

A terapia comunitária enquanto instrumento para a construção de práticas de cuidado: uma abordagem a partir das redes sociais

Community therapy as a tool for building care practices:
an approach from social network

Breno Augusto Souto Maior Fontes¹
brenofontes@gmail.com

Resumo

Este artigo tem por objetivo apresentar algumas práticas de cuidado de pessoas com transtorno mental. Estas práticas estão ancoradas em apoio social desenvolvido durante a escuta e discussão de fatores estressantes (a maior parte deles resultante de ausência adequadas condições de vida) que contribuem para o enfrentamento do estado de adoecimento. A partir de observação direta de sessões de Terapia Comunitária nos bairros de Engenho do Meio e Brasilit em Recife, Pernambuco, tive a oportunidade de examinar como estas práticas alavancam o apoio social entre os participantes, promovendo desta forma importantes formas de resiliência que ajudam a mitigar os danos do sofrimento psíquico. A metodologia utilizada apoia-se na utilização de métodos qualitativos, com observação direta, entrevistas semiestruturadas e, ainda, a construção de indicadores de redes sociocentradas das pessoas participantes da roda de terapia.

Palavras-chave: Apoio Social; Transtorno Mental; Terapia Comunitária; Redes Sociais;

Abstract

This article aims to present some practices for people with mental health problems. These practices are anchored in social support developed through the hearing and discussing the stress factors (mainly resulting from the lack of adequate social condition of life) that contribute to recover from these mental disorders. During the direct observation of the so-called Communitarian Therapy in the Neighborhoods of Engenho do Meio and Brasilit in Recife, Federal State of Pernambuco I had the opportunity to examine how these practices trigger social support between the participants, promoting thus important forms of resilience to cope with suffering. The methodology used employs qualitative methods, with direct observation, semi-structured interviews and also the construction of indicators of socio-centered networks of people participating in the Communitarian Therapy activities.

Key words: Social Support; Mental health disorder; Communitarian Therapy; Social Network.

¹ Professor Titular do Departamento de Sociologia da UFPE. Vice-líder do Grupo de Pesquisa sobre Cidadania. Líder do grupo Redes, Sociabilidades e Poder.

"... entrara na casa do Zé e não percebera... Este não é apenas um refrão com que se iniciam as terapias comunitárias. É a metáfora que nos assegura de que participamos de uma nova forma de se trabalhar o sofrimento em comunidade ao mesmo tempo em que nos tratamos ao dela tratarmos"²

Introdução

O que se segue tem por objetivo apresentar algumas reflexões sobre práticas de cuidado para pessoas com transtorno mental que têm por instrumento principal a construção do apoio social através da escuta. Pessoas que se reúnem e, animadas por um moderador, expõem seus problemas, suas angústias, compartilham o sofrimento. Pessoas pobres que buscam o alívio de seu sofrimento no ombro amigo, daquele que, também com problemas, escuta, pensa junto, busca caminhos para enfrentar a dura jornada da vida. Temos por objetivo, a partir de dados de pesquisa empírica levantados em duas comunidades de baixa renda da cidade do Recife, buscar nas falas dos participantes daquelas rodas de terapia algumas respostas sobre o enfrentamento do sofrimento, da busca do cuidado através do apoio e das sociabilidades cotidianas.

Este artigo é o resultado de uma longa pesquisa de campo, iniciada ainda como estudo exploratório em Fortaleza e Recife, com a primeira aproximação da Terapia Comunitária. Depois, procedemos a uma intensa investigação em comunidades da cidade do Recife, com duração de cerca de 10 meses. Neste processo, realizamos entrevistas semiestruturadas com participantes das rodas de terapia (animadores e participantes em geral); aplicamos questionários com os participantes das rodas, com utilização da metodologia da Análise de Redes Sociais, com o objetivo de reconstruir os sociogramas e as práticas de sociabilidades das pessoas envolvidas; finalmente, acompanhamos as reuniões das rodas de terapia – que aconteciam semanalmente – por todo o período da pesquisa de campo. Utilizo, por conseguinte métodos de análise mistos, com importante destaque na análise do discurso dos participantes, mas também a partir da observação direta, dos diversos índices de sociabilidades que foram construídos a partir da participação nas rodas de terapia: expressões corporais, interações entre os participantes, os processos de inserção destas pessoas em seus territórios, com diversos acontecimentos vivenciados durante as tardes compartilhadas durante o período da pesquisa de campo³.

Primeira aproximação: a dinâmica de uma roda de terapia

O primeiro contato com a técnica de terapia comunitária aconteceu quando de um almoço na casa do Padre Rino, no bair-

ro de Bom Jardim, Fortaleza⁴. Lá tomei conhecimento de que havia algo diferente do que conhecia nas experiências de pesquisa acadêmica em comunidades de baixa renda. Tendo trabalhado em diversos locais, vivenciei a imensa capacidade de organização popular, em seus diversos aspectos: lúdico-recreativos, de assistência, de ajuda mútua, de luta política. Também experienciei várias práticas visando a produzir bens e serviços para a comunidade, com maior ou menor participação de seus moradores: horta comunitária, escola comunitária, farmácia popular (a partir de remédios caseiros e uso de ervas), padaria comunitária... Mas ainda não tinha presenciado a prática da terapia comunitária. É verdade que se trata de um movimento já relativamente consolidado, e a experiência ultrapassou há muito as fronteiras de Fortaleza, a casa de quatro varas do Prof. Adalberto Barreto. Mas para mim era algo inédito, novo, e o sabor típico da curiosidade, naquele almoço na casa do Padre Rino prenunciava experiências ainda muito fortes. Nesta casa se encontra a Sede do Movimento de Saúde Comunitária de Bom Jardim. Sentado à mesa, antes do almoço, ia o Padre Rino me explicando das atividades da associação, das práticas de terapia comunitária que ele, enquanto religioso e também psiquiatra, introduziu. Durante o almoço, entre uma conversa e outra, o Padre Rino explica com detalhes o trabalho que desenvolve na comunidade de Bom Jardim. Já tendo ciência da minha pesquisa, o Padre Rino direciona a sua conversa para as atividades do movimento comunitário direcionadas para alívio do sofrimento psíquico. Sou apresentado então à prática da terapia comunitária.

O bairro de Bom Jardim localiza-se na periferia de Fortaleza, tem cerca de quarenta mil habitantes⁵; como em todos os bairros de periferias de grandes cidades brasileiras, é habitado por populações carentes: baixos rendimentos, ocupando moradias com condições inadequadas, localizadas em ruas não pavimentadas, sem sistema de drenagem, coleta de lixo deficiente, enfim, sem as facilidades da vida urbana que são oferecidas na cidade visível, aquela dos turistas, dos cartões postais, dos moradores mais privilegiados. Como também acontece nestas áreas, a dura vida resulta em populações vivendo em situações diversas de risco: crianças e adolescentes sem estrutura familiar adequada e vivenciando muitas vezes situações de violência, abuso em seu ambiente doméstico; desemprego e alcoolismo dos pais; situação de carência e de fragilidade que me são bastante conhecidos. Mas há também a fragilidade resultante da dureza da vida que reverbera no equilíbrio psíquico: incertezas quanto ao futuro, da distante perspectiva da felicidade, derrotas e frustrações vividas repetidas vezes.

A técnica da terapia comunitária pode ser descrita, brevemente, como um compartilhar do sofrimento, da escuta das

² Maria Rita Seixas, Entrar na casa de Zé, um testemunho e um convite, extraído de www.aptf.org.br Acesso dez 2010.

³ Algumas reflexões metodológicas são desenvolvidas ao longo do texto.

⁴ Em 2010, por ocasião da pesquisa "a Reforma Psiquiátrica no Brasil: o papel das redes sociais e os desafios nas novas práticas de cuidados", financiada pelo CNPq e aprovada pelo comitê de pesquisa da UFPE.

