como fica claro na seguintes falas:

- frequente a terapia com o intuito de desabafar os meus problemas, que todo mundo tem e junto com as pessoas interagindo vou tentando solucionar meus problemas e os problemas delas também, porque a gente tem que dividir (Sra. Mrt.)

- Foi onde eu encontrei apoio...onde as pessoas que estavam ali, ao meu redor, me apoiaram bastante e...foi vindo aos poucos e quando eu vi, vi realmente que o grupo da terapia trazia aquela coisa... de pessoas de amizade, de nos ajudar, né? (Sra. J. ao ser perguntada o motivo pelo qual frequenta a terapia)
- [...] faz com que possa apoiar um ao outro, a amizade que nós temos, uma pessoa com a outra no grupo, né? Acho muito importante , faz com que a pessoa possa refletir sobre determinados assuntos que faz com que a pessoa possa ficar mais entusiasmada, mais empolgada e mais feliz. (Sr. M. ao ser perguntado como a terapia tem ajudado com seus problemas)
- Eu frequento a terapia como um modo de se entrosar com outras pessoas e compartilhar a terapia que é uma maneira que a gente tem de desenvolver um conhecimento...Como se diz? Participar e compartilhar também ( Sra H.)
- [...] Eu me sinto bem, eu aprendo muito e também passo adiante meus conhecimentos ( Sra. N. ao falar o motivo pelo qual frequenta a terapia)
- Eu frequento porque eu gosto muito de participar, da participação do grupo, né? Porque é um grupo que se reúne para debater um assunto ou outro, fico bastante feliz [...] ( Sr. M. ao ser perguntado o motivo de participar do grupo)

O apoio trazido acaba por fomentar e se desdobrar em uma série de outras consequências, como aponta as últimas falas acima. Ao se aceitarem e se tolerarem, os participantes da terapia se abrem para mais do que a partilha dos infortúnios, vivem o entusiasmo, a a empolgação de estabelecer novamente interações, que mesmo partindo dos transtornos e da angústia trazida por eles, vão além da dor e abarcam a partilha e desenvolvimento de conhecimentos cotidianos, gerando a felicidade de simplesmente

participar de um grupo, de se entrosar, o que acaba, por consequência, desenvolvendo a individualidade e autoestima dos participantes, demonstrando a máxima simmeliana de que apenas em relação ao sentimento de outros o indivíduo tem sentido.

### **4.3.3 Segunda linha do quadro de análise: aproximação**

Além do esforço da terapia comunitária em quebrar o processo de desvalorização e identificação dos seus participantes com suas características negativas, pude perceber também que 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.

Vale ressaltar, que todos esses aspectos aqui comentados e descritos não puderam ser percebidos em uma ordem sucessiva, pois eles, ao meu ver, são interdependentes e se inter cruzam nas etapas da própria terapia, ocorrendo de uma maneira intrincada e simultânea. Assim, como no caso que denominei de “equalização do status social”, dividirei, para fins didáticos, o que chamo de “aproximação”, em tópicos, os quais apresentarei neste momento.

**PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS:** As interações que uma pessoa estigmatizada participa por muitas vezes são problemáticas, a vigilância é constante, o que pode vir a causar conflitos de papéis e um quadro de ansiedade mútua entre os participantes da interação ( HINSHAW, 2010), o que a torna angustiada ( GOFFMAN, 1988) para ambos os lados. Vergonha, constrangimento e violência se fazem frequentes e a partilha de experiências acaba se resumindo a momentos de grande dor e sofrimento.

O espaço da Terapia comunitária tenta resgatar a qualidade desta partilha, através da

transformação desta interação angustiosa e cheia de ansiedade em algo mais relaxado, primeiramente a partir das dinâmicas iniciais, do entendimento de que todos que estão ali são iguais, buscando a mesma coisa, ou seja, ajuda para suas vidas. Por fim o esforço ocorre por intermédio das etapas de escolha do tema, contextualização e problematização .

A consequência da partilha de experiências é o entendimento de que os sofrimentos trazido pelo transtorno, pelas situações de estigma e pelos infortúnios da vida não são males vívidos solitariamente, mas experiências que outros também acabam por passar. Neste sentido, uma espécie de troca de dores se implementa dentro da Roda o que gera o entendimento do próprio problema também.

Esta troca de dores sintetiza dois pontos importantes no estabelecimento da promoção da resiliência, os relacionamentos positivos e um ambiente social saudável (HINSHAW, 2010), o que acaba por desencadear “bons resultados em face de condições que poderiam normalmente predizer consequências problemáticas” (HINSHAW, 2010, p. 172). 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 falas abaixo:

- Através da conversa, a gente vê, que não é só a gente que tá passando aquele momento, tem outras pessoas ao nosso redor passando por situações muito piores do que a nossa, isso já nos traz algum... né? Consolo [...] E é quando a gente vê que na terapia a gente realmente consegue apoio das pessoas, dos que realmente participam ali com a gente. ( fala da Sra. J.)
- 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. (fala do Sr. M.)

FORMAÇÃO DE LAÇOS: Pessoas que possuem algum transtorno psíquico enfrentam problemas na formação de novos laços tanto por causa de sua carreira de “adoecimento”, quanto também por causa do possível descrédito que possam sofrer na descoberta da característica desfavorável que carregam. O fato é que “ Durante interações sociais existe grande preocupação com um potencial vazamento de sua história e possivelmente o medo de que o comportamento desviante pode emergir.” ( HINSHAW, 2010, p. 147), por este motivo, existe uma série de estratégias de manipulação identitária que tentam, ao custo do suporte social, preservar a autoestima, entretanto, elas requerem grande esforço mental, o que pode fazer com que tais atos de supressão saiam pela culatra, desencadeando experiências diversas, onde a vergonha, o isolamento e raiva se mesclam.

A Terapia é um bolsão diante dessa realidade, pois propicia a construção de novos vínculos saudáveis. Todos os participantes acabaram por instrumentalizar um capital social vinculado a possibilidade de auxílio, suporte e também lazer que encontraram uns nos outros, o sentimento de apoio mútuo e pertença acabam por reverberar em sua confiança e bem estar, pois o espaço da Roda transporta ao seus participantes a sensação de que pessoas amam sua presença, sua companhia, de que pessoas se importam com eles, como fica claro nos trechos:

- [...] Ai eu gosto da praça porque tem as pessoas, a gente conversa, a gente ouve, a gente se inter-relaciona[...] A praça é o oásis do internamento. A pessoa ali tá se endireitando, se tratando de maneira recreativa, no bom sentido, porque de qualquer maneira se brinca, se diz uma coisa, outra, engraçada. A pessoa participa. Eu ia achar horrível se acabasse a praça [...] Ia ser horrível para mim, porque eu sou uma pessoa que não tem esse movimento, não tenho um grupo social. Aliás nunca tive. Nunca tive

um grupo social e nunca tive colega [...] Só tenho umas amizades aqui, pouquinha.

( fala da Sra. N. ao falar da Terapia e sua experiência como participante)

- Tem, com certeza, principalmente as pessoas que tão arrodando o grupo, [...] eu acho que a partir do momento que eu tô lá participando e tem pessoas que gostam de mim e que eu gosto delas é importante. ( fala do Sr. M. ao ser perguntado se a Terapia ajuda na formação de novos laços).
- 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. ( Sra. C.)

Ao ser reconhecida como um espaço de grupo social, onde se cria um vínculo de conversa entre pessoas que realmente se gostam, a Terapia Comunitária, a luz da fala de seus participantes, nos é tecida como um local de vivificação de sociabilidades, autoestima e afeto.

