

18º CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA-

26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

GT 14- SAÚDE, POLÍTICA E SOCIEDADE

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

Álvaro Botelho de Melo Nascimento¹

¹ Licenciado pela Universidade Federal de Pernambuco, mestre e doutorando em sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

O texto que se segue tem como propósito discutir a desestigmatização na saúde mental, a partir de um estudo de uma tecnologia de promoção a saúde mental específica chamada Terapia Comunitária. Minha intenção é contribuir para a discussão da sociologia da saúde pensando o papel das redes sociais como recurso para o combate ao estigma. A premissa que orientou o trabalho foi a ideia de que as interações positivas contribuem para o aumento da sensação de bem-estar e da resiliência das pessoas em sofrimento psíquico.

No que consta ao referencial teórico, me ancorarei em algumas nas seguintes reflexões teóricas particulares, detalhadas no transcorrer do texto, mas sinteticamente definidas da seguinte forma: (1) a loucura é um fenômeno polissêmico e também social; (2) o estigma reduz laços sociais e possui uma lógica própria de difícil superação; e, por fim, (3) há uma relação qualitativa entre redes sociais.

Para melhor estruturar o meu pensamento, o texto estará dividido nas seguintes sessões: (1) transtorno mental em perspectiva sociológica; (2) o estigma: abordagem em poucas palavras; (3) redes sociais e desestigmatização (4) procedimentos metodológicos (5) terapia comunitária: desestigmatização na prática e, por fim, (6) apresentarei algumas considerações finais.

TRANSTORNO MENTAL EM PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

O transtorno mental é um fenômeno complexo que abrange a totalidade do ser humano, permeando o psíquico, o biológico e o social. Por ser um fenômeno também de ordem social, o transtorno mental apresenta uma história do sentido, ou seja, mudanças na sua representação social e também nas formas de trato (FOUCAULT, 2005), o que garante a diversidade de entendimentos, conforme ilustra Hinshaw (2011, p. 53) ao dizer que “a literatura em história, antropologia e psiquiatria contém vívidas descrições de conceitos variados de comportamentos anormais e situações de pessoas com desordens mentais no decorrer do passado humano”

Mas, o que chama a atenção é que seja qual for a perspectiva adotada, os atributos da loucura são identificados como aqueles que desafiam o padrões de classificação e normalidade do cotidiano. Em suma, o louco é aquele ator que ocupa uma posição marginal e desviante em relação aos outros atores rotulados como sãos. A figura do desatinado é formada formada a partir de movimentos que vão além de seu transtorno,

através de interações sociais que estabelecem seu lugar como um ator desviante dos padrões vigentes.

Assumir essa posição é afirmar que os problemas mentais podem ser compreendidos por perspectivas outras que não aquela sustentada pela biomedicina, isto é, a ideia de doença mental. Inclusive, sobre isso é possível dizer que “a interpretação de comportamentos bizarros como doença é talvez única da moderna sociedade ocidental” (EATON, 2001, p. 26), o que não significa, friso, impossibilidade de raiz neurobiológica, mas ressalta que esta maneira de entender a loucura é produto de um tempo, sendo bastante recente inclusive.

Ao encarar os transtornos como atos desviantes, é possível ressaltar sua complexidade interativa. Explicando melhor, é necessário entender que a rotulação de alguém como louco – ou seja, a rotulação de um ator como desviante – não é algo simples e monocromático. No processo de rotulação de um desviante, inúmeras coisas devem ser levadas em consideração, tais como a reação das pessoas ao ato potencialmente desviante; o grau da reação e a relação entre ator ofendido e o ator que cometeu a ofensa. Dessa forma, se conclui que “o fato de uma pessoa ter cometido uma infração a uma regra não significa que outros reagirão como se isso tivesse acontecido. (inversamente, o fato de ela não ter violado uma regra, não significa que não possa ser tratada em algumas circunstâncias como tal)” (BECKER, 2008, p. 24)

Mas, qual o significado de afirmar que a loucura é um papel desviante executado por alguns atores? Primeiramente entender os problemas mentais são um conjunto de ações que violam normas, valores e ameaçam a coerência de um grupo. Segundo, 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 SCHEFF, 1984, p.55). Essas duas respostas apontam então para duas outras ideias de grande importância no que toca a loucura como um fenômeno de ingredientes sociais. Primeiramente a compreensão de que a ligação entre transtorno mental e a sua manifestação como doença mental, seria operada e apreendida a partir de referenciais dados culturalmente. Segundo de que é necessário levar em considerações outros aspectos que não os biológicos, pois inexistem transtornos mentais em que a forte influência do ambiente não esteja presente (EATON, 2001).