⁵ Conforme o último censo demográfico do IBGE, 2010.

vivências do outro, da ajuda e encontro de um ombro amigo. É fundamentalmente uma experiência de compaixão, de se compadecer do sofrimento do outro, ao mesmo tempo em que ampliando a sua experiência para o enfrentamento de seus próprios problemas. Foi-me apresentado um livreto *Terapia comunitária: cantos, dinâmicas e poesias* (2007), um instrumento auxiliar nas sessões de terapia comunitária. No dizer do Padre Rino, na apresentação do livro, "o canto, a poesia e a sabedoria popular serão estímulos para gerar a vontade de mudança, lembrando a importância de cuidar de si, oferecendo um espaço de revitalização da esperança que inclusive muitos militantes dos movimentos sociais também precisam". A publicação serve de instrumento auxiliar na condução das sessões de terapia comunitária, dirigidas por terapeutas treinados⁶, muitos deles participantes do movimento popular e moradores da comunidade. Canções populares, parábolas, poesias conduzem à reflexão de diversas situações de sofrimento psíquico (os motes, como por exemplo, abandono, depressão, medo, solidão...).

Neste mesmo dia tive a oportunidade de acompanhar uma sessão⁷. O espaço se localiza nos fundos do CAPS V de Bom Jardim⁸: uma palhoça circular, ampla e ventilada, com espaço para acomodar comodamente cerca de 50 pessoas. O público é variado: pessoas adultas, adolescentes, pessoas idosas. Não é possível – a partir das falas dos que participam mais ativamente – ter mais informações sobre quem são estas pessoas. É, entretanto, visível o fato de que alguns estão mais confortáveis, indicando que são frequentadores assíduos, e outros tímida e retraidamente observam, talvez em uma primeira aproximação. Há um fluxo de pessoas que entram e saem, indicando uma relativa flexibilidade na condução do processo. A sessão dura aproximadamente duas horas.

A sessão é conduzida por duas pessoas, uma delas organizando as falas, e a outra conduzindo as canções⁹. A sessão é

iniciada¹⁰. Há o momento das falas, entrecortadas por músicas, mas ainda com o silêncio dos que ouvem, dos que simplesmente cantam e compartilham a emoção daquele que expressa o seu sofrimento. Várias falas¹¹:

- a) Uma pessoa do sexo feminino, de meia Idade que expressa o medo pelo que lhe pode acontecer com o seu adoecimento; que sofre com o preconceito das pessoas;
- b) Outra mulher, também de meia idade, visivelmente emocionada, fala de seu sofrimento, da sua angústia, do seu corpo adoecido (artrose). A mediadora consola, e diz que ela pode chorar sem vergonha. Segue-se uma música ("encosta tua cabecinha no meu ombro e chora... e conta logo tuas mágoas todas para mim...")
- c) Mais outra pessoa, também do sexo feminino: depressão, insônia, está na lista de espera do CAPS e participa dos grupos da Igreja;
- d) Uma senhora, reclamando de perturbação na cabeça, pensamentos ruins; ouve vozes e tem visões; quer remédios; o animador, que acompanha a terapeuta inicia uma música ("tristeza, por favor, vá embora...")
- e) Mais uma mulher, desta vez uma pessoa jovem. Depressão, vontade de chorar, sem razão para viver. Sentimentos negativos que a perseguem. Outra musica ("Viver e não ter a vergonha de ser feliz...e a vida, é bonita, é bonita e é bonita...")

Seguem-se ainda outros relatos, até que o terapeuta pede ao grupo que escolha um caso, a ser discutido e aprofundado por todos. Este é o momento da escolha do tema, seguido da contextualização e da problematização¹². O grupo escolhe discutir o relato da jovem mulher, acometida por desejos suicidas. Ela retoma o seu problema, acrescentando detalhes e respondendo a perguntas do grupo. A fala retorna ao terapeuta, que tenta

⁶ Dos terapeutas treinados em 2005-2006 pelo Movimento de Bom Jardim, encontramos vários profissionais: policiais, religiosos, professores, terapeutas ocupacionais, líderes comunitários. Muitos participantes do Movimento comunitário, mas também profissionais inseridos no serviço público, inclusive da rede de saúde.

⁷ Reproduzo a seguir uma sessão de Terapia Comunitária que tive a oportunidade de acompanhar. Este relato tem por objetivo apresentar as técnicas utilizadas pelas terapeutas para animar o grupo.

⁸ Neste CAPS, gerenciado pela Prefeitura de Fortaleza, há uma parceria com o Movimento Comunitário de Bom Jardim. São oferecidas sessões de massoterapia, terapia comunitária, atividades de jardinagem (horta comunitária), informática, corte e costura.

⁹ A minha observação se deu de forma distanciada: sentado atrás do círculo formado pelos participantes, tentava resgatar com o máximo de detalhes o que acontecia em um caderno de notas. Um pouco antes de a sessão terminar, retirei-me do recinto. Julguei não ser adequado socializar naquele momento com as pessoas, visto que a minha participação tinha um motivo diferente dos demais. A intimidade exposta e discutida entre os presentes deveria ser preservada; a forma que julguei adequada foi a evitação.

¹⁰ Este é o momento do chamado "acolhimento", que tem os seguintes objetivos: "A co-terapeuta se apresenta e dá as boas vindas; motiva todos a cantar uma música; faz uma acolhida aos aniversariantes; explica o objetivo da terapia comunitária; explica sobre as normas de funcionamento – silêncio, falar na primeira pessoa, saber ouvir, não julgar, não dar conselho, respeitar a história de vida do outro, partilhar a própria vivência" Terapia comunitária, op.cit.

¹¹ É o momento da escolha do tema: "o terapeuta convida os participantes a partilharem aquilo que os incomoda e os faz sofrer (sentimento de dor, angústia); pode usar algum provérbio, para induzir confiança no grupo" Terapia comunitária, op.cit.

¹² "A Escolha do tema: o terapeuta submete ao grupo a escolha do problema. Contextualização: contextualizar é pedir mais informações sobre o assunto, para que se possa compreender o problema no seu contexto. É transformar sensações em emoções (medo, raiva, culpa). Problematização: nesta etapa, a pessoa que expôs o seu problema fica em silêncio, o terapeuta deixa de lado sua história, apresenta então o mote que vai permitir a reflexão do grupo" (Terapia comunitária, 2007)

synetizar os diversos discursos (da jovem mulher, dos outros participantes), introduz os motes do abandono¹³ e desespero¹⁴, convidando todos à reflexão. Neste momento eu me retiro da sessão.

As ideais centrais que estruturam a prática da terapia comunitária têm origem nos trabalhos do Professor Adalberto Bezerra, da UFC (Universidade Federal do Ceará). O Professor Bezerra, diante de problemas importantes na assistência a populações de baixa renda, experimenta em uma comunidade carente de Fortaleza novas práticas de cuidados com a saúde mental. Estes cuidados têm por ingrediente básico a escuta, animada por terapeutas leigos. A experiência tem início em 1987 na favela do Pirambu, na capital cearense¹⁵. Diante de manifestações de profundo sofrimento psíquico e da incapacidade de se prover uma adequada atenção por parte do setor público, inicia-se uma série de experiências na tentativa de, a partir da escuta e da solidariedade, coletivamente se buscar o alívio para o sofrimento psíquico. A terapia comunitária se apoia na ideia de que seja possível, a partir da organização comunitária e do envolvimento de algumas pessoas com formação relativamente simples e acessível, instrumentalizar técnicas de escuta que possibilitem às pessoas enfrentar com mais serenidade o sofrimento psíquico. Que o apoio social resultante inclusive promova a resiliência a crises cotidianamente enfrentadas pelas pessoas.