As relações lá construídas acabam por transcender o espaço terapêutico, invadindo a vida comunitária e o cotidiano dos seus participantes, como ficou claro na fala da Sra. C. e nas conversas que pude testemunhar no decorrer das minhas idas e vindas ao campo. Festas de aniversário, almoços e acompanhamentos para marcação de consultas e cursos foram algumas das coisas combinadas em minha frente, tanto dentro, quanto fora do espaço da roda.

Apesar disso, nenhum laço entre os participantes foi citado como importante e nenhum participante foi citado quando um deles foi perguntado sobre com quem poderia contar em questões como cuidados de saúde no geral, segredos, finanças ou outros assuntos como conversas sobre crianças, política, religião e trabalho, o que, ao menos ao meu ver, aponta

para uma limitação de intensidade dos laços criados no contexto da terapia.

FORTALECIMENTO DE LAÇOS E RESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS: A carreira de portador de transtorno mental esfacela a sociabilidade, Goffman (1988) afirma que mesmo que a convivência aparentemente continue como antes, ela acabará por trazer danos e sofrimento ao estigmatizado de algum modo, pois o “fantasma” de sua identidade não maculada assombrará as novas interações.

Eu pude perceber em minha monografia, denominada *O Estigma e as Redes de Sociabilidade Primária: um breve olhar nas interações nos círculos da loucura*, apresentada nos congressos da Sociedade Brasileira de Sociologia e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (NASCIMENTO, 2013), que a lógica da estigmatização exposta por Benoit (2007) é mais presente entre aqueles que tiveram oportunidade de comparar as duas identidades do estigmatizado, o que indiretamente é comprovado por Fontes (2010) ao concluir que pessoas com transtorno se sentem mais confortáveis em situações impessoais, ou seja, interações que dificilmente sua marca será descoberta ou sua trajetória revelada.

Hinshaw ainda fala que a ansiedade e o fenômeno da profecia auto-realizável podem gerar por parte do estigmatizado uma série de atos que inviabilizam uma interação saudável, a tensão de sempre estar vigilante pode vir a tornar o portador de transtorno psíquico violento em palavras e gestos, o que aumenta sua predileção pelo isolamento, tudo isso porque “essa ansiedade vai se relacionar com o potencial de descoberta pelo parceiro de interação da condição desvalorizada e do medo da rejeição” (HINSHAW, 2010, p. 35).

Contudo, ao trabalhar a autoestima e promover a sociabilidade, a terapia comunitária abriu espaço para que seus participantes tomassem outra postura para com a insegurança de enfrentar a rejeição por parte dos outros. Esta nova postura está calcada na reconstrução da própria história, através do exercício de participação nos espaços antes entendidos como

suscetíveis a violência da estigmatização. Há o abandono pelos participantes da Terapia da chamada sensibilidade à rejeição, que nada mais é do que “ a tendência de antecipar a mágoa e a rejeição quando interagem com outros” (HINSHAW, 2010, p.36), o que garantiria que também os laços antigos fossem buscados e reestabelecidos.

Entretanto, preciso ressaltar que este aspecto ainda é muito pontual. Enquanto a maioria afirmou ter feitos novos amigos com a participação na Terapia, apenas dois entrevistados afirmaram que o restabelecimento de laços e seus fortalecimentos se tornaram algo presente, dentre as falas, apenas uma foi dita por aquele que está em exercício de aproximação, a outra foi falada pela esposa de um dos atores.

- Estou mais participativo, conversando mais, tou rindo mais, até na minha família tou mais junto. Que quando eles tavam juntos eu tava separado. Eles me chamavam pra participar e eu ia dormir, eu ficava distante, eu ia pra rua, procurar fazer besteira. (fala do Sr. S)
- O próprio L. ele procura chegar, ele procura correr atrás. Ele sente o que ele perdeu, entendeu? E ai a gente percebe que ele tá correndo atrás daquilo e no caso assim, agente acha muito bom, né? (fala da Sra. Mrt)

#### **4.3.4 Terceira linha do quadro de análise: colaboração e participação**

Hinshaw (2010) afirma que a cooperação na resolução de problemas é um ótimo recurso para o enfrentamento de situações de estigma, pois permitiria a redução da percepção de ameaça e também poderia possibilitar a expansão de quem constituiria o que ele chama de grupo interno, ou seja, o “Nós” do esquema “Nós vs Eles”.

A própria Terapia é um exemplo disso, como ficou bastante claro para mim quando analisei a entrevista da Sra. Mrt. que só veio entender a situação de L. através da roda, onde ela e pessoas com transtorno psíquico compartilharam de um mesmo objetivo: aliviar a angústia.

Entretanto, tenho ciência que isto ainda é muito pouco. Dentro do espaço da Terapia, o convívio entre pessoas com algum transtorno e pessoas sem transtorno é pouquíssimo e ao menos neste eixo temático a Terapia acaba por não apresentar situações efetivamente mais substanciais. A localização em um espaço público, como o da praça, pouco ajuda no crescimento da roda, enquanto fiz minha pesquisa, só vi alguém se aproximar de lá uma única vez, tal pessoa caminhava na praça e por curiosidade se informou sobre a razão daquela reunião, em um dia que se sentiu angustiada, procurou o grupo da Terapia.

Contudo, a Terapia ajudou alguns dos seus participantes a cultivarem uma cultura cívica ( PUTNAM apud FONTES, 2011, p. 143). O Sr. S. e o Sr. L., participaram de práticas associativas e manifestações políticas. O capital social destes atores não foi restringido ao uso em suas necessidades da vida privada, mas também atingiu a esfera pública, muito embora toda a origem dos recursos sejam suas as redes egocentradas (FONTES, 2011).

Ambos os participantes, depois que começaram a participar da terapia, se envolveram mais com a política do bairro, se tornaram personagens presentes nas discussões do posto de saúde e

da associação de moradores da comunidade. Além disso, O Sr. S. tomou conhecimento e se filiou, através de seu relacionamento com pessoas da igreja a qual pertence, a uma ONG evangélica que atende pessoas carentes no sertão de Pernambuco e o Sr. L. se tornou terapeuta, trabalhando atualmente no grupo que acompanhei.

De todos os entrevistados e dos participantes que convivi nas rodas de terapia, estes dois atores foram os que mais demonstraram avanços na reconstrução de laços, autonomia, fortalecimento de laços e participação nas atividades comunitárias. Mas, um outro caso que merece ser citado aqui é o do Sr. A., que apesar de todas as suas limitações e de por muito tempo encarnar estereótipo de “doido do bairro” conseguiu se inserir no mundo das atividades, através de um trabalho informal em um armazém do bairro, algo que só vim descobrir já no fim do meu campo. Através da Terapia, estas pessoas participaram de atividades e conversas que enfatizaram seus atributos positivos e permitiram a reeducação de sua subjetividade confinada ao papel de pessoa com transtorno mental, houve o (re)encontro com um “Eu” protagonista da vida, como nos deixa claro a fala da Sra. Mrt sobre L:

- Acho que a terapia me ajudou a trazê-lo de volta ao mundo

Mas, excetuando-se esse casos, os outros participantes da Terapia ainda são pouco participativos em relação a sua comunidade, a maioria predominante das suas interações ocorrem nos espaços familiares e tem como principais protagonistas os seus cuidadores, para além dessas, só o encontro semanal com os outros integrantes da Terapia.