Dessa forma, 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 é entendido por loucura seriam 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.” Além desses aspectos, ressalta o autor, existiriam também outras dimensões tais como “a periculosidade, imprevisibilidade e avaliação negativa” (SCHEFF, 1984, p.71).

As pessoas com transtorno mental involuntariamente executam o papel de doente mental, 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 a partir de modos de perceber os problemas mentais que estão em seus repertórios sociais e que foram aprendidos no decorrer de sua vida, isto é, os tradicionais estereótipos da insanidade. (SCHEFF, 1984)

Quando o comportamento desviante é rotulado como loucura se tem início a formação de uma carreira crônica². 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 entra 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 papéis³. 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. Essa redução ocorre a partir de um processo que pode ser denominado estigmatização.

2 Goffman (1998) apresentou os caminhos formativos dessa carreira crônica. Apesar de seu estudo ter como pano de fundo ainda o modelo asilar, sua interpretação continua proveitosa, pois, ao meu ver, muito do que ele percebeu continua sendo uma realidade para pessoas acometidas de transtorno psíquico. Assim, de acordo com o sociólogo interacionista, o 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, um quadro de mortificação e reorganização do eu.

3 Um exemplo de como isso funciona é a atual luta para superação do entendimento do ator acometido de transtorno como doente mental e sua substituição pela ideia de pessoa em sofrimento psíquico. Mais adiante, tocarei nesse assunto.

O ESTIGMA: ABORDAGEM EM POUCAS PALAVRAS

A primeira coisa possível de se afirmar sobre a estigmatização é que o estigma é universal, não uniforme e culturalmente determinado (HINSHAW, 2011). Sua origem está atrelada ao exercício fundamental que todas as sociedades operam: o estabelecimento de meios de categorização de pessoas através da eleição de atributos que serão tidos como comuns e naturais (GOFFMAN, 1998).

A partir desse exercício, um processo não-reflexivo, transformamos esquemas de organização de sentido em critérios normativos e exigências rigorosas. Assim, quando um ator não preenche todos os critérios estabelecidos por outro ator em uma interação, sofre o jugo de ser entendido como uma pessoa estragada e diminuída, considerada agora de menor valor (GOFFMAN, 1998). Em outras palavras, o ator reprovado é marcado e sofre uma redução identitária, no sentido de que é resumido à sua condição desfavorável, o que configura uma situação de estigma, com isso, ele passa a ser visto como alguém carente dos atributos fundamentais para o respeito (HINSHAW, 2010)..

Portanto, estigma é uma realidade de forma relacional, forma-se pelos processos sociais de comparação, identificação e desvalorização, que levam a difamação contínua (HINSHAW, 2011). Ele é globalizante, reduz a individualidade e a humanidade do ator. O estigma também é uma intensa violência porque um indivíduo estigmatizado tende a possuir as mesmas crenças sobre identidade que aqueles que o estigmatizaram, ele se entende como uma pessoa que merece um destino agradável e uma oportunidade de viver, mas os padrões que incorporou o levam a perceber pouco a pouco a característica depreciada pelos outros como um defeito, fazendo-o pensar que ele ficou abaixo do que deveria ser (GOFFMAN, 1988).

No caso das pessoas com transtorno mental, o estigma se apresenta como um fenômeno latente, potencialmente ocultável e que por isso resulta em desequilíbrio, insegurança, ansiedade e uma existência marcada pela solidão e interrupção de laços sociais, já que interações sociais mais estáveis apresentam um risco maior da descoberta da característica oculta(GOFFMAN, 1988). Há, portanto, um violento impacto nas relações sociais de pessoas com transtorno mental.

