



RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VALMICHELE PRACIANO REBOUÇAS

**O USO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO
TRATAMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: OS
RELATOS DOS USUÁRIOS DESSE EQUIPAMENTO NO PROJETO
QUATRO VARAS NO BAIRRO PIRAMBU**

FORTALEZA

2016

VALMICHELE PRACIANO REBOUÇAS

O USO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO TRATAMENTO
À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: OS RELATOS DOS
USUÁRIOS DESSE EQUIPAMENTO NO PROJETO QUATRO VARAS NO
BAIRRO PIRAMBU

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Orientadora: Prof. (a) Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes

FORTALEZA

2016

VALMICHELE PRACIANO REBOUÇAS

O USO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO TRATAMENTO À PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL: OS RELATOS DOS USUÁRIOS DESSE
EQUIPAMENTO NO PROJETO QUATRO VARAS NO BAIRRO PIRAMBU

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
(Orientadora)

Prof.^a Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos
(1^a Examinadora)

Prof.^a Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão
(2^a Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por possibilitar que tudo isso acontecesse e me fazer superar todas as dificuldades que surgiram ao longo dessa caminhada.

À faculdade Ratio pela oportunidade de fazer o curso de Serviço Social.

À minha orientadora Virzângela Sandy Mendes, por sua paciência, por suas fundamentais correções, orientações, por sua motivação, enfim, por sua grande e importante dedicação e colaboração na produção e aprimoramento deste trabalho.

A todos os professores que me proporcionaram novos e valiosos conhecimentos, que me incentivaram a buscar sempre mais informações e que contribuíram para a minha formação.

E à minha família, principalmente à minha mãe, e aos amigos, especialmente à minha amiga de todas as horas Sandra Dias pelo apoio de sempre, os meus sinceros agradecimentos.

**“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”**

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

Por vários anos a pessoa com transtorno mental teve um tratamento isolador, em que a principal forma de atendimento era nas internações psiquiátricas. Contudo após a Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreram muitas mudanças e atualmente a Terapia Comunitária Integrativa é um dos instrumentos de promoção à saúde mental que contribui para melhoria desses pacientes mobilizando os recursos e as competências dos próprios indivíduos e da comunidade. Nesse sentido, esta pesquisa teve o objetivo de analisar o uso da Terapia Comunitária Integrativa no tratamento da pessoa com transtorno mental a partir dos relatos dos usuários desse equipamento do projeto Quatro Varas no bairro Pirambú. Para essa finalidade utilizou-se da pesquisa qualitativa, realizada a partir dos depoimentos das pessoas com transtorno mental participantes da TCI, pois se compreendeu a necessidade de considerar a subjetividade ao analisar a realidade da pessoa com transtorno mental, bem como as particularidades dos sujeitos dessa pesquisa. Os resultados revelam que a Terapia Comunitária Integrativa é um importante espaço comunitário de cuidado da pessoa com transtorno mental, possibilitando mudanças na vida dos usuários e levando-os a uma melhor qualidade de vida. A partir da análise dos relatos foi possível perceber que o uso da Terapia Comunitária no tratamento da pessoa com transtorno mental demonstrou ser muito relevante, principalmente por meio da escuta e partilha das experiências e criação de vínculos de amizade, comunitários e sociais durante a TCI capazes de transformar a realidade da pessoa com transtorno mental.

Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa; Transtorno mental; Transformar; Espaço comunitário.

ABSTRACT

For several years the person with mental disorder had an isolating treatment, in which the main form of care was in the psychiatric hospitalizations. However, after the Psychiatric Reform in Brazil there have been many changes and currently the Integrative Community Therapy is one of the tools to promote mental health that contributes to the improvement of these patients by mobilizing the resources and skills of individuals and the community. In this sense, this research had the objective of analyzing the use of Integrative Community Therapy in the treatment of the person with mental disorder from the reports of the users of this equipment of the Quatro Varas project in the Pirambú neighborhood. For this purpose we used the qualitative research, based on the testimonies of people with mental disorders participating in the TCI, because it was understood the need to consider subjectivity when analyzing the reality of the person with mental disorder, as well as the particularities of the subjects of this search. The results show that Integrative Community Therapy is an important community space for the care of people with mental disorders, allowing changes in the lives of users and leading to a better quality of life. Based on the analysis of the reports, it was possible to perceive that the use of Community Therapy in the treatment of the person with mental disorder proved to be very relevant, mainly through listening and sharing of experiences and creation of friendly, communitarian and social bonds during the TCI To transform the reality of the person with mental disorder.

Key words: Integrative Community Therapy; Mental disorder; To transform; Community space.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MISMEC	Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS),
PNA	Política Nacional sobre o Álcool
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TER	Terapia para Redução do Estresse Comunitário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PERCURSO METODOLÓGICO	13
2.1 O caminho percorrido para o desenvolvimento do estudo	13
2.2 Local do estudo.....	18
2.3 Sujeitos do estudo.....	20
3 OS AVANÇOS NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	21
3.1 Resgatando a história da loucura	21
3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	26
3.3 A Política de Saúde Mental no Brasil.....	34
4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	43
4.1 Conhecendo a Terapia Comunitária Integrativa: fundamentação teórica, conceitos, objetivos e ética	43
4.2 O desenvolvimento da Terapia Comunitária Integrativa.....	49
4.3 A Terapia Comunitária Integrativa na promoção da saúde mental: os relatos das pessoas com transtorno mental inserida na TCI do Projeto Quatro Varas no bairro Pirambu	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS	69
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	70

1 INTRODUÇÃO

Por vários anos a pessoa com transtorno mental teve um tratamento discriminador e isolador, que utilizava apenas medicamentos no tratamento dos sintomas, com a permanência em instituições psiquiátricas, pautado no distanciamento dos familiares e da sociedade, enfim, com ênfase na exclusão social. Contudo, ocorreram várias mudanças que nos levaram ao atual modo de atendimento e tratamento desses pacientes, baseado em leis e principalmente na inclusão social dessas pessoas.