Consequentemente os laços que transbordam dos espaços familiares e da roda ainda são bastante tímidos e/ou quase inexistentes, a caminhada solitária da vida e a apatia de intervir sobre os seus espaços de existência ainda são elementos muito presentes no cotidiano dos participantes, como coloca uma das terapeutas:

- [...] do pessoal na comunidade é uma coisa que a gente cobra muito assim, deles também de reivindicarem as coisas. são amigos e isso, com certeza, a gente conseguiu. Mas eles ficam cada um vivendo sua vida, né?

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do meu trabalho foi analisar relações estabelecidas entre pessoas acometidas por algum transtorno psíquico, a partir de sua participação em um espaço terapêutico particular chamado Terapia Comunitária, uma tecnologia de promoção de saúde mental, consonante com os paradigmas reformatórios da atenção à saúde mental vigentes, e, em sua própria definição, promotora de competências individuais, através do envolvimento coletivo, pautado na conversa e escuta não hierarquizada, voltada para o indivíduo e não para a doença.

Minha intenção com o que foi até aqui trabalhado foi chegar a uma conclusão satisfatória sobre como estas relações permitiriam aos atores envolvidos fortalecer seus antigos laços afetivos, ao mesmo tempo que os possibilitaria a criação de novos laços. Pois, em meu entendimento, os laços de sociabilidade apresentariam, quando carregados de características positivas, o ingrediente necessário para o enfrentamento dos infortúnios que acompanham os problemas mentais, em especial, para este trabalho, as situações de estigma.

Para a concretização da minha ambição acadêmica, elenquei todas as características que acreditei serem relevantes para uma definição ampla, substancial e coerente com meu trabalho sobre o estigma, tomando como partes importantes dos processos estigmatizadores o entendimento do estigma e da loucura como um desvio social e de suas relações com as mais diversas características das redes sociais, em especial aquelas que tinham aspectos positivos.

Chamando a atenção para as redes sociais como um ingrediente importante para processos de enfrentamento dos infortúnios trazidos pelos problemas mentais, tomei três dimensões do que Hinshaw (2010) chama de um programa para superação do estigma, sendo

elas: a equalização do status social, a aproximação e a colaboração e participação, todas as dimensões envolvendo o nível microssociológico de análise. Munido delas, refleti sobre as relações mantidas dentro e a partir da Terapia Comunitária. Tendo isso em vista, nos próximos parágrafos apontarei as minhas conclusões.

O primeiro ponto que posso afirmar sobre as relações dos participantes da terapia comunitária é que, assim como nos fala a teoria, o bom contato acaba por propiciar aos indivíduos com algum transtorno psíquico uma melhora de sua condição. Dentro desta tecnologia isso ocorre através de três dimensões interdependentes, à saber um (1) esforço para a humanização, que é ligado por uma (2) ponte de afetos, fomentados através das (3) experiências cotidianas relatadas dentro das dinâmicas específicas da Terapia.

Essa tríade estaria, em minha leitura, nas bases das categorias temáticas que apresentei em meu capítulo de análise e portanto se apresentariam como pré-requisitos para aquelas. Em outras palavras, sem um exercício de humanização não há possibilidade de equalização de status; sem uma ponte de afetos não existe aproximações relevantes e sem os relatos de experiências cotidianas não existem o cooperativismo, o associativismo e a participação, elementos que são fundamentais para o enfrentamento das situações estigmatizantes e os outros infortúnios trazidos pelos transtornos mentais.

Partindo disso, posso afirmar que a Terapia Comunitária se mostrou eficiente em relação a equalização social, pois esta tecnologia de promoção de saúde operou o esforço da humanização de seus participantes através de um processo de aceitação, culminante de uma ênfase na tolerância. Exercido de maneira recíproca, os participantes tanto subjetivamente, quanto objetivamente, apresentaram a noção de que nenhum deles deveria carregar o rótulo de sub-humano.

A decorrência disso foi um alargamento de sua disposição no lidar com visões de

mundo divergentes daquelas mantidas pelos participantes, existiu uma preocupação em se colocar no lugar do outro, de compreender o outro e seus infortúnios, o que acabou por gerar uma roda de apoio. O desenvolvimento deste processo não poderia ser outro, através desta configuração solidária, pautada na partilha da dor, o aumento da autoestima e do bem-estar foram registrados nas entrevistas, bem como a (re)construção do “Eu” a partir do “Ele”.

Sobre o segundo ponto, ficou bastante claro para mim que a Terapia Comunitária é eficaz na aproximação das pessoas, ou seja, na construção de pontes de afeto. O primeiro passo ocorre com a conversão de uma interação potencialmente angustiante e cheia de ansiedade para uma interação relaxada e cordial. Com a atenuação da ansiedade, se gera a oportunidade da partilha de experiências cotidianas, imersas em grande carga emocional.

Esta partilha traz uma espécie de sentimento intersubjetivo positivo, uma “força” para o enfrentamento dos problemas com base no que é apreendido e aprendido dentro da roda. A ocorrência disso se dá porque dentro do espaço terapêutico, os participantes se tornam alunos e professores da vida, ensinando uns aos outros suas “receitas” de sobrevivência, o que acaba por gerar uma sensação de bem-estar e satisfação.

A aproximação operada dentro do espaço da Terapia ainda permite a formação de novos laços. Neste aspecto, a partilha de experiências e sua carga emocional envolvida são cruciais, pois é através delas que os participantes identificam afinidades e cruzam seus universos cotidianos. No cruzamento das diversas linhas que formam este tecido há a instrumentalização de um capital social, operacionalizado através dos mecanismos de afetuosidade criados dentro do espaço terapêutico, que abarca as múltiplas esferas de convivência.

Ainda no quesito da aproximação e das pontes de afeto, a autoestima, bem como o salto qualitativo em relação a construção ou a experimentação de novas redes de sociabilidade

não são os únicos elementos presentes. Uma potencial consequência da participação é a reconstrução ou fortalecimento de laços perdidos ou ameaçados por causa dos problemas trazidos pelo transtorno psíquico.

Isso só é possível porque esta tecnologia opera em seus participantes, segundo a lógica da partilha das experiências, da tolerância, da desconstrução de esteriótipos, do apoio e da autoestima, uma disposição reflexiva para a reconstrução da própria história. Entre os participantes, ocorre uma espécie de tentativa de construção de uma nova carreira. Uma carreira para além daquela de pessoa portadora de transtorno mental. Esta nova identidade é montada a partir das interações internas do espaço terapêutico, mas também através do exercício de participação nos espaços antes entendidos como suscetíveis a violência da estigmatização.

Mas apesar de todos os avanços que encontrei em minha análise, os dois eixos temáticos falados até aqui, a saber a equalização do status e a aproximação, apresentam limites e falhas. Como já falei no capítulo de análise, houve situações, que presenciei a ocorrência de falas estigmatizantes dentro do espaço da Terapia em relação ao transtorno do Sr. A., assim como pude testemunhar que diante de certas questões, principalmente aquelas ligadas ao gênero e sexualidade, o choque entre posicionamentos instaurou o germe para o nascimento de um conflito.

Por mais que, diante desses casos, não se possa chegar a conclusões substanciais, se pode inferir que mesmo dentro de um espaço dito libertário, a vontade de domesticar o outro e sua pluralidade permanecem. Ainda que pessoas se encontrem e participem de uma tecnologia terapêutica fomentadora de humanização isso não é o bastante para erradicar os processos de segregação que ainda povoam as visões de mundo dos indivíduos. A crítica da rotulação de alguém como sub-humano, desviante ou doente mental nunca será plena se depender de uma

única iniciativa, pois se faz necessário a desconstrução de uma representação que permeia a intersubjetividade das pessoas nos mais diversos âmbitos da realidade vívida em vigília.