Pessoas em sofrimento buscam alívio em práticas de cura que promovam o bem-estar. Cuidam-se, na medida em que instrumentalizam os recursos disponíveis para a cura. Cuidar de si significa, grosso modo, o estabelecimento de práticas de vida saudáveis, de um lado, e a busca de soluções para ocorrências de desorganização do corpo e da mente que provocam o adoecimento. Trata-se, como percebemos, de uma definição muito frouxa, que contém pelo menos dois ingredientes: (a) os significados de doença e de enfermidade, e (b) práticas de cura. Os dois remetem a um campo complexo de símbolos, caracteristicamente ancorados na singularidade de cada cultura, que ordenam as práticas e as relações das pessoas com o mundo e com seus semelhantes. Cabe considerar, em primeiro lugar, que a doença assume um significado particular, distinto da concepção mais geral de enfermidade, esta remetendo à crença pelo indivíduo que existe em seu ser algo que desorganiza o seu bem estar, algo,

consequentemente que é passível de uma explicação. A doença, por sua vez remete a causas, a uma etiologia conhecida do que provocou o desconforto¹⁶. Desnecessário dizer que a partir da modernidade conceitos de doença e enfermidade ligam-se diretamente a um discurso médico, em práticas que, a partir de técnicas de escuta, buscam ordenar os sintomas da enfermidade em um quadro de explicação biológica. (FOUCAULT, 1975)

Mas não existe um sistema de cura exclusivo, embora normalmente se constate um dominante. Sociedades modernas, como vimos, têm a base classificadora de doenças (e, por conseguinte, um sistema de práticas de cura), orientada a partir da biomedicina; mas convivem – e com frequência cada vez mais importante – com outras práticas, ditas alternativas ou complementares, com discursos distintos, modelos etiológicos particulares, e técnicas específicas¹⁷. Ao lado deste complexo e diversificado discurso também não podem ser esquecidas as narrativas apoiadas em uma história mágica e religiosa: doenças e situações de desconforto também podem ser interpretadas como desorganizações do espírito. Estas particularmente significativas para as construções discursivas da saúde mental¹⁸.

As pessoas buscam desta forma, soluções para o desconforto do adoecimento em diversos campos de saberes, muitas vezes combinados. Assim, por exemplo, em uma situação de sofrimento psíquico, pode-se procurar ajuda em uma consulta com um psiquiatra, e ao mesmo tempo em uma visita a um terreiro de candomblé (RABELO, 2001). Estas trajetórias são descritas como itinerários terapêuticos¹⁹:

A ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (SOUZA, 2003).

¹³ Abandono: quem já se sentiu abandonado e como superou? o que faço para não me sentir abandonada? o que faço quando me sinto abandonada; quando me senti abandonado e como superei? o que faço quando me falta o chão?

¹⁴ Desespero: como supero os momentos de desespero? o que me leva ao desespero e o que faço para superar; numa situação de aflição, o que faço para não me desesperar?

¹⁵ A ideia surgiu em favela cearense. Recife, Jornal do Commercio, 06/04/2008

¹⁶ Esta distinção faz parte da tradição da antropológica médica anglo-saxã, que distingue as expressões *disease* (doença) e *illness* (enfermidade). Sobre o assunto, consultar Fox 1968; Fabrega 1973, 1975; Eisenberg 1977; Kleinman et al. 1978.

¹⁷ As práticas tradicionais de cura são mais frequentes em sociedades onde a modernidade não se instalou completamente. O sistema médico, entendido como o conjunto de práticas de cura – conforme Janzen afirma, "the full range of practices in a society". Ainda segundo este autor, todos os sistemas médicos são pluralistas, e a biomedicina é apenas parte de um conjunto complexo.

¹⁸ Para o caso da saúde mental, onde a etiologia não é claramente estabelecida em muitos casos, "die kausalität Von Krankheiten ist nicht eindeutig ... Man muss vielmehr anerkennen das krankheiten Subjekt/Prädikat (beziehungsweise Substanz-Akzidens) Charakter haben" (As causas da doença não são claras. Deve-se reconhecer o caráter de Sujeito/predicado (respectivamente substância/acidente) que as doenças têm) Schramme(2012:52)

¹⁹ A literatura sobre itinerário terapêutico no Brasil é relativamente recente. CABRAL (2011), em um levantamento sobre o assunto, localizou apenas 11 artigos relevantes produzidos por pesquisadores brasileiros nos últimos vinte anos (de janeiro de 1989 a dezembro de 2008)

Os assim chamados itinerários terapêuticos se organizam a partir de dois momentos: (a) repertórios de experiência, e (b) recursos mobilizados. As pessoas orientam suas ações a partir das opções que lhes são disponíveis, e estas se apresentam a partir do que conhecem da realidade. A realidade é lida dentro um quadro de conhecimentos presentes em cada biografia, acumulados durante as experiências do viver cotidiano. Esta ideia, a de repertórios de experiência, a princípio se aplica para a tomada de decisões as mais variadas possíveis, desde aquela trivial de escolher um cardápio em um restaurante (combinam-se neste caso os gostos e recordações dos sabores dos pratos já experimentados, o preço e outras considerações mais específicas, como por exemplo, da adequação de um determinado alimento ao estado de saúde, ou a expectativas sobre a qualidade desta comida e suas qualidades nutricionais), até a da escolha de uma prática terapêutica. Buscam-se, desta forma, em acontecimentos passados similares, orientações para a tomada de decisão sobre que providência tomar para o alívio do desconforto da pessoa ou de seu familiar.

Mas nem sempre as experiências pessoais são suficientes, as pessoas mobilizam outros recursos, neste caso informação, a partir de seus círculos sociais – os repertórios de fontes de informações – que naquele momento de angústia são importantes para a decisão de busca de ajuda. Recursos, então, dizem respeito, a informações sobre possíveis soluções para aquele problema de saúde vivido²⁰. Torna-se claro, desta forma, que o uso da metodologia das redes – em especial aquele orientado para a reconstrução dos círculos sociais e estruturação de capital social – é um forte instrumento teórico-metodológico para estudo dos itinerários terapêuticos.

Do ponto de vista prático, o aporte de capital social disponível para as pessoas se traduz em Apoio, que provém essencialmente das interações sociais, dos campos de sociabilidade inscritos na estrutura das redes dos atores. As formas de recursos acessadas são, entretanto, múltiplas, e os padrões de sociabilidade que originam a mobilização dos recursos, também. De início, podemos assinalar que os efeitos do apoio sobre o indivíduo são de duas ordens: (a) aqueles ligados diretamente à melhora do bem estar, de quem é o receptor do apoio, de um lado, e (b) os efeitos amortecedores²¹ sobre os riscos de adoecimento, ou do agravamento das condições de saúde, de outro (CHEUNG, 2000). Quer dizer, efeitos de natureza preventiva. Pessoas que

têm laços principalmente ligados ao preenchimento de necessidades afetivas e de sentimento de pertença a um grupo, a uma comunidade, apresentam maior resiliência, tanto no enfrentamento da doença quanto na resistência ao stress e conseqüente adoecimento. A literatura também classifica apoio social em cinco tipos:

1. Socialização e companheirismo. *Pessoas com quem eu saio, que pertencem aos mesmos clubes ou grupos que eu, com quem eu convivo, e que também me convidam, e com quem eu converso no telefone;*
2. apoio emocional. *pessoas com quem eu compartilho meus sentimentos mais pessoais e com quem eu conto quando preciso;*
3. conselhos e orientações. *pessoas com quem eu consulto sobre decisões importantes, cujos julgamentos eu respeito e que me são úteis por sua experiência;*
4. ajuda tangível. *Pessoas que me emprestam ou me dão bens e serviços, como empréstimo de dinheiro, uma carona, ajuda com meus filhos nas tarefas cotidianas;*
5. apoio na construção de minha autoestima. *pessoas que me ajudam a ter mais autoestima mostrando-me que fiz as coisas competentemente e que, portanto, tenho valor.* (GOTLIEB, 1985: 297).

Os recursos de apoio mobilizados através das redes têm origem em espaços de sociabilidade diversos, o que significa, de um lado, que deve ser levada em consideração a estrutura das redes onde os atores se localizam e, por outro, a qualidade destas relações, visto que pode acontecer o fato da existência de posições estruturais semelhantes entre atores, mas com capacidade de mobilização de recursos diversos. Regra geral, entretanto, há o pressuposto de que pessoas com estruturas de redes ancoradas em círculos não multiplexos²² de sociabilidade têm mais chance em acessar recursos mais diversificados que entre pessoas com campos de sociabilidade multiplexos, de um lado; que, por outro, redes sociais de populações vulneráveis como é o caso daquelas de pessoas com transtorno mental – são menos densas e conseqüentemente menos funcionais ao recrutamento de recursos. Disto se conclui, metodologicamente, que importa estudar, de um lado as características estruturais da rede (densidade, centralidade, multiplexidade, entre outras), e também a qualidade destas relações²³.