Em 1970, no Brasil, se iniciou o processo da reforma psiquiátrica, que buscava uma mudança no modo de tratamento clínico da doença mental com a luta Antimanicomial. Nesse período ocorreu o processo de desinstitucionalização da loucura que segundo Barros “revelou o manicômio como locus de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade” (1994, p. 175). Nesse período foi colocado em discussão o tratamento que era dado às pessoas com transtornos mentais que se encontravam internadas em várias instituições psiquiátricas.

A implantação de legislações a respeito do tratamento desses pacientes no Brasil, como a Lei Estadual nº 12.151, mais conhecida como Lei Mário Mamede de 1993 e a Lei nº 10.216 (de 2001) que assegura os direitos da pessoa com transtorno mental, também foram de grande importância nesse processo. Iniciou-se então a Política de Saúde Mental que de modo geral busca assegurar o tratamento das pessoas com transtornos mentais sem internações longas e com o convívio com sua família e com a sociedade em geral.

Dessa forma, fica claro que esse movimento pela reforma psiquiátrica foi muito importante para a alteração que ocorreu em relação à forma de tratamento à pessoa com transtorno mental no Brasil, que atualmente visa à independência do usuário e sua inclusão social, que se fundamenta em direitos e com outras formas de tratamento como, por exemplo, a utilização de residências terapêuticas, ocas de saúde comunitárias e da terapia comunitária integrativa¹.

Nesse contexto, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um dos serviços de cuidados na comunidade e tem como objetivo favorecer a atenção primária em saúde mental e

¹ Ao longo deste estudo será apresentada a história da Política de Saúde Mental no Brasil, bem como os equipamentos vinculados a mesma.

atualmente é uma importante ferramenta utilizada no tratamento da pessoa com transtorno mental.

A partir dessas considerações o presente estudo parte da seguinte questão: como é o uso da Terapia Comunitária Integrativa do projeto Quarto Varas no bairro Pirambu no tratamento a pessoa com transtorno mental? Assim, surgem alguns objetivos como: Conhecer a importância para os usuários de partilhar suas experiências de vida e as relatadas pelos outros durante as rodas de terapia comunitária. Avaliar os vínculos que podem ser construídos após a inserção da pessoa com transtorno mental nesse equipamento; verificar quais as principais mudanças relatadas pelos usuários a partir de sua inclusão na TCI do projeto Quarto Varas. Colocar essas questões em destaque torna-se necessário para mostrar que existem novas e melhores formas de tratamentos que contribuem para uma boa qualidade de vida das pessoas que necessitam desse atendimento.

É importante ressaltar que o número de pessoas que necessitam desse atendimento não é pequeno, pois de acordo com o último Censo 2010 do IBGE² 23,9% da população total residente no país têm algum tipo de deficiência, desse percentual 1,40% possui deficiência mental ou intelectual. A Região Nordeste teve a maior taxa de pessoas com pelo menos uma das deficiências (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), de 26,3%, já o O Ceará possui 27,69%. Em números de pessoas com deficiência mental ou intelectual no estado do Ceará é 125.353.

Compreende-se então a ligação do assistente social com essa questão da saúde mental, pois este profissional esteve historicamente envolvido na área da saúde mental, de acordo com Vasconcelos (2000) a formação dos primeiros assistentes sociais nas escolas de Serviço Social, visava introduzir esses profissionais em hospitais psiquiátricos para desenvolver funções direcionadas a área da assistência social. Durante a Ditadura Militar ocorreu uma ampliação dos manicômios, o que aumentou o mercado de atuação dos assistentes sociais.

Ressalto, ainda, que o assistente social é um profissional necessário no atendimento ao paciente com transtorno mental, uma vez que é um trabalho que deve ser realizado com a cooperação de vários profissionais, dentre eles o assistente social, como diz Amarante (2011) na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre

² Censo 2010 do IBGE. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

sujeitos, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Por esses motivos, considero o estudo sobre a terapia comunitária no atendimento à pessoa com transtorno mental importante para a minha área de atuação como futura assistente social.

O interesse pelo tema dessa pesquisa não envolve uma questão pessoal e surgiu, contudo, quando realizei um estudo de campo no Projeto Quatros Varas (em 2015) enquanto cursava a disciplina de Políticas Sociais Setoriais no 5º semestre da faculdade. Na realidade já na disciplina de Pesquisa em Serviço Social II também no 5º semestre da faculdade meu estudo era voltado para questão da saúde mental e pretendia permanecer com essa mesma temática para o TCC. Nessa visita ao Projeto Quatros Varas tive a oportunidade de conhecer o projeto, bem como todas as atividades que lá eram desenvolvidas e oferecidas à comunidade, uma dessas atividades é a Terapia Comunitária Integrativa.

Na ocasião foi informado por uma profissional que atua no projeto que a terapia era disponível para a comunidade em geral e também era indicada para as pessoas com algum tipo de transtorno mental, porque nessa terapia se fortaleciam os vínculos sociais. Nessa conversa, ainda foram relatadas as melhorias dos pacientes que participavam do projeto através da terapia comunitária. Isso me instigou a realizar essa pesquisa e a partir de então decidi falar sobre o uso da terapia comunitária no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Para analisar o uso da terapia comunitária integrativa no tratamento à pessoa com transtorno mental, este estudo utilizou-se da pesquisa de dados qualitativos, pois segundo Marconi e Lakatos (2006, p. 269) a preocupação da metodologia qualitativa está “em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.”. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa será utilizada, pois assim pode-se fazer o estudo do assunto de forma geral e aprofundada, tendo em vista também a necessidade de considerar a subjetividade ao analisar a realidade da pessoa com transtorno mental, bem como suas particularidades.