Outra limitação que pude perceber é a falta de intensidade dos laços construídos no ambiente da Terapia, apesar de todos se considerarem amigos e alguns manterem atividades fora do espaço terapêutico, muitas das interações ocorrem apenas dentro da roda, com hora e dia marcados. Vale ressaltar também, que nenhuma das relações de amizade construídas na Terapia foram consideradas pelos entrevistados como relevantes o bastante para tratar de alguns assuntos do cotidiano, os quais seriam indicadores de uma amizade mais profunda. Por mais que seja um tempo e um espaço considerado precioso por quem dele faz uso, tal constatação acaba por reverberar em uma simples pergunta, impossível de ser respondida no presente: Será que estes encontros, relações, interações contínuas permaneceriam com o atual vigor mesmo com uma dissolução da roda?

No que toca ao terceiro ponto, pude perceber que a terapia é de fato um espaço que tem condições de gerar um quadro de cooperação e associativismo comunitário em seus participantes. A terapia transforma seus atores a partir das experiências que eles compartilham e permite que eles se vejam como agentes em suas comunidades nas mais variadas esferas, tornando a atividade e formação de laços sociais mais plurais e não apenas compostas por relações familiares e intragrupos, mas por interações que abarcam outros espaços do mundo da vida, nos quais o protagonismo de uma vida para além dos transtornos é exercido.

Os espaços ocupados pelos atores que demonstraram este tipo de comportamento indicam que a reflexão instigada pela terapia comunitária se sobressai ao espaço da roda, o entendimento do outro, a busca por um fortalecimento emocional através da partilha, bem como a luta por um salto qualitativo nas relações que inundam o cotidiano são levados para várias esferas da vida . Os atores ao se envolverem com outras atividades acabam por buscar

aquelas que mais facilmente apresentam oportunidades de serviço, doação e cuidado, como aquelas executadas por ONGS, associações e igrejas.

Mesmo ciente de que não posso responsabilizar a terapia como único fator de interesse da busca por atividades que envolvam estes três aspectos é interessante notar como os participantes davam por se envolver nelas depois de sua experiência com esta tecnologia de cuidado em particular. Sendo assim, não é possível negar que a existência da terapia em suas vidas produziu uma sensibilidade que parte de seu contexto biográfico, mas que se expande para além, se fundamentando principalmente em um aspecto de intervenção positiva, na qual o papel de pessoa com transtorno psíquico é pouquíssimo evocado.

Mas, particularmente em meu campo, este tipo de comportamento foi uma exceção, a maioria dos participantes não apresentou este ímpeto, nem conseguiu expandir suas relações para além daquelas mais próximas e daquelas fomentadas no contexto da Terapia Comunitária. Infelizmente, muitos são os fatores que podem ter contribuído para a falha da maior parte do grupo em relação ao último ponto da minha análise, trajetórias pessoais, filiação religiosa, gênero, configuração familiar entre outros, mas o fato é que nos ditames da minha análise fica difícil afirmar algo substancial sobre o assunto.

Todos os participantes escutam as mesmas palavras na Terapia, participam das mesmas coisas e inclusive detêm um discurso bastante semelhante sobre a importância da amizade, do apoio e do “viver a vida”, mas aparentemente sua participação neste espaço não avançou como poderia ter avançado, como ficou claro na fala que trouxe de um dos terapeutas da Roda. Este resultado acabou me surpreendendo, pois contraria alguns dos ditos sobre a terapia, que inclusive deixei registrado no decorrer do trabalho.

Sendo assim, acredito que a palavra que frequentemente utilizei para descrever a terapia comunitária se aplique muito bem para o que ela é na vida da maioria dos meus

entrevistados, a Terapia Comunitária é um grande bolsão, ou seja, um lugar onde eles relaxam, um refúgio onde podem recuperar suas forças, rirem, trocarem suas dores e cultivarem uma sociabilidade saudável, sem contudo, expandirem de maneira intensa e mais frequente a maioria destes laços. Quando o sol se põe e a tarde da quinta abandona a praça do Engenho do Meio, os participantes da Terapia se vão, tentando (sobre) viver as suas vidas da melhor maneira possível, até que na próxima semana, mais um encontro se repita.

No entanto, na vida de dois participantes ela se tornou uma espécie de porta. A Terapia foi o começo da construção de uma nova maneira de se perceber, de perceber o cotidiano e o lugar que ocupavam nele. Para além de um lugar de recuperação de forças, a roda foi a entrada para uma trajetória social diferente daquela até então experimentada.

Dito isso, posso concluir o meu trabalho com uma síntese de minha interpretação analítica, mas friso novamente que o dito até aqui não tem pretensões de ser a palavra final no assunto, apenas mais uma maneira de contribuir para o enriquecimento do entendimento científico deste fenômeno social, assim, se segue meus últimos parágrafos.

A Terapia Comunitária é uma tecnologia de promoção de saúde que desenvolve, segundo um modelo terapêutico não hierarquizado e fundamentado em processos de fala e escuta, a humanização de seus participantes através da ressignificação intersubjetiva de suas identidades e de suas carreiras como portadores de algum transtorno psíquico. Ela propicia a atenuação da auto-rotulação e a diminuição dos sentimentos negativos trazidos pelo estigma, como a vergonha, além de aumentar o bem-estar e a motivação de seus participantes. A Terapia Comunitária, portanto, permite aos seus participantes a reinserção em seus sentidos biográficos da noção de que são humanos no sentido integral da palavra.

A Terapia também se mostrou como um local de fomento de apoio e exercício da tolerância. Seus participantes, até então desconhecidos uns dos outros, criam laços afetivos

fundamentados no ato da partilha de suas dores e das suas experiências do cotidiano, o que acaba criando uma rede empática e solidária capaz de alargar suas visões de mundo e promover o cuidado de si, a partir do contato com o outro. A terapia também foi responsável pela criação de uma frágil rede de sociabilidade nova, as pessoas que compõem a roda acabam por construir uma história de amizade, aniversários, presentes, “conversas jogadas fora”, festejos e situações diversas de lazer que são vividas entre eles, principalmente dentro do contexto dos encontros. Neste sentido, a Terapia se apresenta também como um local de exercício da vida social, o que se perdeu pelos infortúnios do transtorno e do estigma, aqui de uma certa maneira é recuperado. A quase mortificada vida dos participantes é irrigada e floresce naqueles encontros as quintas a tarde.

A Terapia Comunitária, de maneira mais limitada no meu campo, permite ao participante o fortalecimento e a recuperação de laços sociais antigos, ocorrência decorrente da nova postura dos participantes. A autoestima, a recuperação de sua “humanidade” e a própria partilha de experiências fazem com que os participantes “voltem ao mundo” em uma tentativa de recuperar as antigas relações e superar as interações estigmatizantes. Nestes casos em específico, fica mais claro a contribuição da terapia no aumento da resiliência dos participantes, o que permite, conseqüentemente, que as situações violentas nos espaços íntimos sejam mais facilmente enfrentadas.