Esse impacto violento deriva do entendimento de que problemas psíquicos são irremediáveis, inevitáveis e crônicos, ou seja, problemas dotados de aspectos que inviabilizariam uma convivência normal. Neste sentido, há uma associação negativa entre a figura do estigmatizado e todo um estereótipo já construído do louco ou do doente

mental (HINSHAW, 2010). Com isso, atores que protagonizam cenas do cotidiano com uma pessoa estigmatizada, podem vê-lo apenas como uma pessoa que tem um defeito e nenhuma qualidade. Neste tipo de cenário, talvez nem sequer as amizades anteriores, que remontam ao estado antigo do estigmatizado, consigam tratá-lo com aceitação (GOFFMAN, 1988).

Resta, então, ao estigmatizado uma trajetória que o guia pelo constrangimento e baixa autoestima. Em sua convivência com o novo rótulo, ele deverá lidar com uma série de dificuldades que englobarão todas as suas ações no mundo, o que 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)

REDES SOCIAIS E DESESTIGMATIZAÇÃO

O fenômeno do estigma é bastante amplo e fluído, suas raízes são profundas e se espalham nas mais diversas direções, 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 praticas de pelo menos alguns profissionais no cenário da saúde mental” (HINSHAW, 2009, p. 116).

Entretanto, apesar de sua força, a desestigmatização é possível e não só isso, ela faz parte dos esforços terapêuticos e preventivos (BENOIST, 2007). A desestigmatização é um projeto que envolve, portanto, tanto esforços macrossociais, quando esforços no âmbito microssocial. Pois, diante de um fenômeno tão complexo e de caráter relacional, “somente intervenções multifacetadas, coordenadas podem ser úteis para reduzir a estigmatização em significativos modos” (HINSHAWS, 2009, p. 177).

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. No Brasil, a reforma foi sintetizada na lei 10.216/01 que objetiva a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e comunitário. O intuito é a extrapolação das práticas de saúde para além do campo sanitário e do psiquiátrico em uma expansão do cuidado para os inúmeros espaços da convivência social, permitindo a construção de uma forma mais ampla e polissêmica de lidar com os transtornos (AMARANTE; TORRE, 2010). Esta nova ótica tornou crucial a implementação de uma ética da desestigmatização, da valorização da pessoa em sofrimento psíquico.

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 ator específico – como instrumento da construção da resiliência e ressignificação das representações sociais da loucura. As redes sociais⁴ ocupariam, portanto, um lugar fundamental na transformação cultural e na mudança dentro das relações sociais com a loucura e o diferente, pois fomentariam a construção de um novo lugar social para o transtorno psíquico.

Neste trabalho, redes sociais ou redes de sociabilidade, são entendidas como *locus* onde os processos interativos dos indivíduos e suas conexões interpessoais se manifestam, isto é, a maneira pela qual suas vidas cotidianas são estruturadas tendo em vista seus arranjos de sociabilidade. As redes surgem com base em certos impulsos ou em função de certos interesses. Através delas, campos sociais, elementos identitários e uma espécie de geografia social podem ser percebidos, o que garante a um observador saber a localização dos atores e suas potencialidades interativas (FONTES, 2011).

Essa característica das redes sociais aponta para sua realidade como um repositório de saberes e dizeres que transitam, se aglutinam, se cristalizam e se dissolvem com o passar do tempo, influenciando a existência das pessoas, ao mesmo tempo que são influenciados dinamicamente por esta vivência. É por meio de suas redes que os atores constroem seu capital social⁵, acessando recursos (FONTES, 2011). Além disso, 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). Em suma, as redes são espaços onde os atores dialogam sobre suas representações, tradições e cosmovisões, confrontando-as e repensando-as no processo.

Portanto, elas podem ser pensadas como 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 atores, caso sejam positivas, guardam a possibilidade de mudança de

4 É válido salientar que a qualidade das redes sociais em questão também é pauta de discussão, a sociabilidade fomentada nos seus complexos interativos deve ser benéfica, reforçando sentimentos de integração e contribuindo para superação e crescimento pessoal. Portanto, o cerne da contribuição reticular para a saúde mental é a potencialidade para o bom contato. Ressalto aqui mais explicitamente algo que está esboçado em todo o texto: laços de sociabilidade e as redes sociais dos atores também são responsáveis pela sua piora e por situações humilhantes, tais como o estigma. Em suma, um rede social pode ser repositório de contatos negativos ou positivos.

5 Entendo capital social como os recursos que um ator pode utilizar a partir de sua rede social em prol de conseguir realizar seus interesses, tais como a superação de problemas e a promoção de seu bem-estar

perspectiva sobre fatores sociais, 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 al, 2008, p. 437).