Partimos do pressuposto de que as redes sociais de pessoas com transtorno mental são sensivelmente diferentes da média dos indivíduos em uma sociedade considerada. Este fato é relativamente consenso na literatura. Em casos mais extremos, mesmo

²⁰ Os recursos também são de ordem instrumental, a ajuda prestada para o cuidado: no preparo da comida e da higiene, na administração de remédios, no cuidado da casa.

²¹ Tradução da expressão inglesa "stress buffer"

²² Multiplexidade é definido como a tendência de vários laços sociais acontecerem ao mesmo tempo, com as mesmas pessoas inseridas em vários círculos sociais. Assim, por exemplo, um membro da família pertencer também ao círculo social do trabalho ou da instituição religiosa do ego entrevistado. Quer dizer, "uma propriedade estrutural em uma relação diática que acontece quando as duas partes estão envolvidas em duas ou mais relações inscritas em campos institucionais diversos" (KACPERCZYK, 2007).

²³ Ponto que requer uma abordagem metodológica: a partir de entrevistas e observações diretas, por exemplo, pode-se inferir se efetivamente há condições de mobilização de recursos nos laços efetivamente estabelecidos; se, por exemplo, há entre os familiares de uma pessoa com transtorno mental *ambiente* para prover, por exemplo, a escuta, o conforto psicológico.

em situações de não asilamento, verificam-se quadros de exclusão bastante graves. Regra geral, a depender da cronicidade e do tempo de adoecimento, a perda dos laços sociais talvez seja um dos efeitos mais importantes do adoecimento. Perda essa que se reflete tanto no empobrecimento da vida cotidiana destas pessoas, de um lado, como também na relativa fragilidade decorrente da capacidade reduzida de mobilizar recursos, tão importante como vimos para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

Estas questões são centrais para o nosso estudo, quando da observação de rodas de terapia na cidade do Recife. O que nos interessa, neste movimento, não é exatamente a eficácia desta técnica terapêutica, mas o seu conteúdo associativo, ancorado na comunidade, com participação ativa de seus membros²⁴. O que significa que exista a possibilidade de o movimento de terapia comunitária ligar-se a outras práticas associativas; que estas práticas são o componente central²⁵. Assim, grupos que se formam em sindicatos, associações de moradores, clubes de mães, Igrejas de denominações diversas são exemplos interessantes do vigor associativo. Há um eixo central neste trabalho, o da terapia, "uma rede de conversa, onde são trocadas informações. É a transformação da dor em solidariedade²⁶", que também se complementa com as outras atividades acima descritas, objetivando o resgate da autoestima e o conseqüente empoderamento dos indivíduos no enfrentamento das constantes situações de risco que enfrentam no seu cotidiano marcado pelas precárias condições de vida. Como conseqüências, a resiliência adquirida para o enfrentamento do stress emocional, mas também o empoderamento social, que se traduz na maior capacidade de organização comunitária, na construção de uma sólida sociabilidade secundária (traduzida em movimentos associativos)²⁷.

Nossa questão central se liga diretamente aos processos de formação de sociabilidades primárias e secundárias que estão presentes nos grupos de terapia comunitária, fornecendo a seus participantes instrumentos para o enfrentamento de adversidades, inclusive aquelas relacionadas com questões de saúde men-

tal. Enfrentamento que se dá na ótica de construção de círculos sociais, com participação de usuários, familiares, grupos associativos e outros atores inscritos na comunidade.

As práticas de terapia comunitária orientam-se para a busca de apoio social entre seus participantes, que podem bem ser resumidas em um mote frequentemente empregado nos fechamentos das rodas de conversa, as pessoas em um círculo, abraçadas, entoando o refrão: "tô balançando, mas não vou cair". Não cair significa estar apoiado no outro, compartilhando os problemas e os desafios da vida cotidiana²⁸. Temos por hipótese que os laços formados pelas pessoas no compartilhar de seus problemas não se limitam àqueles formados nos encontros semanais, mas podem se estender com vínculos de amizade e interações vividas em ambientes domésticos e o partilhar de espaços públicos, como as Igrejas, Associações e Clubes de convivência. Pensamos que as rodas de terapia podem se constituir em um relé social²⁹ que aciona as pessoas para novos espaços de sociabilidade. Não exatamente a partir de novas pessoas que se adicionam à rede, mas inclusive a partir do reforço de laços mais antigos, que são revigorados no convívio com a Terapia. Mesmo assim, temos que considerar o fato de que estas pessoas necessariamente não aumentem seus laços. O fato de o adoecimento impingir aos que sofrem estigma e conseqüente empobrecimento dos laços deve ser considerado; as rodas de terapia para estes, portanto, podem não implicar em ampliação dos laços de sociabilidade.

Tô balançando, mas não vou cair: as rodas de terapia em uma comunidade de baixa renda da cidade do Recife.

Durante aproximadamente dez meses, no ano de 2013, acompanhamos³⁰ dois grupos de Terapia Comunitária localiza-

²⁴ Inclusive os terapeutas comunitários, que são recrutados entre os participantes da vida comunitária local.

²⁵ Nas palavras do prof. Adalberto, "A Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo". Recolhido em 15/12/2008 de <http://mitco-nf.blogspot.com/2008/11/terapia-comunitaria-no-centro-cultural.html>

²⁶ ENTREVISTA com Adalberto Barreto. In: RADIS. Comunicação em Saúde. N. 67, março de 2008. Rio de Janeiro Fiocruz. Em www.ensp.fiocruz/radis acesso em outubro 2011

²⁷ Importante assinalar que as rodas de terapia não são exclusivamente para pessoas em sofrimento psíquico. Destinam-se também ao empoderamento das comunidades, de grupos que buscam respostas para o stress cotidiano. As que foram objeto de nosso estudo têm entre seus participantes usuários de USF que enfrentam problemas importantes de saúde mental. As rodas de terapia aqui são práticas complementares de cuidado, quase sempre acompanhadas de administração de medicamentos. Muitos dos participantes têm registro de passagens de Internação em Instituições psiquiátricas. Não são, desta forma grupos ativos e participantes de Instituições associativas.

²⁸ Pesquisa recente identificou os assuntos mais discutidos em rodas de terapia comunitária de Brasília: levantaram-se também os principais temas trazidos pelos participantes e são eles: (a) perdas de entes queridos ou doenças em si e/ou na família (10,1%); (b) alcoolismo e/ou drogas em si ou na família (7,6%); (c) desemprego e problemas no trabalho (8,9%); (d) dificuldades pessoais (16,5%); (e) falta de confiança em si, insegurança, baixa autoestima, dívidas; (f) problemas inter-relacionais com filhos, cônjuge, ou irmãos (22,8%); (g) problemas na escola ou queixas dos serviços públicos (7,6%); (h) melhora após terapia (5,1%); (i) adoção ou abandono (5,1%) e (j) outros (12,7%) CAMAROTTI (s.d.)

²⁹ Relés são redes que ativam novas redes. Sobre este conceito, consultar Fontes (2007)

³⁰ A pesquisa teve aprovação do Conselho de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, e financiamento do CNPq.

dos no Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife. Estes grupos têm algumas características. Seus membros moram em bairros de forte expansão imobiliária, localizados próximos a importantes equipamentos públicos (Universidades, Tribunais de Justiça, Hospitais e outras instituições públicas federal e estadual). Há, com efeito, nestes dois bairros, a presença cada vez mais importante de populações de classe média, atraídas pelos preços de imóveis comparativamente competitivos em relação ao restante da cidade, e pela presença destes equipamentos públicos. Estas pessoas, muitas vezes, trabalham neste local. Mas também, como em todos os bairros da cidade do Recife, há uma importante população de baixa renda, habitando em áreas não urbanizadas³¹.