Ao iniciar a investigação acerca desse assunto, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica com objetivo de produzir uma base teórica à construção dessa pesquisa, com intuito para obter mais informações e conhecimentos sobre o objeto estudado, com base em alguns autores que tratam da temática da saúde mental e terapia comunitária, dos quais

destaco Michel Foucault, Lia Carneiro Silveira, Violante Augusta Batista Braga, Maria Henriqueta Camarotti e Adalberto de Paula Barreto.

Nesse processo, realizou-se uma pesquisa de campo por compreender a necessidade de dialogar com a realidade e investigar o local exato em que ocorrem os fatos a serem analisados. Essa pesquisa de campo foi realizada no projeto Quatro Varas localizado na Rua Profeta Isaias, 456 – Pirambu (Fortaleza/CE) que, dentre outras atividades, realiza a Terapia Comunitária Integrativa, e é especificamente nessa atividade que será realizada a investigação de campo.

A coleta de dados também é um elemento muito importante na elaboração dessa pesquisa, assim para alcançar as informações necessárias do local visitado na pesquisa de campo optou-se por utilizar a entrevista que, segundo Minayo (2013, p. 261), acima de tudo é “uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do investigador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de tema igualmente pertinentes tendo em vista esse objetivo”.

Nesse sentido, a escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados ocorreu por se compreender a necessidade de apreender mais profundamente a subjetividade das pessoas entrevistadas, de modo a avaliar melhor as experiências e perspectivas dos usuários da TCI. Para isso, a entrevista semiestruturada foi utilizada com perguntas abertas para os participantes da TCI para facilitar e garantir a abordagem de determinados assuntos dentro de uma conversa informal e que são relevantes para essa pesquisa. Tendo em vista que de acordo Marconi e Lakatos (2006) é através da entrevista semiestruturada que o entrevistador tem a autonomia para desenvolver cada situação em qualquer caminho que acreditar ser mais apropriado. Uma maneira de conseguir explorar mais profundamente a questão pesquisada.

Para apresentar os resultados desse estudo, o TCC foi dividido em três capítulos, sendo que no primeiro será apresentado um detalhamento do itinerário metodológico. O segundo apresentará um resgate da história da loucura, falará ainda da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental. Finalmente, no terceiro capítulo será abordada a Terapia Comunitária.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 O caminho percorrido para o desenvolvimento do estudo³

Esse capítulo sobre o percurso metodológico é destinado a uma descrição de minha aproximação com o tema estudado, da forma de desenvolvimento, das técnicas usadas e de como ocorreu à execução desse trabalho. Conforme mencionado anteriormente na introdução, o meu interesse pelo tema dessa pesquisa não envolveu uma questão particular e surgiu apenas na minha trajetória acadêmica, enquanto cursava a disciplina de Pesquisa em Serviço Social II no 5º semestre da faculdade elaborei meu projeto de pesquisa voltado para questão da saúde mental e já pretendia permanecer com essa mesma temática para a elaboração do TCC.

Ao fazer um estudo de campo referente à disciplina de Políticas Sociais Setoriais no ano de 2015 tive a oportunidade de conhecer o Projeto Quatros Varas, nessa visita ao Projeto conheci também todas as atividades que lá eram desenvolvidas e oferecidas à comunidade em geral, sendo a Terapia Comunitária Integrativa uma dessas atividades.

Nessa pesquisa de campo foram me passadas várias informações sobre a Terapia Comunitária, inclusive que era disponível para a comunidade e que também era indicada para as pessoas com algum tipo de transtorno mental. Nessas conversas, ainda foram relatadas as melhorias dos pacientes que participavam do projeto através da Terapia Comunitária, como por exemplo, mais autonomia, sentimento de pertencimento a comunidade. Então como já havia decidido realizar minha pesquisa do TCC relacionada à saúde mental e diante de todos esses relatos sobre a Terapia Comunitária, decidi realizar essa pesquisa sobre o uso da Terapia Comunitária no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

A partir de então para iniciar a investigação acerca do uso da terapia comunitária no tratamento da pessoa com transtorno mental, passei a realizar pesquisas bibliográficas, que na realidade foi uma fonte de estudo constante durante a construção desse estudo. De acordo com Vergara (1998) a “pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral” (p. 46). Complementando esse conceito, Gil (2010) diz que a pesquisa bibliográfica é realizada com base em material já publicado, incluindo material impresso,

³ Este capítulo foi elaborado com verbo na primeira pessoa do singular por falar sobre a aproximação do pesquisador com o objeto e sobre o percurso metodológico.

como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Além disso, também inclui outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela internet.

Assim verificou-se que essa era uma etapa fundamental na elaboração desse trabalho, bem como a importância de utilizar todos os recursos disponíveis como fonte de pesquisa bibliográfica, com intuito de obter maiores informações e conhecimentos sobre o objeto estudado, baseando-se nos principais autores que tratam da temática, como Michel Foucault, Lia Carneiro Silveira, Violante Augusta Batista Braga, Maria Henriqueta Camarotti, e Adalberto de Paula Barreto, referenciais que colaboraram para o entendimento do objeto desse estudo, uma vez que as discursões desses autores estiveram expressas no decorrer na elaboração dessa pesquisa.

Posteriormente foi o momento de decidir qual pesquisa seria utilizada que, para Gil (2007, p. 17), é o procedimento “[...] que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados”.

Nesse sentido, optei por basear meu estudo em uma pesquisa qualitativa, que na concepção de Creswell (2010, p. 43) é “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. E que segundo Marconi e Lakatos (2006, p. 269) preocupam-se “em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.”.

A escolha da pesquisa qualitativa ocorreu devido à necessidade de fazer o estudo do assunto de forma geral e aprofundada, tendo em vista também que nessa pesquisa foi preciso considerar a subjetividade ao analisar a realidade da pessoa com transtorno mental, descrever as complexidades dessa questão, bem como as particularidades dos indivíduos e grupos pesquisados.