Considerando o que foi dito, é possível afirmar que contatos sociais impactam positivamente a vida de atores estigmatizados, pois viabilizam o acesso a recursos de apoio emocional. Eles são, portanto, geradores 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, oriundo do contato 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 então do pressuposto que o desenho das redes sociais de pessoas acometidas de transtorno mental diverge daqueles de pessoas consideradas sãs e isto tem relação direta com o fenômeno da estigmatização (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 e auxiliam na qualidade de vida de uma pessoa com transtorno é de suma importância para um entendimento sistemático de iniciativas de desestigmatização.

Neste trabalho, isto é feito a partir de categorias sinteticamente baseadas em aspectos relativos ao âmbito microssocial, ou seja, ao cotidiano e a interpessoalidade, essas categorias estão detalhadas nos parágrafos abaixo e de maneira geral, lidam com a desconstrução da imagem de sub-humanidade compartilhada por estigmatizados; a frequência de interações sociais saudáveis e com o aumento de práticas associativas dos estigmatizados.

A EQUALIZAÇÃO DO STATUS: Um passo interessante na agenda de desestigmatização leva em consideração as relações de poder. De certa forma, 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 microssocial, 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: Melhor do que qualquer política vinda de cima para baixo, as 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: 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 a aumentar e com ele situações de associativismo, o que garantiria um espaço de participação além dos estereótipos (HINSHAW, 2010, p. 193).

Esboçado todo esse referencial teórico, gostaria agora de apontar como essas três categorias podem ajudar a entender os recursos para desestigmatização encontrados em uma tecnologia específica de promoção a saúde mental, a terapia comunitária, que tem como algumas de suas características basilares as redes sociais e os laços comunitários e as relações interpessoais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Antes de discorrer sobre a Terapia Comunitária propriamente dita, gostaria de gastar alguns parágrafos comentando o processo da minha pesquisa empírica. Durante um ano, eu acompanhei uma Roda de Terapia Comunitária no bairro do Engenho do Meio, na cidade do Recife -Brasil. Neste período, um diário de campo foi confeccionado, entrevistas semi-estruturadas e questionários foram aplicados.

Os dados obtidos foram analisados por meio de uma análise de conteúdo com o intuito da produção de inferências que fossem passíveis de trazer o sentido de seu contexto (CAREGNATO; MUTTI, 2006) e captar o seu valor informacional: as palavras, frases, argumentos e ideias expressas, formando assim uma análise temática (MORAES, 1999). É exatamente a exposição de parte dessa análise que apresentarei nas linhas posteriores.

É importante dizer que ainda que esta minha pesquisa esteve inserida em um universo de projeto acadêmico mais amplo, coordenado pelo Dr. Prof. Breno Souto Maior

Fontes, fomentado pelo CNPq, que tem por nome “Tecendo Redes, suportando o sofrimento psíquico: os círculos sociais da loucura”. O projeto como um todo passou por supervisão do comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado de acordo com o parecer de número 024/10-UFPE. Falando especificamente da minha pesquisa, ela ainda teve financiamento CAPES por meio de uma bolsa de mestrado, que viabilizou uma escrita de uma dissertação de tema semelhante a este artigo. Comentado sucintamente o processo de construção dos dados e de sua análise, posso me concentrar na exposição do meu objeto.

TERAPIA COMUNITÁRIA: DESESTIGMATIZAÇÃO NA PRÁTICA

Em meados do Séc. XX, as concepções sobre os problemas mentais começaram a ser retrabalhadas a partir do movimento de reforma psiquiátrica. No Brasil, a reforma foi sintetizada na lei 10.216/01 que objetiva a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e comunitário. O intuito é a extrapolação das práticas de saúde para além do campo sanitário e do psiquiátrico em uma expansão do cuidado para os inúmeros espaços da convivência social, permitindo a construção de uma forma mais ampla e polissêmica de lidar com os transtornos (AMARANTE, TORRE, 2010). Esta nova ótica tornou crucial a implementação de uma ética da desestigmatização, da valorização da pessoa em sofrimento psíquico.