Há ainda o fato importante a assinalar que as duas rodas de Terapia Comunitária são animadas por profissionais das Unidades de Saúde de Família do Bairro, com clientela formada basicamente por usuários destas USF. São médicos que, confrontados com a situação de encontrar pessoas em sofrimento psíquico que não conseguem atendimento na rede de saúde mental (CAPS³², principalmente) por conta da alta demanda, ou de pessoas que são encaminhadas pelos CAPS para prosseguimento do tratamento (na maioria dos casos a partir de prescrição de remédios), resolvem animar rodas de Terapia comunitária, serviço de saúde complementar. Importa assinalar que esta prática terapêutica está regulamentada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Poucas USF, entretanto, fazem uso desta prática terapêutica.

A referida portaria define a Terapia comunitária integrativa enquanto

uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

Pode animar a roda qualquer pessoa que tenha recebido treinamento – oferecido pela associação Brasileira de Terapia Comunitária³³. Assim, profissionais de saúde da USF, moradores da comunidade, ou mesmo terapeutas comunitários são os

atores mais frequentes nestas rodas de Terapia. Para o caso das comunidades por nós estudadas, médicos das USF e também terapeutas voluntários são as pessoas que animam as rodas de TCI.

Os argumentos dos médicos³⁴ que participam desta roda de terapia justificam o seu uso a partir dos seguintes pontos: (a) mais de 90% das pessoas atendidas nas USF onde trabalham que apresentam problemas de sofrimento psíquico são acompanhadas exclusivamente pelo médico de família; (b) as rodas de terapia são importante apoio para a pessoa com transtorno que, na maioria dos casos faz uso exclusivo de medicamentos, que não tem acesso a práticas terapêuticas tradicionais de fala, como psicanálise ou a psicoterapia.

Os grupos acompanhados, localizados nos Bairros do Engenho do Meio e de Brasilit, eram animados pelos profissionais de saúde das USFs. As rodas de Terapia do Engenho do meio e Brasilit têm composição semelhante: a maioria dos participantes do sexo feminino, de baixa renda, de meia idade, e membros ativos de confissões religiosas.

A roda de terapia de Brasilit, entretanto, durante a nossa pesquisa de campo, era relativamente pouco frequentada. Em algumas reuniões, por exemplo, a frequência registrada maior era a de técnicos da USF e estudantes, em estágio acadêmico ou desenvolvendo pesquisas. Animada pela médica da USF³⁵, percebe-se claramente que o grupo ainda não ganha adesão significativa entre os usuários daquela Unidade de Saúde; percebe-se também que os participantes ainda não se encontram perfeitamente integrados.

Em Engenho do Meio, por sua vez, encontramos um grupo ativo, integrado e participante. Seus membros já se conheciam há algum tempo, e o engajamento nas atividades da roda era evidente: as pessoas se reuniam na praça do bairro; as cadeiras eram emprestadas por um morador; antes do início da sessão de terapia era comum acontecer uma conversa animada; e frequentemente as reuniões eram continuadas com festas e comemorações (aniversários, algumas festas populares, celebrações de nascimento e casamento, entre outras). Este grupo, além de contar com a participação do médico da Unidade de Saúde, também era animado por uma terapeuta voluntária. Além dos participantes das rodas de terapia, entrevistamos terapeutas e terapeutas formadores. Para este caso, tínhamos interesse em buscar informações sobre a prática de terapia comunitária, seus princípios, a rotina das sessões³⁶, as dificuldades encontradas, e as virtudes desta técnica de

³¹ Importa também assinalar que, para o caso do bairro do Engenho do Meio, há o registro de um conjunto habitacional construído na década de 1940 e destinado a populações de baixa renda. Estas casas foram progressivamente reformadas e vendidas para famílias de classe média. Encontram-se raros registros das habitações originais.

³² Centro de Atenção Psicossocial.

³³ Consultar o site <http://www.abratecom.org.br/>.

³⁴ Informações extraídas a partir da entrevista feita com o Médico da Família da USF onde as rodas de terapia são animadas.

³⁵ Aqui a roda de terapia acontece no salão de uma Igreja de denominação protestante

³⁶ Os princípios básicos desta técnica de fala foram descritos quando da narrativa de uma sessão de terapia apresentada no início deste artigo. Tendo por objetivo resgatar as práticas de sociabilidade dos membros das rodas de terapia pesquisadas, não nos prenderemos muito na reconstituição do discurso dos praticantes da terapia, de sua filosofia e seus princípios fundamentais, que serão apenas objeto de referência quando necessário para ilustrar casos mais direcionados para a investigação dos processos de sociabilidades

terapia de fala. Os entrevistados foram escolhidos pela disponibilidade (em se tratando de temas bastante delicados, a disposição para as entrevistas é sensivelmente menor). Buscou-se representatividade geracional, de gênero e socioeconômica. A predominância quase exclusiva de mulheres reflete o perfil dos grupos, quase exclusivamente feminino³⁷.

Cabem, ainda, algumas observações de cunho metodológico. Tenho a opinião de que a questão mais importante a considerar, neste momento, se destaca a partir de uma frase de Goffman: "Reinos do ser são aqui objetos de estudo, e o dia a dia não é um domínio especial a ser colocado em contraste com os outros, mas simplesmente uma outra realidade"³⁸ (1974:573). Quer dizer, os indivíduos, enquanto tais, são uma realidade única, um outro que a realidade dos seres, considerados abstratamente ou enquanto universais. O que significa dizer que não se pode extrair das pessoas que entrevistamos ou observamos conclusões sobre todas as pessoas. Elas incorporam ingredientes que as fazem únicas, e desta forma, a sua completude não é o espelho da humanidade. Como fazer, então? Acho que aqui Goffman nos mostra um ingrediente fundamental dos estudos qualitativos: extraímos das pessoas que conversamos, observamos, entrevistamos algo de sua identidade biográfica que nos permita visualizar bem o seu *physique de role*, a sua performance de papel em uma ocasião, um momento interativo. A sua performance irá depender, em primeiro lugar, das características da pessoa (se é tímida ou extrovertida, se faz uso de expressões corporais, o seu vocabulário, o campo interativo etc.). Mas a nossa análise, embora deva levar em consideração índices de expressões corporais, maneirismos, centra-se nos ingredientes mais amplos das performances de ação, dos enquadramentos dos atores em campos normativos e estruturadores de identidades. Desta forma, quando trabalhamos com um grupo de pequeno de pessoas, tendo a consciência de que não preenchem os cânones de uma amostra estatística probabilística (e que, portanto não representam o universo), a ambiguidade da análise se revela: são, de fato, indivíduos únicos, mas ao mesmo tempo são pessoas que carregam consigo um código que é compartilhado intersubjetivamente e que desta forma enquadra seus atos em práticas perfeitamente compreensíveis para aquela comunidade de origem. Não nos interessa como aparentemente Goffman faz nesta obra, observar as nuances dos enquadramentos (as práticas performativas, as diversas formas particulares de comportar-se, ou – o que é o mesmo – uma possível tipologia de enquadramentos). Aqui o ponto em questão remete as possibilidades de verificar como as pessoas constroem representações sobre seu mundo e

como orientam seus comportamentos a partir delas, de um lado; de outro, como as pessoas, em suas práticas, constroem suas redes e mobilizam recursos (mesmo aqui temos, ainda que indiretamente, a possibilidade de utilizar a ideia de enquadramento em Goffman para investigar o complexo processo de formação de redes: quais são as regras para manter a alimentar amizades, contatos profissionais, encontros ocasionais, e como a observância destes protocolos permitem os atores serem mais eficientes em seus objetivos).

Neste sentido, em nosso universo, a partir de entrevistas, das falas destas pessoas, sobre determinados campos (loucura, adoecimento, amizades etc.) poderemos verificar que índices nos permitem inferir conclusões mais amplas, extraíndo de suas falas os campos normativos e estruturantes das práticas de sociabilidade. Questões sobre como a ideia de loucura (e desta forma como os comportamentos observáveis e rotuladores do estado de insanidade) e outras relacionadas podem ser categorizadas naquele universo particular que constitui o nosso campo empírico de pesquisa.