Em seguida, passei para outra etapa desse projeto que foi a realização da pesquisa de campo, por entender que esse estudo precisava ser realizado na prática, que precisava dialogar com a realidade, bem como investigar o local exato em que ocorriam os fatos que foram analisados. Sobre essa fase, José Filho (2006) diz que “o ato de pesquisar traz em si a

necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos” (p. 64).

Vergara (1998) também fala sobre a importância de realizar a pesquisa no local de estudo ao dizer que a “pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explica-los” (p. 45). Como já citado no início, minha pesquisa de campo foi realizada no projeto Quatro Varas. Este foi criado em 1987 no Bairro do Pirambu em Fortaleza/CE por Airton Barreto e Adalberto de Paula Barreto e, dentre outros objetivos, esse projeto procura acolher as pessoas com transtornos mentais, inclusive na atividade de Terapia Comunitária.

A Terapia Comunitária é uma das atividades desenvolvidas no projeto Quatro Varas que é indicada para a população em geral e também para as pessoas com transtornos mentais, para que estas possam construir vínculos e que valoriza o saber e competência dos indivíduos e da comunidade. Nesse método, a própria comunidade trata as pessoas com transtorno mental através do compartilhamento de experiências. É especificamente nessa atividade que foi realizada a investigação de campo.

Nessa lógica, para fazer essa análise, inicialmente foi realizada a primeira visita ao projeto Quatro Varas em 18/08/2016, nesse primeiro momento conversei com Cristina, a coordenadora do projeto. A princípio gostaria de destacar o quanto fui bem recebida no projeto, bem como a disposição da Cristina para me ajudar e cooperar com minha pesquisa, disse que as portas estavam abertas e que eu poderia ir ao projeto os dias que achasse preciso. Nessa ocasião tive a oportunidade de apresentar meu trabalho e os objetivos que pretendia alcançar. Esse primeiro passo foi muito importante, pois foi nesse encontro que consegui a autorização da instituição para realizar o meu estudo no projeto Quatro Varas.

A Terapia Comunitária no projeto Quatro Varas acontece todas as quintas-feiras das 13h às 15h30, desde então nas minhas visitas posteriores ao projeto e as rodas de Terapia Comunitária, utilizei umas das técnicas de pesquisa que considerei muito importante nesse trabalho, a observação, que segundo Gil (2010) “[...] apresenta como principal vantagem, em relação às outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação” (p. 100). Na realidade a princípio priorizei a observação não participante, que para Marconi e Lakatos (2006), permite ao pesquisador está em contato com o grupo pesquisado, mas sem se envolver com as situações observadas.

Essa técnica de pesquisa se tornou relevante para mim, pois ao observar de perto as rodas de Terapia Comunitária percebi que seria necessário encontrar uma maneira para identificar as pessoas que poderiam ou não participar da minha pesquisa, tendo em vista que a Terapia Comunitária é uma atividade aberta à população local e que não poderia simplesmente perguntar diretamente para as pessoas que estavam participando da TC, quem tinha algum transtorno mental e assim saber quem faria parte da minha amostra. Diante disso compreendi que não seria tão simples identificar dentre os participantes, aqueles que poderiam participar da amostra, que precisaria ser formada das pessoas que participavam da TC e que já tiveram ou estavam tendo algum tipo de transtorno mental.

Então vendo a necessidade de seguir um critério para determinar como a amostra seria constituída, optei por fazer uma pergunta inicial: “o que levou você a participar da terapia comunitária?”. Passei a fazer essa pergunta inicialmente porque percebi que quando fazia essa indagação às pessoas sempre me respondiam falando sobre o problema que as tinham levado a participar da terapia, como depressão, morte de um familiar, estresse, entre outros.

A partir de então, já sabendo qual o problema que tinha levado cada pessoa a fazer parte da TC, consegui definir as pessoas que poderiam compor minha amostra, considerando que, segundo Deslauriers (2008), a amostra tem por objetivo produzir informações aprofundadas e ilustrativas independentemente de seu tamanho, importando que seja capaz de produzir novas informações. Dessa forma, quando as pessoas me falavam o problema que as tinham incentivado a participar das rodas de Terapia Comunitária, consegui saber quais pessoas estavam na terapia devido a algum transtorno mental.

Após definir a amostra e me baseando na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 sobre Ética em Pesquisa, quando abordava as pessoas para fazer a minha pesquisa, primeiro esclarecia sobre a natureza da pesquisa, os objetivos que buscava alcançar e métodos que estava utilizando, pois entendia a importância da autorização dos participantes da pesquisa, que deveriam aceitar ser pesquisados de forma voluntária e muito esclarecida. Sobre a questão do sigilo das informações coletadas para fins científicos, elaborei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com um linguajar bem objetivo e de fácil compreensão porque visava o total esclarecimento sobre essa pesquisa que essas pessoas se disponibilizaram a participar.

Foi também por meio da técnica de observação que decidi usar o termo “sofrimento psíquico” no lugar de “transtorno mental” durante minha aproximação com as pessoas no momento em que explicava sobre minha pesquisa, isso aconteceu porque percebi que esse era o termo usado durante nas rodas de TC quando se tratava de uma questão mental, senti que precisava facilitar minha aproximação do grupo e das pessoas usando seus próprios termos.

A coleta dos dados também foi um elemento muito importante na execução dessa pesquisa, no que se referiu à parte prática do trabalho, pois por meio dessa coleta busquei as informações necessárias para chegar aos objetivos da minha pesquisa.

Deve-se elaborar um plano que especifique os pontos de pesquisa e os critérios para a seleção dos possíveis entrevistados e dos informantes que responderão aos questionários ou formulários. A coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa de campo, mas não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita. Os dados coletados serão posteriormente elaborados, analisados, interpretados e representados graficamente. Depois, será feita a discussão dos resultados da pesquisa, com base na análise e interpretação dos dados (ANDRADE, 2010, p. 137).