A Terapia é considerada uma tecnologia geradora de competências. Se entendermos isso como o cuidado de si e a propiciação de um ambiente de aprendizado e vivificação da vida, através da formação de novos laços, podemos considerar a declaração uma verdade. Contudo, se por competências entendemos também a promoção de um comportamento mais ativo na comunidade, que acabe por afastar ainda mais o estigma de pessoa com problemas mentais e trazer uma série de outros papéis sociais para a pessoa em questão, ao menos no

meu campo, isso não é uma verdade para a maioria das pessoas. A terapia, ao invés de uma geradora de competências, funcionaria muito mais como uma âncora, um lugar onde as pessoas se refugiam e se fortalecem.

Portanto, 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 uma 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.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. Reforma Psiquiátrica e os Desafios para Desinstitucionalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, Paulo Duarte. 30 Anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira:: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Ufpe, 2010. p. 113-136.

AMARANTE, Paulo Duarte. REFORMA PSIQUIÁTRICA: CUIDAR SIM. Disponível em: <[http://www.ccms.saude.gov.br/memoria da loucura/Mostra/cuidar1.html](http://www.ccms.saude.gov.br/memoria_da_loucura/Mostra/cuidar1.html)>. Acesso em: 15 fev. 2014.

ARRUDA, Amália Gonçalves. Saúde Mental na Comunidade:A terapia comunitária como dispositivo de cuidado. 2010. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/amalia\\_goncalves.pdf](http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/amalia_goncalves.pdf)> Acesso em: 28/12/13

BARRETO, Adalberto de Paula. As Dores da Alma dos Excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária, In: GRANDESSO Marilene; BARRETO, Miriam Rivalta (Org.). **TERAPIA COMUNITÁRIA**: tecendo redes para a transformação social. Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

BATISTA, Micheline. Hermenêutica Filosófica e o Debate Gadamer-Habermas. **Crítica e Sociedade**: revista de cultura política. v.2, n.1 jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/criticassociedade/article/view/15000>> Acesso em: 28/12/13

BASAGLIA, Franco. As Instituições de Violência in: **Textos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Editora Garamond. Rio de Janeiro, 2005.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2008.

BERGER, Peter L., LUCKMAN, Thomas. **A Construção Social da Realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Editora Vozes: Petrópolis, 1967.

BENOIST, Jean. Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, 2007. Disponível em : < [http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist\\_jean/logique\\_stigmatisation/logique\\_stigmatisation.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/logique_stigmatisation/logique_stigmatisation.html)>. Acesso em : 25/10/13

BOGADO, Anna Patrícia Chagas. Terapia Comunitária, 2010. Disponível em : < [http://dc120.4shared.com/doc/kxvrcCK\\_/preview.html](http://dc120.4shared.com/doc/kxvrcCK_/preview.html)>. Acesso em: 25/10/13

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI, Ingrid Faria Nascimento. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, São Paulo, v. 21, n. 49, p.263-271, maio/ agosto 2011

BRETON, David Le. **A Sociologia do Corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

CAMARGO, Amilton. Tempo de Falar e Tempo de Escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico. 2005. Disponível em: < <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/01-discertacoes/pdf/dissertacaoamiltoncamargo.pdf>> Aceso em: 25/11/13

CAREGNATO, Rita Calatina Aquino ; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa : Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. **Texto contexto - enferm.** 2006, vol.15, n.4, pp. 679-684. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em : 29/12/13

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1975.

EATON, William W. **The Sociology of Mental Disorders**. Westport, CT, Praeger Publishers, 2001

FONTANA, Andrea; FREY, James H.. The interview:: from strutured questions to Negotiated Text. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **Collecting and Anaying Empirical Materials**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2012. p. 61-101.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. Redes Sociais e Enfrentamento do Sofrimento Psíquico:: sobre como as pessoas reconstroem suas vidas. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Ufpe, 2010. p. 355-388 .

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes sociais e Poder Local**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2012

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes, Práticas Associativas e Poder Local**. Curitiba: Editora Appris, 2011

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, Aug. 2004

FUKUI, Lia et al. Terapia Comunitária. Uma forma de atuação no espaço público. in: Terapia Comunitária no Brasil: **Anais do II Congresso Brasileiro**, Maio, 2004 Disponível em: <[http://www.uff.br/coletiva1/TERAPIA\\_COMUNITARIA\\_EM\\_PDF.pdf](http://www.uff.br/coletiva1/TERAPIA_COMUNITARIA_EM_PDF.pdf)> . acesso em: 25/10/12

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia** : saberes necessários a prática educativa. 25. ed. São Paulo : Paz & Terra, 2002

GIBSON, Roger Carl et al. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica. **Panam Salud Publica**, Washington, v. 1, n. 23, p.1-9, jan. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000100004>>. Acesso em: 13 set. 2014.

GOFFMAN, Erving, **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 4ª ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

GRANDESSO, Marilene. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas, In: GRANDESSO Marilene; BARRETO, Miriam Rivalta (Org.). **TERAPIA COMUNITÁRIA**: tecendo redes para a transformação social. Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. Repercussões da Terapia Comunitária no Cotidiano de Seus Participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 404 – 414, 2006. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm)>. acesso em: 25/10/12

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**. Nº 5, 1995, p. 7- 41

HINSHAW, Stephen P. **MARK OF SHAME**, The Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change. Oxford: OXFORD USA PROFESSIO, 2009

LAZARTE, Rolando, Sociologia e Terapia Comunitária Integrativa, Jan. 2012. Disponível em: <[http://www.mismecdf.org/novosite/artigodomes/01-2012-Sociologia\\_e\\_Terapia\\_Comunitaria\\_Integrativa.pdf](http://www.mismecdf.org/novosite/artigodomes/01-2012-Sociologia_e_Terapia_Comunitaria_Integrativa.pdf)>. acesso em: 25/10/13

MACHADO, Roberto. **A Danação da Norma**. Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil . Editora Graal. Rio de Janeiro, 1978.

MAK, Winnie W.S. *et al.* Meta-analysis of stigma and mental health. **Social Science & Medicine**. Nº 65 , p. 245–261. Abril de 2007.

MARANHÃO, Ana Carolina Kalume; GARROSSINE, Daniela Favaro. A Epistemologia da Comunicação em Gregory Bateson: Diálogos com o campo comunicacional. 2011. Disponível em < <http://confibercom.org/anais2011/pdf/69.pdf>> Acesso em: 25/11/2014

MARTINEZ, João Flávio. Os Estigmas de Cristo, fato ou Mitologia Religiosa?, 2015. Disponível em: <<http://www.icp.com.br/55materia3.asp>> Acesso em: 25/11/2014

MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico, 2008. Disponível em: <[http://www.nucleoedecidadania.org/nucleo/extra/2009\\_09\\_04\\_11\\_14\\_09\\_as\\_redes\\_sociais\\_martins1.pdf](http://www.nucleoedecidadania.org/nucleo/extra/2009_09_04_11_14_09_as_redes_sociais_martins1.pdf)> Acesso em: 25/10/13.

MELLO, Gianfrancesco. Meu Bairro... Moro aqui. Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/fccr/agenda/index\\_eventos.php?AgendaEdicaoAno=2013&AgendaEdicaoNumero=211&TiposEventosCodigo=33](http://www.recife.pe.gov.br/fccr/agenda/index_eventos.php?AgendaEdicaoAno=2013&AgendaEdicaoNumero=211&TiposEventosCodigo=33)>. Acesso em: 11/08/ 2014.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999

NASCIMENTO, Álvaro Botelho . O estigma e as redes de sociabilidade primária: um breve olhar nas interações dos círculos de loucura.. In: **65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 2013**, Recife. Resumos de Comunicações Livres, 2013.