Uma primeira questão a observar é o fato que pessoas com transtorno têm suas redes sociais reduzidas, com pouca representação nas chamadas sociabilidades secundárias, isto é, são pessoas que estruturam suas redes principalmente em torno da família, vizinhança e amigos, e alguns poucos laços secundários. O que se pode ver no sociograma abaixo, onde a maioria dos contatos é estabelecida em casa (do entrevistado ou das pessoas citadas). Há também, decorrente deste fato, uma importante constatação, a de que os laços têm uma âncora territorial importante. Outras questões também podem ser extraídas deste sociograma, o fato, em primeiro lugar que o campo religioso é um importante espaço de sociabilidade (fato que se confirma com a declaração de filiação religiosa entre os entrevistados). Resta-nos ainda tecer alguns comentários sobre as construções discursivas dos entrevistados sobre o seu sofrimento, suas sociabilidades e suas práticas de cura. Os três assuntos estão fortemente interligados, como veremos adiante.

A fala dos entrevistados sobre sofrimento foi agrupada em dois campos, o do adoecimento e aquele relativo às concepções sobre a loucura. Estes dois campos nos indicam as posições discursivas sobre os entrevistados a respeito da enfermidade que são acometidos e é o resultado de uma série de informações adquiridas durante o seu trajeto biográfico³⁹, que incorpora, entre outros elementos, a carreira moral do doente mental⁴⁰, o campo do repertório de experiência vivenciado a partir de relatos, encontros, uma busca ativa no acervo do saber popular que dê

³⁷ Foram entrevistadas doze pessoas.

³⁸ "Realms of being are the proper objects here for study, and here, the everyday is not a special domain to be placed in contrast to the others, but merely another realm".

³⁹ Seguindo a ideia de "situação biograficamente determinada", de Schutz (2012:85), quando ele afirma que a "história de um indivíduo é a sedimentação de todas as experiências prévias, organizadas como uma posse que está facilmente disponível em seu estoque de conhecimento ... Esta situação inclui certas possibilidades de futuras atividades práticas ou teóricas"

⁴⁰ Expressão de Goffman (1996)

sentido às experiências com que vem passando. Os entrevistados, em sua totalidade, têm um histórico de visitas a especialistas⁴¹, alguns com registros de internamento psiquiátrico, e a totalidade deles é usuária de psicofármacos⁴². O discurso sobre a loucura é recortado, desta forma, a partir de dois universos, não exclusivos, do saber popular e do saber médico, ambos incorporados ao mundo da vida das pessoas, sinalizadores do agir cotidiano. Estes universos não são incorporados de forma única, e muitas vezes são ressignificados. É o caso, por exemplo, do adoecimento enquanto causa biológica, confirmado por um entrevistado, quando afirma que foi ao neuro, e que um exame de imagem confirmaria o seu estado de saúde.

Regra geral, podemos estabelecer uma classificação de tipos de adoecimento a partir de três grandes eixos: (a) aquele provocado por causas naturais (índices de adoecimento com causas explicáveis pela biomedicina, mas aqui fortemente ressignificadas); (b) aquele provocado pelo stress do viver cotidiano, do sofrimento das auguras da vida": "quando uma pessoa sai de si é quando aperreiam muito ela⁴³"; (c) finalmente, o campo religioso, do controle da vida a mãos da autoridade transcendente:

"Deus tinha um plano na minha vida". Estas três categorias estão também presentes na ideia de "loucura", de descontrole emocional, cujas causas são buscadas nos campos, como dissemos médico, social ou transcendental.

Outro importante cenário para compreendermos a dimensão do sofrimento psíquico são as sociabilidades construídas pelas pessoas, no lidar cotidiano com o transtorno mental. O quatro II nos informa sobre três importantes campos, os dois primeiros remetendo a interações – positiva ou negativa – por que passam os entrevistados, e o segundo as trajetórias de enfrentamento construídas cotidianamente. Importa assinalar que, diferentemente do que apresentaremos adiante, as práticas de cura propriamente, os itinerários terapêuticos, conforme discutimos acima, indicam as possibilidades que a vida apresenta aos entrevistados enquanto repertórios de experiências, um guia prático para a orientação de suas ações. Desta forma, diversos espaços de sociabilidade diversos do tradicional – o campo da biomedicina – são apresentados: amigos, profissionais de saúde, religião, medicalização prescrita por não profissionais, terapia alternativa.

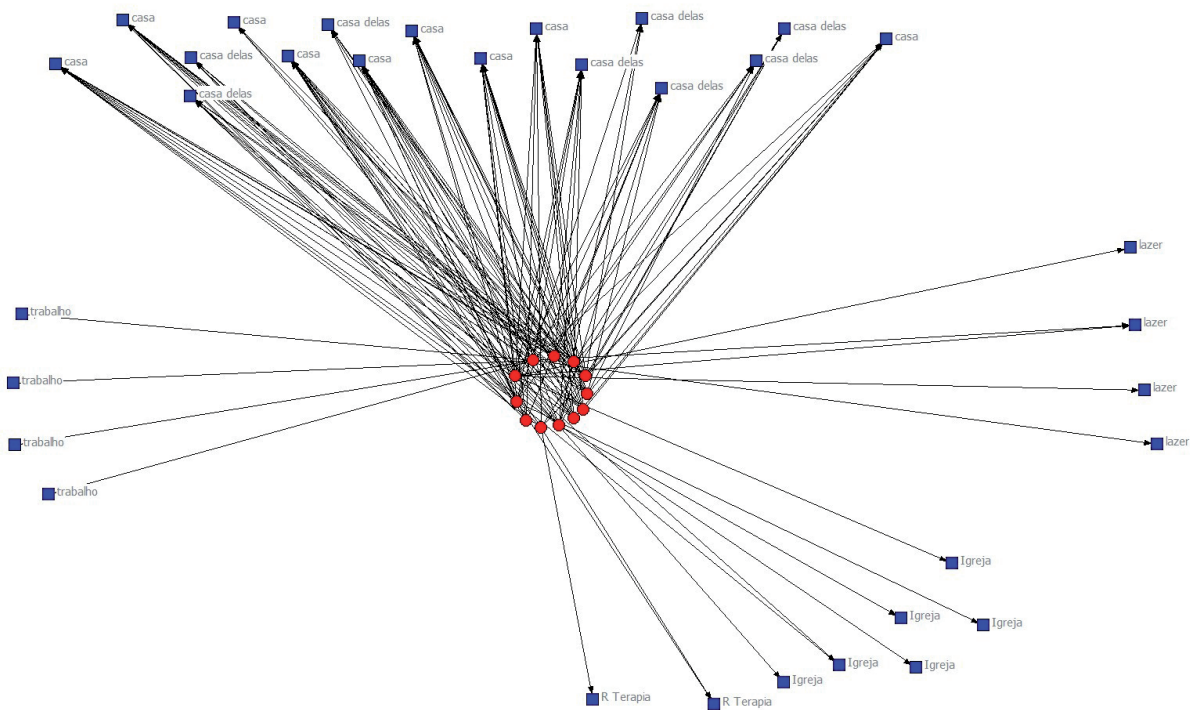


FIGURA I: Rede sociocentrada dos entrevistados segundo local de encontro (onde o entrevistado se encontra com as pessoas citadas)

FONTE: Levantamento Direto.

⁴¹ O que é confirmado através da fala de um entrevistado, que indica que uma pessoa tem transtorno quando visita um psiquiatra.

⁴² Da mesma forma, o entrevistado aponta a existência de transtorno a partir do momento quando começa a tomar remédios "controlados".