Inserida neste modelo, como uma das muitas possibilidades de práticas complementares, está a Terapia Comunitária, uma tecnologia de promoção de saúde mental ancorada sobre o princípio da fala e da escuta e em um arranjo interdisciplinar que se distancia dos modelos explicativos e interventivos hegemônicos da psiquiatria para tentar estimular ações criativas capazes de levar indivíduos ao resgate dos valores individuais e comunitários. De acordo com o próprio criador, os objetivos da Terapia Comunitária são 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).

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, como era o caso da Terapia que acompanhei. Além disso, 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)

Na perspectiva do seu criador, a Terapia “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). Seria então 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).

A Terapia Comunitária, portanto, encerraria 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).

Diante de toda sua aparente potencialidade para a valorização da pessoa acometida de transtorno, nosso olhar se voltou para a Terapia Comunitária, intentando responder a seguinte problemática: *as relações estabelecidas entre pessoas acometidas de transtorno psíquico, a partir de sua participação nesta tecnologia, se configuram como situações com características de desestigmatização?*

Para responder essa pergunta, analisei os dados construídos a partir das entrevistas e confeccionados por meio do diário de campo, utilizando a análise de conteúdo e os indicadores que apontei na sessão sobre desestigmatização, isto é, as categorias de equalização de status, aproximação e colaboração. Com isso procurei sintetizar as falas em subcategorias temáticas que indicassem os aspectos de uma agenda de superação do estigma encontrados dentro da Terapia, conforme as três

categorias temáticas mais amplas. Esse procedimento permitiu a construção do seguinte quadro:

Indicadores de superação do estigma

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

Na análise ficou claro que a terapia é um espaço de equalização do status social porque se apresentou como uma tecnologia combatadora do empobrecimento da humanidade da pessoa acometida com transtorno, isto é, uma tecnologia que manifesta um esforço constante de combate aos pensamentos e práticas que reduzem o ator a condição de doente. Primeiramente, isso ocorria através de um caloroso cenário de apoio que reverberava na associação entre a terapia e a instituição da família por parte dos participantes, conforme fica claro na seguinte fala de um dos participantes: ***A terapia é como se fosse uma família[...] você fica mais a vontade [...] são pessoas de casa;***

Além disso, toda a dinâmica da terapia oferecia aos participantes a possibilidade da desconstrução do estereótipo de louco e a construção de um entendimento dos transtornos mentais como problemas comuns, problemas vinculados a questão existencial do sofrimento humano. Assim, foi possível escutar afirmações como: ***Eu percebi que isso é um problema comum, todo mundo... qualquer pessoa pode ter.***

Como não se trata de uma tecnologia que segue padrões psiquiátricos, mas que se propõe a ser mais abrangente, a terapia não apenas oferecia um lugar de fala e escuta para pessoas acometidas com transtorno, mas também para seus cuidadores e demais pessoas da comunidade que se sentissem à vontade no espaço. Essa pluralidade de atores, vivendo diversas condições existenciais, permitia que os presentes protagonizassem exercícios de promoção a tolerância. Além de constatar isso pessoalmente através de minha observação, pude observar isso na fala de uma das

cuidadoras que frequentavam a roda, conforme pode ser lido nesta sua fala: [...] **deixa a gente mais tolerante, deixa a gente com a mente aberta,**

A aceitação, a desconstrução dos estereótipos clássicos do louco, bem como a promoção de tolerância, gerou impactos substanciais nas pessoas acometidas de transtorno que frequentavam a Terapia Comunitária, garantindo-lhes o experienciamento de sentimentos de apoio, bem-estar e autoestima, como deixa claro a fala de um dos participantes: [...] **faz com que possa apoiar um ao outro, a amizade que nós temos [...] faz com que a pessoa possa ficar mais empolgada e mais feliz.**

A Terapia também se mostrou um lugar de aproximação. Ela se mostrou como um espaço para a partilha das mais diversas experiências, um ambiente onde os seus participantes trocavam dores e partilhavam alegrias. Essa partilha de experiências indicou a existência de duas características fundamentais para a desestigmatização: a existência de relacionamentos positivos e um ambiente socialmente estável (HINSHAWS, 2009). Dessa maneira, a Terapia propiciou a construção de novos vínculos saudáveis e a busca pela recuperação de laços perdidos como fica claro nestas falas: (a) **Eu gosto da praça(onde ocorre a terapia visitada) porque tem as pessoas, a gente conversa, a gente ouve, a gente se inter-relaciona [...] a praça é o oásis do internamento;** (b) **Estou mais participativo, conversando mais, estou rindo mais, até na minha família, estou mais junto.**