NUNES, Mônica & TORRENTÉ, Maurice. Estigmas e Violências no Trato com a Loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**. Editora UFBA. Bahia, 2009.

PERRUSI, Artur. A lógica Asilar Acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). Desinstitucionalização, **Redes Sociais e Saúde Mental**: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Ufpe, 2010. p. 355-388 .

PESCOSOLIDO, Bernice A. *et al.* Rethinking Theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). **Social Science & Medicine**. Nº 67 , p. 431-440. Abril de 2008.

PRADO, Isabelle; BASTOS, Laércio. A Importância de Harold Dwight Lasswell nos Estudos de Comunicação. 2009. Disponível em: <[http://cartografiasdacomunicacao.wdfiles.com/local--files/artigos/Harold Dwight Lasswell](http://cartografiasdacomunicacao.wdfiles.com/local--files/artigos/Harold_Dwight_Lasswell)>. Acesso em: 23 dez. 2013.

Prefeitura do Recife. A Cidade: Engenho do Meio. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa-4/engenho-do-meio/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p.276-283, abr./jun. 2007.

RANCI, Constanzo. Relações Difíceis : A interação entre pesquisadores e atores sociais. In : Melucci Alberto. **Por Uma Sociologia Reflexiva** : pesquisa qualitativa e cultura. 1 ed. Petrópolis : Vozes, 2005.

SANTOS, Ada Nícia Nogueira Diógenes. Antropologia Cultural: base epistemológica da Terapia Comunitária, In: GRANDESSO Marilene; BARRETO, Miriam Rivalta (Org.). **TERAPIA COMUNITÁRIA**: tecendo redes para a transformação social. Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

SCHWANDT, Thomas A. Três Posturas Epistemológicas para a Investigação Qualitativa. Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In : DENZIN, Norman K. LINCOLN, Yvonna. **O planejamento da Pesquisa Qualitativa**: Teorias e abordagens. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

SCHEFF, Thomas J. **Being Mentally Ill**. Chicago: ALDINE Publishing Company, 1984.

SORDI, Anne Orgler; MANFRO, Gisele Gus; HAUCK, Simone. O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, São Paulo, v. 2, n. 13, p.115-132, 2011.

SILVA, Adriano José; HETTI, Patrícia. Formação do homem em Paulo Freire- Diálogos com a Pedagogia da autonomia. 2014. Disponível em: <[http://www.cefetsp.br/edu/eso/culturainformacao/formacao\\_homem\\_freire.pdf](http://www.cefetsp.br/edu/eso/culturainformacao/formacao_homem_freire.pdf)>. Acesso: 01/02/2015

SILVA, Cristiane Rocha. et al. O Uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta Para a Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método. Organ. rurais agroind., Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em: <<http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/viewArticle/210>> Acesso em : 28/12/13.

SOUSA, Janara Kalline Leal Lopes de; VARÃO, Rafiza. Harold Lasswell: as contribuições do “paladino” do saber comunicacional. 2006. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R1393-1.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

STUBER, Jennifer *et al.* Introduction Stigma, Prejudice, Discrimination and Health **Social Science & Medicine**. Nº 67 , p. 351-357. Abril de 2008.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11/12/13

VALE, Cláudia Câmara. Teoria Geral do Sistema Histórico e Correlações com a Geografia e com o Estudo da Paisagem. Entre-Lugar, Dourado- MS, Nº 6. 2º Semestre, 2012.

YANG, Hsin Laurence *et al.* Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**. Nº 64 , p. 1524–1535. Dezembro 2006.

## ANEXO A- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PARTICIPANTES DA TERAPIA COMUNITÁRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

### Questionário Participantes da Roda de Terapia

<b>Entrevistador:</b>	<b>Data:</b>	<b>Duração:</b>
<b>Nome do Entrevistado:</b>		

A. Com o grupo de pessoas que fazem terapia.

1. sobre a terapia

- porque você frequenta a terapia
- como você tomou conhecimento deste grupo
- como a terapia ajuda para conviver melhor com o teu problema
- comparar as diversas experiências de procedimentos de saúde com aquelas experimentadas na terapia (quais são as vantagens da terapia em comparação com outros procedimentos)

2. Itinerário terapêutico

Que tipo de ajuda você já teve:

Você busca ajuda em outros locais, hoje, além da terapia.

Para aqueles do CAPS, o que tem de diferente entre a terapia e o CAPS

3. Sobre a história do adoecimento

Conte um pouco da história da sua vida, centrada especialmente no adoecimento.

Como você se sente hoje, quais são as dificuldades mais importantes (relacionadas com o transtorno)

O que você acha que provocou o teu problema.

Medicalização. Que medicamentos faz uso. Se faz uso, além dos psicofármacos, outro tipo de medicamentos (ervas, banhos, chás, etc). Quem receita

Sobre a medicalização (vantagens e desvantagens do uso de psicofármacos).

4. Representações da saúde

O que é loucura

O que causa o transtorno

5. Sociabilidades

- Se a terapia tem ajudado na formação de novas amizades
- Se a terapia proporciona o reestabelecimento de vínculos perdidos
- Falar sobre a importância da família
- Sobre amigos
- Se trabalha, a relação com os colegas, e as dificuldades decorrentes do adoecimento

- Como era a relação familiar antes do transtorno?
- O que mudou na rotina familiar?
- Comparando as relações entre os membros da família antes do transtorno e agora, houve mudanças? Houve mudanças na rotina familiar?
- Se aconteceu alguma mudança nos padrões de sociabilidade do portador de transtorno mental em relação a: trabalho, vida social (saída para festas, encontro com amigos), vida afetiva
- A rotina do portador de transtorno é como antes? É como a dos outros membros da família?
- Se o entrevistado participa de algum grupo de apoio ou grupos na comunidade que auxiliem nos cuidados
- Como é a convivência do portador de transtorno com os familiares? E com pessoas de fora da família (vizinhos, colegas de trabalho, membros da igreja)?
- Como outras pessoas tratam o portador de transtorno? Como elas demonstram enxergá-lo?
- Enfrenta algum tipo de preconceito? Se sim, é apenas direcionado ao portador de transtorno ou à família também?

## ANEXO B- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS TÉCNICOS DA TERAPIA COMUNITÁRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

### Questionário Técnicos da Roda de Terapia

<b>Entrevistador:</b>	<b>Data:</b>	<b>Duração:</b>
<b>Nome do Entrevistado:</b>		

#### 1. Trajetória profissional

O que levou você a ser terapeuta

Como foi a tua formação

Como você tomou conhecimento da terapia comunitária

Falar sobre a carreira

#### 2. Representações da loucura

O que significa a loucura

O que causa a loucura

Falar sobre medicalização

#### 3. Sobre as qualidades da técnica de terapia comunitária

Comparativamente, quais são as vantagens da terapia comunitária.

Como trabalhar em um modelo de prática complementar de cuidado (a terapia e as práticas oficiais)

Quais são as dificuldades da terapia

Que indicadores de melhora ou de cura são os mais frequentes.

#### 5. medicalização

Sobre psicofármacos

Sobre medicamentos fito-terapêuticos e outros “alternativos”

#### 4. o trabalho do SUS (E.S.F.)

Se há relação entre a prática da terapia e a comunidade.

A integração do SUS com a comunidade (o acompanhamento dos ACS relativamente as pessoas da comunidade com transtorno; o encaminhamento destas pessoas para a TC); a relação do terapeuta com o cotidiano da promoção de saúde mental na comunidade.