⁴³ a literatura aponta como índice importante do adoecimento o stress do viver cotidiano. Consultar a respeito Tausignant(1992)

QUADRO I IMPRESSÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE SOFRIMENTO

Adoecimento	Sofrimento Psíquico/Loucura
<ul style="list-style-type: none"> - Deus tinha um plano na minha vida - a loucura é provocada pela própria família. - "é um colapso que acontece no sistema nervoso" - a loucura vem da própria pessoa... Quando tomou a decisão de fazer as coisas erradas - pode ter sido problema vindo de pai e mãe <p>Tive tonturas, dor de cabeça forte, contrações nos braços e pernas, tremedeira.</p> <ul style="list-style-type: none"> - a pessoa só pensa negativo - eu estava trabalhando muito, estudando de noite. - eu fui ao neuro porque tive problema, tava sentindo muitas dores de cabeça, depois da morte de meu filho. - quando uma pessoa sai de si é quando aperreiam muito ela. - não ficava parado, descansando muito tempo, eu me esforçava bastante, quer dizer, eu fiz com que as coisas acontecessem. - quando meu marido desempregou, eu fiquei perdida, não sabia, pensava que eu ia passar fome... - uma perda muito grande, um sofrimento muito grande é que leva a isso, uma tristeza muito grande sem a pessoa ter certo apoio 	<ul style="list-style-type: none"> - (o sofrimento psíquico) é inerente à condição humana - angústia, ansiedade, tristeza. - desigualdade social, pobreza - loucura é andar ao contrário daquilo que você acha que é correto - a pessoa não sabe o que é viver a vida - a partir do momento que uma pessoa toma remédio - quando você perde totalmente seu destino - se eu for para o psiquiatra eu sou doido - eu não sou doente, eu tomo remédio pra convulsão.

FONTE: levantamento direto

QUADRO II IMPRESSÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE SOCIABILIDADE

Apoio Social	Estigma	Itinerários Terapêuticos
<ul style="list-style-type: none"> -apoio emocional -apoio financeiro - informações -solidariedade - as pessoas da igreja sabem do meu problema, mas me dão força. - minhas duas tias e minha avó e meus pais me ajudaram - a gente é uma família, meu marido, meus filhos, a gente se apoia um no outro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amigos que se afastam - o convívio se torna mais difícil - preconceito contra a saúde mental. - as pessoas me olham de forma diferente - a gente chega nos lugares - no banco, por exemplo - e é notada - a partir do momento em que as pessoas tomam medicamentos ... Muita gente pensa que a gente é louca 	<ul style="list-style-type: none"> - Amigos que me indicam caminhos para o tratamento - Religião -atendente de farmácia (eu passei na farmácia, aí o rapaz passou, eu nunca tinha tomado remédio controlado, aí ele me passou diazepam) - profissionais de saúde (fui internado algumas vezes) -terapia alternativa (cristais, reiki) - família (fui para a terapia comunitária através de meu filho, que estava estagiando no Posto de Saúde) Silvia, minha amiga, já chamei ela várias vezes aqui pra terapia, ela tá precisando

No que diz respeito às interações sociais – apoio e estigma – os entrevistados nos mostram a dupla face de suas sociabilidades: de um lado, apoio recebido, em diversas modalidades (emocional, financeiro, informações, solidariedade, etc.); por outro, o campo da rejeição, do afastamento e do preconceito proporcionado pelas interações sociais negativas⁴⁴. O sentimento que as pessoas não compreendem, têm medo e se afastam daqueles que têm transtorno. Estas experiências certamente contribuem – positiva ou negativamente – para o bem-estar daqueles que sofrem. Facilitam ou dificultam o percurso de uma vida plena e saudável, com espaços de sociabilidade preenchidos em diversos círculos sociais: familiar, do trabalho, dos momentos de lazer.

Regra geral, aqueles com sofrimento psíquico têm campos de sociabilidade reduzidos, afastam-se do mundo do trabalho, e perdem os amigos. Sua vida é cada vez restrita ao espaço doméstico⁴⁵. O sociograma que apresentamos acima nos confirma o fato a redução dos espaços de sociabilidade.

As construções discursivas sobre as práticas de cura refletem o campo da representação dos entrevistados sobre adoeci-

mento e loucura. Os entrevistados, quando perguntados sobre as possibilidades terapêuticas indicadas, constroem seus discursos a partir da visão de loucura que têm. Escolhemos como índices para nossa análise as categorias "terapia comunitária", "medicalização" e "práticas terapêuticas para o sofrimento", todas inscritas nos campos discursivos dos entrevistados, e refletindo concretamente os signos de interpretação da vida, consequentemente de orientação de suas práticas de cura. Importante assinalar que na maior parte dos casos as pessoas se utilizam de diversas práticas de cura, em uma mescla de conhecimento popular e saber médico. Mas há um consenso que contemporaneamente a medicalização se torna um ingrediente central nas práticas terapêuticas do transtorno mental. Ehrenberg (2012) já assinala uma tendência dos tempos modernos: a depressão, a melancolia, conceitos já utilizados no início do século XX, são ressignificados neste novo século. Âncoras como culpa, disciplinarização e obediência que impossibilitam os sujeitos desejantes de realização plena, agora são deslocadas para as exigências da *performance* desta nova era: exigências de desempenho no tra-

QUADRO III IMPRESSÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE PRÁTICAS DE CURA

Terapia Comunitária	Medicalização	Práticas terapêuticas para o sofrimento
<ul style="list-style-type: none"> - Entrosamento - Dividir coisas - Encontrar apoio - Fazer amizade - "é uma roda aberta" (as pessoas podem chegar e sair a qualquer momento) - todos passaram por problemas - converso e escuto muito - todo mundo participa - e a gente tem apoio de todo mundo, uma opinião de cada um, e a gente vai somando isso. - e aí eu vim pra cá, conversar, né, Escutar as pessoas. - A gente pode apoiar um ao outro, a amizade que nós temos uma com outra dentro do grupo. - uma pessoa fala sobre determinado assunto, desabafa. 	<ul style="list-style-type: none"> - "tomando remédio todos os dias faz com que eu melhore a minha vida" - "tem que tomar sempre" - "meu caso era simples, e eu tinha só que tomar medicação" - eu, tomando remédio todos os dias faz com que eu melhore a minha capacidade de trabalhar meu cérebro, desenvolver mais ainda 	<ul style="list-style-type: none"> -Práticas Institucionalizadas (CAPS, Hospitais, USF...) - Terapias de Fala -Práticas religiosas (aquela paz, eu comecei a ter certeza de que eu realmente era uma salva; aí eu procurei a Igreja) - Medicina popular-chás, banhos, pomadas... (aí me ensinaram: é capim santo, chá de capim santo) - precisam de deus, da cura de Deus para seus espíritos. - fui cuidada e conservada por Deus - o que eles precisam (os doídos) não é remédio pra torná-los assim, como se fossem mortos vivos, eles precisam de Deus, da cura de Deus.

FONTE: Levantamento Direto

⁴⁴ Teve um episódio, relatado pelo terapeuta de uma roda de terapia que pesquisamos que ilustra ao mesmo tempo o fenômeno do estigma e do apoio. Um participante da roda, que é agitado e conhecido como o doído do bairro, é agredido na praça (alguns adolescentes jogam pedra nele). Neste momento está passando um integrante da roda de terapia, que imediatamente repreende aqueles que o estavam molestando; diz ainda à pessoa agredida, que, caso aconteça, busque ajuda com os amigos da roda de terapia.

⁴⁵ Veja, por exemplo, em Fontes (2012)

balho, na vida sexual, nas relações de amizade, enfim, o desempenho como *deus ex machina* desta nova civilização. Em muitos casos, o uso de psicofármacos funciona como uma espécie de "aspirina psíquica"⁴⁶, indicando alívio imediato do sofrimento, o que permite a supressão momentânea da dor. Desta forma, o transtorno em algumas vezes é reduzido a um caso simples⁴⁷, que invariavelmente é aliviado a partir do uso de medicamentos. Mas mesmo considerando outras práticas como paliativas ou complementares, elas são administradas na maior parte dos casos. Haveria que comentar com mais cuidado o fenômeno religioso. O lugar da religião para a explicação do transtorno e consequentemente para o alívio do sofrimento é recorrente entre os entrevistados. O não controle do destino (foi Deus que quer assim) tem por consequência o fato que cabe somente ao poder transcendental⁴⁸ a cura e o equilíbrio.