Assim, para alcançar as informações necessárias do local visitado na pesquisa de campo, a Terapia Comunitária do projeto Quatro Varas, decidi utilizar a entrevista, que segundo Martins (2008), é um método de coletar dados “cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador” (p. 27).

Ainda sobre a entrevista, Lakatos e Marconi (2003) informam que é o ato de duas pessoas colocarem-se em frente com o objetivo de extrair informações acerca de um determinado tema que uma delas poderá oferecer e que é de interesse da outra pessoa, esse processo se dá por intermédio de uma conversação de finalidade profissional. Além disso, Minayo (2013) revela que a entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho em campo e usada para coleta de informações sobre determinado tema científico.

Levando em consideração os conceitos de entrevista, sua escolha como instrumento de coleta de dados ocorreu devido à clara necessidade de apreender a subjetividade das pessoas entrevistadas, de modo a avaliar melhor suas experiências na Terapia Comunitária. Foi através da entrevista que as pessoas compartilharam comigo suas experiências, bem como suas perspectivas acerca do uso da TCI no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Para aplicar essas entrevistas, ao final de cada roda de Terapia Comunitária no projeto Quatros Varas, me aproximava dos participantes, me apresentava, esclarecia sobre minha pesquisa e os objetivos e então fazia a pergunta “o que tinha levado a pessoa a participar da TC”, pois como expliquei anteriormente foi através dessa indagação que identifiquei quem poderia participar da pesquisa, a partir de então fazia perguntas como: Com que frequência você participa da terapia comunitária? Qual a importância de poder ouvir as experiências de vida das outras pessoas nas rodas da TCI? Qual a importância de poder partilhar as suas experiências e problemas nas rodas da TCI? Como você se sente após participar da terapia comunitária do projeto Quatro Varas? Qual é o seu sentimento em relação às pessoas que participam da TCI? Porque continua participando da terapia comunitária após sentir que seu problema foi solucionado? Quais as principais mudanças em sua vida após a participação na terapia comunitária do projeto Quatro Varas? Pretende continuar participando da terapia comunitária e por quê.

Optei especificamente pela entrevista semiestruturada, o que me permitiu formular antecipadamente os temas das perguntas, como citado antes. A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu devido essa forma de entrevista ter me dando a possibilidade de serem colocadas outras questões pelas pessoas entrevistadas, pois de acordo Marconi e Lakatos (2006) é por meio da entrevista semiestruturada que o entrevistador tem a autonomia para desenvolver cada situação em qualquer caminho que acreditar ser mais apropriado; uma maneira de conseguir explorar mais profundamente a questão.

Assim, verifiquei ainda que ao fazer perguntas abertas para os usuários da TC durante minhas entrevistas, percebi que as pessoas sempre acabavam colocando outras questões e assuntos que eram pertinentes para esse estudo mesmo sem estarem descritas nas perguntas já formuladas da entrevista, isso facilitou e garantiu que fossem abordados determinados assuntos dentro de uma conversa informal que foram relevantes para essa pesquisa. Todo esse percurso metodológico fez com que eu chegasse aos objetivos que busquei nessa pesquisa.

2.2 Local do estudo

Segundo a instituição, o nome do projeto Quatros Varas surgiu com a seguinte história “um homem já muito velho perto de morrer, chamou seus quatro filhos e mandou que

eles fossem à floresta e trouxessem uma vara cada. Quando eles chegaram, o velho pediu que cada um quebrasse sua vara e eles fizeram, com a maior facilidade. Depois, amarrou-as com uma corda e mandou que os filhos tentassem quebrá-las novamente. Nenhum deles conseguiu e o velho disse: meus filhos, eu não tenho riquezas nem bens para deixar para vocês. Apenas essa lição: enquanto vocês estiverem unidos, nada e nem ninguém vão conseguir quebrá-los. Mas se vocês se separarem, ficarão fracos”.

O projeto Quatro Varas funciona em uma sede própria localizada em uma das áreas mais carentes de Fortaleza que está localizado na área litorânea da zona oeste da cidade. Segundo uma reportagem do Jornal Tribuna do Ceará⁴, o bairro Pirambu, localizado em Fortaleza/CE, é a sétima maior favela do Brasil e possui mais de 42 mil moradores e 11,5 mil domicílios. O Pirambu consta na lista dos aglomerados subnormais⁵ mais relevantes do Brasil, segundo o Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Projeto Quatro Varas surgiu por iniciativa de Airton Barreto, irmão de Adalberto de Paula Barreto, que se mudou do Canindé para Fortaleza no bairro Pirambu aos 15 anos, enquanto crescia foi conhecendo a história do bairro e passando a ter um sentimento de pertencimento ao bairro, Airton, depois de formado em advocacia, decidiu fazer o atendimento a comunidade e ajudar as pessoas com problemas jurídicos. Contudo além das questões jurídicas também apareciam problemas psicológicos e outros.

Após ouvi várias histórias sobre problemas psicológicos, lembrou-se de seu irmão, Adalberto de Paula que era psiquiatra e professor universitário, que também passou a atender a comunidade em relação às questões psicológicas. Nesse momento, Adalberto de Paula Barreto, criou a Terapia Comunitária Integrativa que segundo Grandesso e Barreto (2007), surgiu a partir de um trabalho de promoção a Saúde Mental Comunitária desenvolvido pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará apoiada pelo Centro de Direitos Humanos do Pirambu/CE e pelo Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária. Inicialmente essa ação visava às intervenções pontuais em indivíduos e famílias

⁴ NARLLA, Hayanne. Projeto muda a vida de 2 milhões de pessoas no Pirambu, 7ª maior favela do Brasil. Tribuna do Ceará, 2013. Disponível em: <<http://tribunadoceara.uol.com.br/noticias/fortaleza/projeto-social-pirambu-auxilia-quase-2-milhoes/>>. Acesso em: 9 set. 2016.