## ANEXO C- QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
NÚCLEO DE REDES SOCIAIS E PODER

### Questionário Participantes da Roda de Terapia

<b>Entrevistador:</b>	<b>Data:</b>	<b>Duração:</b>
<b>Nome do Entrevistado:</b>		

00	Número do questionário
1	Onde mora: (a) no bairro; (b) em outro bairro do Recife
2	Grupo que participa 1) Engenho do Meio; 2) Coqueiral
3	É atendido no PSF (se foi encaminhado a terapia a partir do PSF): (a) sim (b) não
<b>1. Dados Sócio-Econômicos do entrevistado</b>	
4	Sexo: 1) Masculino; 2) Feminino.
5	Idade (em anos completos)
6	Situação Conjugal: 1) Solteiro; 2) Casado; 3) Vivendo maritalmente; 4) Separado; 5) Divorciado; 6) Viúvo
7	Número de uniões que teve:
8	Com quem reside atualmente? 1) Sozinho; 2) Família; 3); Amigos; 4 Outros:
9	Se residir com a família, indicar status familiar: 1) Chefe; 2) Cônjuge; 3) Filho(a) ou enteado(a); 4) Genro ou nora; 5) Pai ou mãe; 6) Sogro (a); 7) Avô ou neto(a); 8) Outro parentesco; 9) Agregados
10	Nº de pessoas que reside no seu domicílio:
11	Nível Educacional: 1) Analfabeto; 2) Alfabetização; 3) I grau incompleto/Fundamental; 4) I grau completo/Fundamental; 5) II grau incompleto/Ensino Médio; 6) II grau completo/Ensino Médio; 7) III grau incompleto/Superior; 8) III grau completo/Superior; 9) Pós-graduação incompleto; 10) Pós-graduação completo.
12	Estuda: 1) Sim; 2) Não (concluiu ou abandonou) 3) Nunca estudou
13	Ocupação: 1) Empregado assalariado; 2) Autônomo / conta própria; 3) Profissional liberal; 4) Empregador / empresário; 5) Desempregado; 6) Estudante; 7) Estudante Estagiário com remuneração; 8) Aposentado por tempo de trabalho; 9) Aposentado por invalidez; 10) Dona de casa. <b>Obs: Nos casos de código 1, 2, 3 e 4, especificar atividade ou ramo da atividade:</b>
14	Tem renda própria? 1) Não; 2) Salário; 3) Renda informal; 4) Ajuda de familiares e amigos;
15	5) Aposentadoria; 6); Outros benefícios; 7); Pensão (conjugal, pais); 8) Outro:
15	Qual sua renda média mensal?
16	Qual a sua Religião? (1) Sem religião; (2) Espírita; (3) Católico praticante; (4) Católico não praticante; (5) Protestante; (6) Evangélico; (7) Afro-Brasileira; (8) Outro:
<b>2. Saúde, qualidade de vida e satisfação pessoal</b>	
Preencha a primeira coluna de acordo com o número correspondente à resposta para as perguntas abaixo, tomando como referência as <b>últimas quatro semanas</b> : (1) Ótimo; (2) Bom; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssimo.	
17	Como descreveria sua saúde física?

18	Como descreveria seu estado emocional?
----	--

<b>O quanto</b> você tem sentido algumas coisas descritas abaixo nas <b>últimas quatro semanas?</b> (1) MUITÍSSIMO; (2) Muito; (3) Mais ou menos; (4) Pouco; (5) Não, nada ou nenhuma.	
19	Você tem dores físicas?
20	Fica cansado facilmente?
21	Tem dificuldades para dormir?
22	O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?
23	Quão otimista você se sente em relação ao futuro?
24	O quanto você experimenta sentimento de tristeza ou depressão?
25	Se sente incomodado (a) por alguma dificuldade na vida sexual?
26	O quanto você se preocupa com sua segurança?
27	O quanto você se preocupa com dinheiro?
28	Quão sozinho (a) se sente em sua vida?
29	Quanto você é capaz de relaxar e curtir a vida?
30	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
31	Em que medida sua religião ou crenças pessoais lhe dão forças para enfrentar a vida?
Qual o seu grau de satisfação a respeito de vários aspectos de sua vida indicados abaixo, nas <b>últimas quatro semanas?</b> 1) Muito satisfeito; 2) satisfeito; 3) nem satisfeito, nem insatisfeito, 4) insatisfeito; 5) muito insatisfeito.	
32	Com a qualidade de sua vida em geral?
33	Com a sua saúde física?
34	Com a energia (disposição) que você tem?
35	Com o seu sono?
36	Com sua capacidade de tomar decisões?
37	Com a aparência de seu corpo?
38	Com sua capacidade de desempenhar as atividades cotidianas?
39	Com sua vida sexual?
40	Com a sua segurança física (agressão, assalto, acidente)?
41	Com as condições do local onde mora?
42	Com sua situação financeira?
43	Com o seu acesso aos serviços de saúde?
44	Com as suas oportunidades de aprender novas habilidades?
45	Com a maneira de usar o seu tempo livre?
46	Com a quantidade de amigos que tem?
47	Com seu relacionamento com a família em geral?
48	Com seu relacionamento com as pessoas com quem mora? (se não mora com a família)
49	Com o relacionamento com seus vizinhos?
50	Com o apoio que você recebe de sua família?
51	Com o apoio que você recebe de seus amigos?
52	Com sua capacidade de dar apoio aos outros?

O que espera obter como resultado de da sua participação na Terapia Comunitária? Por favor indique até 3 objetivos:		
53	Objetivo 1:	
54	Objetivo 2:	
55	Objetivo 3:	
Em que medida você acha que já atingiu estes objetivos? 1) Nada; 2) Muito pouco; 3) Parcialmente; 4) Muito; 5) Totalmente.		
56	Objetivo 1	
57	Objetivo 2	
58	Objetivo 3	
59	Você está tomando medicação psiquiátrica no momento? 1) Sim, 2) Não (se não toma, pular para a questão 98)	
60	Que medicação toma?	
61	Há quanto tempo toma? 1) Menos de 1 mês; 2) Entre 1 mês e até 3 meses; 3) Entre 3 meses e até 6 meses; 4) Entre 6 meses e até 1 ano; 5) Mais de 1 ano.	
62	Sabe para que serve a medicação que toma? 1) Não; 2) Sim (Se respondeu sim, especifique):	
63	Ao tomar o medicamento, segue todas as orientações médicas? 1) Sempre; 2) Muito frequentemente; 3) Às vezes; 4) Muito irregular; 5) Nunca	
64	Você sente melhoras como resultado do uso do medicamento? 1) Não; 2) Sim (Se respondeu sim, especifique as melhoras percebidas):	
65	Quando toma medicação psiquiátrica, você sente algum efeito colateral que atrapalha suas atividades cotidianas? 1) MUITÍSSIMO; 2) Muito; 3) Mais ou menos; 4) Pouco; 5) Não (Pular para a questão ).	
66	Acerca dos efeitos das medicações, assinale qual o que mais lhe incomoda: 1) Braços e pernas mais pesadas e rígidas; 2) Raciocínio lento (desatenção, desconcentração, esquecimento); 3) Confusão, desorientação e sonolência; 4) Impaciência e irritabilidade; 5) Vergonha por ficar babando na frente dos outros; 6) Insegurança e medo de falhar ou provocar acidentes; 7) Outro (especifique):	
67	Como você se sente em tomar medicação psiquiátrica? 1) Muito satisfeito; 2) Satisfeito; 3) Nem satisfeito, nem insatisfeito, 4) Insatisfeito; 5) Muito insatisfeito.	
68	Qual seu grau de satisfação com o resultado do trabalho do CAPS com relação à sua saúde mental? 1) Muito satisfeito; 2) Satisfeito; 3) Nem satisfeito, nem insatisfeito, 4) Insatisfeito; 5) Muito insatisfeito. Por que?	
69	Considerando todos os aspectos da sua vida, você se acha uma pessoa ? 1) muito infeliz; 2) um pouco infeliz; 3) nem feliz, nem infeliz; 4) feliz; 5) muito feliz.	