Cabem, ainda, algumas considerações sobre a terapia comunitária enquanto prática de cura. Para este caso, diferentemente das outras práticas de fala, a terapia se apoia no compartilhar de experiências de outras pessoas, que também sofrem; segundo os que pensam esta técnica, há o resgate do saber popular. Trata-se, acredito, de uma prática que se ancora fortemente no apoio social: na solidariedade da escuta, na compaixão para o sofrimento do outro. É, consequentemente, um recurso que busca o alívio do sofrimento a partir do apoio social, na evitação da solidão e do estigma, ambos com presença importante no cotidiano dos que sofrem. O depoimento abaixo ilustra bem o caso:

[...] ela é uma das pessoas mais fiéis da terapia por ser sempre assídua. Ela tinha um problema de saúde mental em tratamento, mas a queixa que ela trazia mais é a solidão, o sentimento de sentir sozinha, porque ela morava sozinha em casa... depois que ela começou na roda [de terapia] começa a construir novas redes ... o interessante é que a terapia comunitária para ela não era somente nas quintas-feiras, ela também ia à casa de algumas pessoas da terapia para conversar ... fez amizade com pessoas do grupo. Tinha sempre alguém para conversar, visitar, passear"⁴⁹

Considerações finais

Apresentamos, a partir de pesquisa empírica, alguns ingredientes que julgamos úteis para a compreensão da Terapia Comunitária, instrumento importante para o alívio de pessoas em sofrimento psíquico. Esta técnica, regulamentada pelo Ministério da Saúde no âmbito das terapias complementares, ainda

não é largamente utilizada pelas Unidades de Saúde da Família. Fato importante, porque, de um lado, problemas de saúde mental, em especial a depressão, são um dos principais motivos de queixas das pessoas que buscam atendimento⁵⁰. Com efeito, conforme afirma Albuquerque (2012: 232), "os médicos de família e comunidade são, geralmente, os únicos recursos da saúde mental a que pessoas têm acesso e aqueles assumem a responsabilidade pelos cuidados continuados a longo prazo destas pessoas". Para quase totalidade destas pessoas, a única forma de terapêutica é a medicamentosa, com a prescrição de psicofármacos, especialmente os ansiolíticos e os antidepressivos, para os transtornos mentais mais prevalentes (MANCINI: 2012). Com efeito, cabe a atenção básica uma importante função na rede de atenção à saúde mental. A atenção dispensada pelos CAPs e outras unidades que dispõem de atendimento especializado é para os casos considerados mais graves. Os outros recebem atenção do médico de família, que, como dissemos, dispõe quase exclusivamente do recurso da prescrição de medicamentos.

A terapia comunitária cumpre um importante papel enquanto lugar de escuta de pessoas atormentadas pelo stress da vida cotidiana. Não discutimos aqui a eficácia da técnica e seus fundamentos. O que julgo importante ressaltar é o lugar privilegiado desta roda de terapia para a construção de laços, para o necessário apoio social que, como vimos, se revela indispensável para o bem-estar das pessoas⁵¹.

Referências

- ALBUQUERQUE, Marco Aurélio; DIAS, Leda Chaves. Abordagem em saúde mental pelo médico de Fam[ília]. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012, pp. 233-241
- BALTAR, Danielle Vargas Silva. *CRENÇAS RELIGIOSAS NO CONTEXTO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL: IMPASSE OU POSSIBILIDADE? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- BARRETO, AP. *Terapia Comunitária Passo a Passo*. 3ª. Ed. Fortaleza: LCR, 2008
- CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna; HEMAEZ, Angel Martinez; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. *Itinerários Terapêuticos; o estado da arte da produção científica no Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11):4433-4442. 2011
- CAMAROTTI, M.H.; SILVA, F.R.S; MEDEIROS, D; LINS, R.A. BARROS, P.M, CAMAROTTI, J. RODRIGUES, A. *Terapia Comunitária: Relato da Experiên-*

⁴⁶ Expressão de Ehrenberg(2012)

⁴⁷ Segundo um entrevistado: "meu caso era simples, e eu tinha só que tomar medicação"

⁴⁸ O campo religioso é manifestado a partir de diversas matrizes (cristãs, indígenas, afrobrasileiras). Sobre o assunto, consultar Baltazar(2003); Dalgarrondo(2007)

⁴⁹ Entrevista com o médico da USF e também animador da terapia comunitária.

⁵⁰ Consultar a respeito, Gusso (2009)

⁵¹ Sobre o assunto, consultar Fontes(2016)

- cia de Implantação em Brasília – Distrito Federal. Brasília: Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do DF.
- CHEUNG, Siu,Kau; SUN, Stephen, U. K. *Effects on self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members*. *Social Behavior and personality*, 2000 28,5:413-22
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais In: *Rev. Psiq. Clin.* 34, supl 1; 25-33, 2007 <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>
- EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9-23. 1977
- EHRENBERG, Alain. *La Fatigue d'Être Soi*. Paris : Editions Odile Jacob,1998
- FABREGA, H. Jr.. The need for an ethnomedical science. *Science* 189: 969-975, 1975 <http://dx.doi.org/10.1126/science.1220008>
- FABREGA, H. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*. Stanford: Stanford University Press. 1973
- FONTES, Breno. *Redes, Práticas Associativas e Poder local*. Curitiba: Editora Appris, 2011.
- FONTES, B. A. S. M.; FONTE, Eliane da. *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portuga*. Recife : Editora da UFPE, 2010 p.389.
- FONTES, B. A. S. M. In search of happiness: Health, quality of life, and sociability. In: *SOCIOLOGIES IN DIALOGUE*. , v.2, p.199 - 224, 2016 <http://dx.doi.org/10.20336/sid.v2i2.30>
- FONTES, Breno. A Construção das Redes Sociais de Operadores de ONGS: Os mecanismos de Recrutamento a Partir das Relés Sociais. In: *REDES. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. , v.12, p.01 - 27, 2007. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.495>
- FOUCAULT, Michel *Naissance de la Clinique*. Paris, PUF, 1975
- FOX, R.. Illness. In Sills, D. L (ed.) *International Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York: Free Press/ MacMillan. Vol. 7, pp. 90-96. 1968
- Goffman, Erving. *Frame Analysis: An Essay on the organization of experience*. Northeastern University Press, Boston, 1974
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996
- GOTTLIEB, Benjamin H, (ed) *Social networks and social support*. London: Sage Publications (Sage Studies in community mental health, 4) 1981
- GUSSO, Gustavo. *Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2)*. [tese] São Paulo, Universidade de São Paulo, 2009.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, 2012
- Janzen, John. *The quest for therapy. Medical pluralism in Lower Zaire*. Los Angeles, University of California Press, 1984
- KACPERCZYK, Aleksandra; SANCHES-BURKS, Jeffrey; BAKER, Wayne. *Multiplexity and emotional energy in cross cultural perspective*. Ann Arbor MI, 2007, University of Michigan.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L. & GOOD, B *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and crosscultural research*. In: *Annals of Internal Medicine* 88, 251-258. 1978
- MENDONÇA, Mauro Elias. *Abordagem comunitária: Terapia Comunitária*. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, 2012. pp.274-288
- MOVIMENTO de Saúde Mental Comunitária de Bom Jardim. *Terapia Comunitária: cantos, dinâmicas e poesias*. Fortaleza, Gráfica Encaixe, 2007
- RABELO, Miriam Cristina. *Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas* In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Maria A. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro, Ed. FioCruz, 2001. (pp.75-87)
- SCHRAMME, Thomas. *Krankheitstheorien*. Berlin, Suhrkamp, 2012
- SCHUTZ, Alfred. *Sobre a Fenomenologia e Relações sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2012.
- SOUZA, Iara Maria. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico* In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, pp. 125-138, 2003
- TOUSIGNANT, Michel. *Les origines sociales et culturelles des Troubles psychologiques*. Paris, PUF, 1992

Submetido: 13/12/2018

Aceito: 09/10/2019