⁵ Segundo IBGE: Aglomerado subnormal é o conjunto constituído por 51 ou mais unidades habitacionais caracterizadas por ausência de título de propriedade e pelo menos uma das características abaixo: - irregularidade das vias de circulação e do tamanho e forma dos lotes e/ou - carência de serviços públicos essenciais (como coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

em sofrimento psíquico que tiveram seus direitos de cidadãos violados. Assim, teve início a Terapia Comunitária Integrativa no projeto Quatro Varas.

O projeto Quatro Varas existe há 30 anos e atualmente oferece atividades como: Massoterapia, Yoga, Acupuntura, Vivência corporal, Resgate da Autoestima, Terapia para Redução do Estresse Comunitário (TER) e a Terapia Comunitária Integrativa. Atualmente o projeto também leva o nome de Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC-CE).

2.3 Sujeitos do estudo

Foram consideradas como sujeitos desse estudo as pessoas que participaram das rodas de Terapia Comunitária Integrativa realizadas no projeto Quatro Varas nos meses de agosto, setembro e outubro de 2016. Nessa pesquisa não foi predeterminado um número específico de pessoas, bem como determinação de idade, raça, religião ou sexo, e isso se deve ao se observar em campo a grande variedade de pessoas que participavam das rodas de terapia comunitária. Assim, o único critério de elegibilidade dos sujeitos foi de participar das rodas de terapia comunitária por ter ou já ter tido algum transtorno mental.

Nessa pesquisa foram entrevistadas seis pessoas, todas do sexo feminino, a saber: Teresa de 43 anos que conheceu a terapia comunitária através de pessoas conhecidas que lhe aconselharam a participar da TCI. Ivonete de 46 anos que conheceu a TCI porque assistiu a uma reportagem sobre a terapia comunitária. Janete de 49 anos que conheceu a TCI através de sua irmã que lhe falou sobre a terapia comunitária. Joana de 52 anos e Isabel de 63 anos que conheceram a terapia por meio de um conhecido que lhes falou sobre a terapia comunitária. Zilma de 83 anos que conheceu a TCI porque já morava no bairro Pirambu perto do projeto Quatro Varas.

Após conhecer os sujeitos desta pesquisa, trata-se, no próximo capítulo, sobre os conceitos da história da loucura, a Reforma Psiquiátrica no Brasil e sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, além da contribuição dos entrevistados para essa pesquisa. Esta última parte terá destaque no terceiro capítulo em que será falado da Terapia Comunitária Integrativa.

3 OS AVANÇOS NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

3.1 Resgatando a história da loucura

Durante distintos momentos da história a loucura foi conceituada de diversas formas. Sobre essas várias formas de conceituar a loucura Braga e Silveira (2005) dizem que loucura, alienação, doença mental, sofrimento psíquico e transtorno mental, não foram pensados de uma forma uniforme no decorrer da história, nem no mesmo espaço temporal. E segundo Alves (et al., 2009) a loucura nem sempre foi encarada sob o olhar médico, antes, era concebida como uma maneira de manifestação do humano. O autor acrescenta que esse tema que atualmente é tão controverso chegou a ser objeto das mais diversas explicações, passando desde o campo da mitologia até o da religião.

Dessa forma, pode-se verificar que ao longo de sua história, a loucura teve diferentes denominações, como alienação e doença mental, contudo atualmente os termos mais comuns são sofrimento psíquico e transtorno mental. No Brasil, por exemplo, no Decreto nº 24.559⁶ de 1934 chegou a ser usado o termo “psicopata” ao se referir a pessoa com transtorno mental, conforme demonstra o seguinte texto transcrito do documento original “proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal”.

Segundo Braga e Silveira (2005) a desrazão é compreendida como tudo aquilo que uma sociedade vê como sendo seu “outro”, como a estranheza, a ameaça, a alteridade radical. Essa dimensão pode ser identificada em várias épocas e percebida como essencial nas mais diversas formações histórico-sociais. Contudo mesmo sempre existindo o lugar de exclusão, nem sempre foi o louco que representou a desrazão.

Em relação a essa questão, houve um período em que a loucura chegou a ser valorizada, isso ocorreu na Grécia antiga quando à loucura não era considerada uma doença e sim algo positivo, de acordo com Braga e Silveira (2005) filósofos como Sócrates e Platão, por exemplo, acreditavam que existia uma forma de loucura divina e que através dos delírios dessas pessoas tidas como loucas poderia se ter acesso a verdades divinas e por isso eram consideradas pessoas privilegiadas.

⁶ Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Art. 1º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

Sobre esse período em que a loucura era valorizada, Alves (et al., 2009, p. 86) dizem que o louco “era ouvido como saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia necessidade de seu controle e/ou exclusão”. Contudo segundo Silveira e Braga (2005) isso não queria dizer que essas pessoas eram consideradas normais ou iguais e sim que tinham uma desrazão, que apesar de habitar a vizinhança do homem e do seu discurso, precisava manter uma distância e separar o que era sagrado das experiências terrenas. Dessa maneira, é possível observar que apesar dessa distância que precisava ser mantida, nesse período as pessoas consideradas loucas tinham certa liberdade, uma vez que por ser considerado algo sagrado, esses indivíduos não precisavam ser controlados ou totalmente afastados do convívio em sociedade.

Posteriormente e aos poucos, conforme Silveira e Braga (2005), a loucura se distancia do seu papel de detentora da verdade e segue conduzindo em direção oposta. Isso aconteceu durante a Renascença, quando a concepção positiva que existia na Grécia Antiga mudou totalmente e aqueles que eram considerados loucos acabavam sendo aprisionados sem nenhum tipo de tratamento, eram simplesmente banidos das cidades e da vida em sociedade, conforme explica Foucault (1972, p. 15):

Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão. É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários.