Em relação a colaboração, a Terapia não apresentou resultados substanciais para a maioria dos participantes. Todavia, ajudou alguns dos seus participantes a se olharem como protagonistas de si mesmos, levando-os a participarem de práticas associativas religiosas e políticas, espaços que não orbitantes de seu transtorno. Assim, dois deles envolveram-se com a associação do bairro e com esforço pela melhora do posto de saúde. Além disso, um desses ainda se envolveu com uma ONG religiosa voltada ao apoio de pessoas em situação de miséria. O participante que apresentava o quadro mais grave de transtorno conseguiu um trabalho em um comércio e a comunidade passou a respeitá-lo, olhando-o para além de suas limitações e do estigma de “doido do bairro”. Todavia, esses três atores configuravam uma exceção a regra, pois, a maioria dos participantes da Terapia não apresentou uma maior participação em atividades da comunidade ou que se configurassem como atividades para além daquelas de sua rede primária, ou seja, egocentrada, conforme pode ser percebido na fala de uma terapeuta: **A gente cobra muito assim, deles também reivindicarem as coisas. São amigos e isso, a gente conseguiu, mas eles ficam cada um vivendo sua vida, né?**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que já foi exposto aqui, podemos dizer a Terapia é um espaço promotor de contato positivo. Ela propicia aos atores acometidos de transtorno psíquico uma melhora de sua condição, o que tem haver com a busca pela humanização. Essa humanização se inicia no esforço da equalização dos status. Ao levar os atores a entender o outro como um igual e a se perceberem também como um atores que pode vir a sofrer, a Terapia também cria ponte de afetos, que se manifestam na partilha das mais diversas experiências. A consequência da troca de experiências é o estabelecimento de novos laços sociabilidade, que propiciam a vivência de novas relações interpessoais ou a vontade de recuperação daquelas abaladas pelos infortúnios trazidos pelo transtorno.

A Terapia, de certa forma, se demonstrou como um grande bolsão para a maioria dos participantes, ou seja, um lugar onde relaxam, um refúgio onde podem recuperar suas forças. Todos os participantes acabaram por instrumentalizar um capital social vinculado a ideia da Terapia como um *locus de* cheio de possibilidade de auxílio, suporte e também lazer. Esse capital estava ancorado na conexão que criaram uns com os outros, amparada no sentimento de apoio mútuo e pertença que acabava por reverberar em sua confiança e bem estar. Lá, eles riram, trocaram suas dores e cultivaram uma relação saudável que foi além do esteriótipo do transtorno que parte o grupo carregava. Todavia, ao menos para a maioria, a força que encontravam na Terapia não se expandiu para outras iniciativas ou participações nos demais espaços da vida do bairro.

Terapia Comunitária se mostrou como 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. Ela 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 BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D., TORRE. E. H. G. 30 Anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira:: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B.A.S.M, FONTE, E.M.M. (Organizadores) **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental:** análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ufpe, 2010. p. 113-136.

BARRETO. Adalberto. As dores das almas dos excluídos do Brasil e a Terapia Comunitária In: GRANDESSO M., BARRETO M.R Organizadoras. TERAPIA COMUNITÁRIA: tecendo redes para a transformação social. Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 19-26

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

BENOIST, Jean. Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, 2007.[internet] Disponível em : http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/logique_stigmatisation/logique_stigmatisation.html.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa : Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. **Texto contexto** - enferm. 2006, 15, (4): p. 679-684.

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

FONTES, B.A.S.M. Redes Sociais e Enfrentamento do Sofrimento Psíquico:: sobre como as pessoas reconstruem suas vidas. In: FONTES, B.A.S.M, FONTE, E.M.M. (Organizadores). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análises de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ufpe, 2010. p. 355-388

FONTES, B.A.S.M. **Redes, Práticas Associativas e Poder Local**. Curitiba: Appris; 2011.

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

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

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>. acesso em: 25/10/16

MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico, 2008. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/extra/2009_09_04_11_14_09_as_redes_sociais_martins1.pdf> Acesso em: 25/10/16.

MORAES, R. **Análise de Conteúdo**. Rev. Educação, 1999; 22, (37): p 7-32.

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.

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