Pessoas indicadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1. Menos de 18 anos									
2. 18 a 24 anos									
3. 25 a 34 anos									
4. 35 a 44 anos									
5. 45 a 60 anos									
6. Mais de 60 anos									

131

137. Você se sente igualmente próximo a todas as pessoas citadas?

Sim  1

Não  2

138. Se não se sente igualmente próximo(a) a todas as pessoas citadas, qual a que você é mais próximo(a)? (indique o número de ordem da pessoa)

Pessoas indicadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1. Menos de 18 anos									
2. 18 a 24 anos									
3. 25 a 34 anos									
4. 35 a 44 anos									
5. 45 a 60 anos									
6. Mais de 60 anos									

140. Vamos agora saber um pouco mais sobre estas pessoas. Preencha a matriz abaixo indicada com o número equivalente das respostas indicadas abaixo:

- (a) Sexo
- (b) Idade

(c) Qual a frequência dos encontros com a(s) pessoa(s) que você indica como mais próxima?

Pessoas indicadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1. Diariamente									
2. Semanalmente									
3. Mensalmente									
4. Não sabe precisar									

(d) Há quanto tempo você conhece essas pessoas?

Pessoas indicadas	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9
1. Menos de um ano									
2. Entre um a cinco anos									
3. Mais de cinco anos									
4. Não sabe precisar									

(e) Indique dentre os assuntos abaixo qual ou quais você costuma conversar com as pessoas que você aponta como próximas (pode-se indicar mais de um assunto por pessoa)

Pessoas indicadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1. Trabalho									
2. Casamento									
3. Sexo									
4. Parentes									
5. Crianças									
6. Religião									
7. Lazer									
8. Saúde e doenças									
9. Política									
10. Assuntos da comunidade									

(f) Quais são os locais onde você se encontra mais freqüentemente com essas pessoas? (múltipla escolha)

Pessoas indicadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1. Na minha casa									
1. Na casa delas									
2. No trabalho									
3. No bar, campo de futebol, praça ou outro espaço de lazer									
4. Na Igreja									
5. Na Associação de moradores									
6. No CAPS									
6. Outro local (especifique) _____									

(g) No caso dos problemas abaixo, você recorreria a qual dessas pessoas para solicitar ajuda ou

apoio:

Pessoas indicadas	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9
1. Problema financeiro									
2. Problemas de saúde									
3. Problemas emocionais									
4. Confissões pessoais									

(h) Em relação a sua saúde, com quem você conta para:

Pessoas indicadas	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9
1. Lhe acompanhar, caso necessário a uma consulta médica									
2. Lhe ajudar quando está doente (higiene, administração de remédios, etc)									
3. ajuda em questões domésticas, quando precisar (cuidar da casa, fazer a comida)									
4. conselhos sobre como enfrentar a doença									

(i) Sobre o seu problema de saúde mental, com quem você conta para:

Pessoas indicadas	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9
1. Em situação de crise									
2. conversar sobre seu problema									
3. ajuda no tratamento									
4. conselhos e apoio									

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, de acordo com os termos da resolução de nº 196 de 10 de Novembro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, aceito participar do estudo de título “Tecendo Redes, suportando o sofrimento psíquico: os círculos sociais da loucura” promovido pelo NUCEM (Núcleo de Estudos sobre Cidadania, Exclusão e Estratégias de Mudança) ligado à Pós-Graduação de Sociologia da UFPE.

Atesto para os devidos fins e a quem interessar possa de que fui plena e devidamente informado pelo pesquisador acerca dos detalhes deste estudo que será utilizado como tema para a produção de trabalhos no campo da saúde mental e sociologia e cuja justificativa consiste no reconhecimento de realidades locais sobre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a formação de suas redes sociais a partir das Rodas de Terapia Comunitária De acordo com o objetivo do estudo, confirmo minha permissão para que seja submetido a entrevista do examinador. Declaro ter conhecimento de que o estudo não oferece risco a minha saúde e que todos os dados referentes a minha entrevista será mantido em absoluto segredo, sendo de conhecimento apenas meu e dos coordenadores do grupo de pesquisa.

Tais dados serão utilizados tão somente para o estudo citado acima, jamais para nenhuma outra finalidade. Afirmo que fui esclarecido de que possuo o direito de desistir a qualquer momento da participação deste estudo, sem sofrer qualquer prejuízo a minha pessoa. Afirmo finalmente que me foi colocado à disposição o telefone e o endereço do centro responsável pela pesquisa para que, a qualquer momento, pudesse ser respondida qualquer dúvida a respeito deste estudo ou dos dados coletados em minhas entrevistas. Receberei, portanto, como comprovação deste compromisso, a segunda via deste documento, enquanto que a primeira via permanecerá em arquivo específico do centro

responsável pela pesquisa.

Assinatura do Pesquisado/Responsável:

Assinatura do Entrevistador:

---

1ª Testemunha

---

2ª Testemunha

---

NUCEM – Núcleo de Estudos em Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança.

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas,

12º Andar, Departamento de Ciências Sociais, Sala 1209,

CEP – 50670-901

Fone: (81) 2126-8284 Fax: (81)2126-8285

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

**ANEXO D- DOCUMENTOS DO COMITÊ DE ÉTICA****SERVICO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº 052/2010 - CEP/CCS

Recife, 18 de março de 2010

Registro do SISNEP FR - 314126

CAAE – 0022.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 024/10

Título: Tecendo redes, suportando o sofrimento psíquico: os círculos sociais da loucura.

Pesquisador Responsável: Breno Augusto Souto Maior Fontes

Senhor(a) Pesquisador(a):

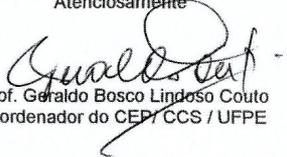
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 18 de março de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

  
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao  
Professor Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes  
Dept.º de Ciências Sociais- CFCH/UFPE



Prefeitura do Recife  
Secretaria de Saúde  
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde  
Gerência de Formação e Educação na Saúde  
Gerência Operacional de Educação Permanente

CI CIRC nº. 014 / 2012 - GOEP/GFES/DGGTES/SS

Recife, 27 de Março de 2012.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que o pesquisador do curso de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE , **Breno Augusto Souto Maior Fontes**, está **autorizado** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título: **“Tecendo Redes, suportando o sofrimento psíquico: Os círculos sociais da Loucura”**.

Solicitamos agendamento com os pesquisadores para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,

**Cristiana Almeida**  
Gerente Operacional de Educação Permanente  
Cristiana Almeida  
Gerente Op. de Educação Permanente  
GOEP/GFES/DGGTES/SS - Mat. nº 89.618-1

Ilmo (a). Sr (a).  
**Roseli Nascimento**  
Diretora do Distrito Sanitário IV