É possível perceber que nesse momento da história não existia nenhuma forma de tratamento ou preocupação da sociedade em relação àquelas pessoas que eram consideradas loucas, uma vez que eram meramente trancafiadas e afastadas da vida social. Contribuindo com essa discussão, Silveira e Braga (2005) relatam que no período da Renascença foi aberta uma brecha entre a experiência mística e a consciência crítica que nunca mais deixou existir e que acentuou o espaço entre o trágico e o crítico. Os autores acrescentam ainda que a loucura não era mais a porta-voz da verdade divina e que em pouco tempo passaria a ocupar o lugar de representante simbólico do mal.

Essa representação do mal ocorreu durante a Idade Média, segundo Alves (et al., 2009) nessa época a loucura era tida como possessão por espíritos malignos, os quais precisavam ser arrancados mediante práticas inquisitoriais e sob o controle da igreja. Além

disso, Silveira e Braga (2005) acrescentam que na Idade Média a lepra era a encarnação do mal e representação do castigo divino e se espalhava rapidamente e causava pavor e sentenciava seus portadores à exclusão, porém com o fim da lepra é deixado um espaço que precisa de um novo representante e que séculos depois as estruturas de exclusão social deixadas pela lepra passam a ser ocupadas pela figura do louco. Complementando essa discussão Foucault (1972, p. 10) comenta que:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.

Dessa forma, verifica-se que quando a lepra foi sanada, a exclusão que o leproso sofria foi direcionada aos considerados loucos. No entanto, Silveira e Braga (2005) ressaltam que apesar de na Idade Média já existirem mecanismos de exclusão do louco, ainda não é nesse momento que a loucura é percebida como um fenômeno que precise de um saber específico. Já no período de desenvolvimento do mercantilismo, o motivo da internação dos loucos muda conforme se explica a seguir.

O mercantilismo dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento da produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos (ALVES et al., 2009, p. 86).

Assim, verifica-se que nesse momento da história devido o mercantilismo visar apenas o lucro, aqueles que não podiam produzir e consumir colaborando assim com o comércio eram julgados como ociosos e por esse motivo eram internados, que dentre outras pessoas, incluía aquelas tidas como loucas.

Já no século XVIII durante o Iluminismo, a loucura passou a ser vista de outra maneira, como um objeto do saber médico, com isso o louco passou a ser estudado pela medicina e a receber cuidados específicos da psiquiatria. A respeito desse novo olhar sobre a loucura, Silveira e Braga (2005) afirmam que esse século foi marcado pela apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, passando a ser caracterizado como doença mental e por isso podendo ser curada.

Foi nesse mesmo século que o médico Pinel criou a concepção de doença mental ligada a uma alienação mental e sobre esse conceito de alienação mental Torre e Amarante explicam que:

Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como o alienismo. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade é, por extensão, perigoso, para si e para os demais (2001, p. 74-75).

Dessa forma, pode-se observar que esse conceito criado por Pinel é uma concepção superficial, por considerar o louco ou alienado um ser que simplesmente não possui juízo e que deveria ser excluído da sociedade por ser um perigo para os outros. Foi o médico Philippe Pinel que, segundo Alves (et al., 2009), definiu um novo *status* social para a loucura referente à apropriação da loucura pelo saber médico. Então a partir desse momento, a loucura passa a ser sinônimo de doença mental e dessa maneira se a loucura era uma doença, precisaria ser tratada medicamente. Contudo Alves (et al., 2009) destacam que com o objetivo de estudar e procurar uma cura para os loucos, as ideias de Pinel na realidade reforçaram a separação dos loucos e as demais pessoas que também eram excluídas.

Discordando dessas ideias de Pinel, Alves (et al., 2009) dizem ainda que “com Pinel o louco é libertado das correntes e dos porões, pode-se também dizer que este não é libertado do hospício. Esta é a liberdade intramuros, ou seja, o alienado é privado da liberdade para ser tratado, devendo ser dobrado, tutelado, submetido e administrado” (p. 88). Igualmente contrários às ideias de Pinel, Silveira e Braga (2005) afirmam que se tira desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e sobre sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista. Foi ainda durante esse período que segundo Alves (et al., 2009) o asilo foi considerado a melhor forma terapêutica. Nesse local era aplicada a reclusão e a disciplina, objetivando um tratamento moral, por consequência o universo da loucura é definitivamente excluído do espaço social.

Então para excluir aqueles considerados loucos foram sendo criados esses asilos com fins de tratamento e a partir de então os doentes mentais começaram a ter um local específico para serem tratados. Divergindo desse modelo de tratamento Foucault (1972) diz que no momento que a loucura se torna um saber médico, ela ganha precisão, mas perde na percepção concreta, o asilo, local onde se deve encontrar a verdade sobre a loucura, permite

apenas diferencia-la do que não é a sua verdade. Também contrariando esse tratamento asilar Amarante (1995) fala que o asilo, que seria o lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades.

Contribuindo com essa discussão sobre a institucionalização da loucura, Alves (et al., 2009) dizem que a cultura asilar, com o tratamento moral, com sua ideologia de punição, regulação e sociabilidade, na realidade cria verdadeiras “fábricas de loucos”, reproduzindo uma concepção preconceituosa e totalitária, que na verdade discrimina, vigia, isola e que tem na doença, o seu único e absoluto objeto. Acrescentam ainda que a prisão e o isolamento, bem como os métodos de controle, vão do aspecto físico para o simbólico e que isso causa verdadeiras mutilações no ser, algumas até irreversíveis. Além de ser um trabalho que se distância da reabilitação, provoca uma degeneração, por meio do enfraquecimento da autonomia e da individualidade e ainda por coisificar o ser e iniciar o sujeito numa carreira moral estigmatizada. Sobre essas instituições psiquiátricas, Alves (et al., 2009) afirmam que este local:

[...] configura-se como um lugar de segregação, expurgo social, onde são confinados, na maioria das vezes sem o direito de escolher, aqueles que, desviantes do padrão de razão ocidental, não correspondem às expectativas mercantilistas da sociedade. [...] os hospitais psiquiátricos são comparados a grandes campos de concentração, devido à miséria e maus tratos a que são submetidos os internos (p. 88).

Dessa maneira, é possível constatar que as instituições psiquiátricas, lugar que na teoria deveria ser o local de tratamento da pessoa com transtorno mental, na prática se tornaram um lugar de discriminação, que servia para “manter a limpeza social”. Podendo até mesmo ser comparadas aos campos de concentração que existiam durante o Nazismo, por haver tanta miséria e desumanidade dentro de seus muros.

Muitos anos de institucionalização da loucura se passaram até que conforme Alves (et al., 2009) surgem as grandes indagações no mundo a respeito do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder, que foram influenciadas pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica e também várias outras barbaridades que ocorreram nestas circunstâncias. Colaborando com essa fala, Silveira e Braga (2005) dizem que nesse momento surge um cenário bastante favorável para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na atualidade e inclusive alguns desses movimentos colocaram em discussão o próprio dispositivo médico psiquiátrico, bem como as suas instituições. Esses autores ainda

citam como exemplo desses movimentos, a experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia e Trieste que tinham como principal referência à defesa da desinstitucionalização.

A respeito desse movimento, Alves (et al., 2009) dizem que em 1971 Basaglia tornou-se diretor do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, já convencido que não era possível reformar o Manicômio. Dando início então a um projeto mais sólido de desinstitucionalização, com a finalidade de desconstruir o aparato manicomial, como também toda a lógica de segregação que para ele era escondida. Além disso, Basaglia acreditava que a própria estrutura social deveria revisar os valores e práticas institucionais excludentes. Tornando-se assim fundamental para a ideia inicial que deveria ser produzido um novo imaginário social para a loucura, capaz de desvincular a loucura dos conceitos de periculosidade, incapacidade, preguiça, dentre outros, bem como capaz de criar uma nova relação entre o “louco” e a sociedade.

Assim, depois de vários anos de institucionalização da loucura e influenciado pela reforma psiquiátrica italiana, surgiu no Brasil a reforma psiquiátrica no final dos anos setenta. Com essa reforma psiquiátrica brasileira aos poucos as internações foram sendo substituídas pelo tratamento que objetiva a inclusão social, com a integração da pessoa com transtorno mental a comunidade. É especificamente sobre a reforma psiquiátrica brasileira que o próximo item tratará.

3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para abordar a questão da saúde mental no Brasil é imprescindível falar sobre o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Por muitos anos apenas a internação em hospitais psiquiátricos era a forma de tratamento disponível para pessoas com transtornos mentais. Segundo Moura (1987), o modelo de assistência psiquiátrica predominante no Brasil, baseado na legislação de 1934⁷, indicava para o tratamento das pessoas com transtorno mental, a hospitalização e o asilamento do doente mental, mas, sobretudo, visava à segurança da ordem e da moral pública. Contudo o autor esclarece que atualmente este modelo é falido e sua base

⁷ Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Texto transcrito do documento original. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

ideológica, desmistificada. Sobre esse modelo Rocha (1989) acrescenta que sua questão central não era o tratamento as pessoas com transtorno mental e sim somente o seu isolamento.

Assim, por muito tempo a pessoa com transtorno mental tinha seu tratamento pautado no isolamento e na exclusão social, não havendo nenhum questionamento ou indagação por parte da sociedade em geral a respeito da forma como essas pessoas eram tratadas dentro das instituições psiquiátricas até que de acordo Amarantes (1996), a partir do final dos anos 1970 teve início o processo de reforma psiquiátrica no Brasil que serviu para apontar as inconveniências desse modelo que fundamentava os paradigmas da psiquiatria clássica e que fazia do hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, além de causar a cronicidade da doença, bem como a exclusão dos doentes mentais do convívio social em todo o país. Para esse mesmo autor a reforma psiquiátrica que hoje é defendida, é fruto de uma maior maturidade teórica e política, que foi conseguida ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada.

Nesse mesmo período já estava acontecendo outro movimento, o da Reforma Sanitária que colocava em debate a questão da saúde no Brasil com o fim da ditadura militar. A ideia desse movimento surgiu com o lançamento da revista Saúde em Debate que segundo Fleury (2007) suas primeiras edições representam um tesouro inestimável, os fundamentos da Reforma Sanitária. De forma geral, a Reforma Sanitária teve como resultado a garantia na Constituição de 88 que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Voltando a Reforma Psiquiátrica do Brasil, segundo Devera e Costa-Rosa (2007) com essa reforma se instalou um processo histórico de formulação crítica e prática com finalidade de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, considerando a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico inadmissíveis.

No ano de 1978 ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, o que possibilitou a vinda ao Brasil de diversos e importantes nomes como Franco Basaglia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Nesse mesmo ano foi iniciado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento foi formado por trabalhadores que faziam parte do movimento sanitário, por associações de

familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Por meio desse movimento foi construída uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, bem como a denúncia da violência dentro dos manicômios, da hegemonia de uma rede privada de assistência (BRASIL, 2005)⁸.

Contribuindo para compreender o que acontecia nesse período Amarante (1995) relata que havia sido criada uma indústria para enfrentar a loucura, pois o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e a conciliar pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. Esse Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental também denunciou essa mercantilização da loucura.

Conforme Devera e Costa-Rosa (2007) o debate a respeito da loucura, a violência institucional e a segregação ultrapassou os muros do Hospital Psiquiátrico, das universidades e ganhou domínio público, por meio de uma série de denúncias na imprensa. Esses autores acrescentam que o sistema acolheu as denúncias e elaboraram novas propostas e ordens de serviço vindas do Ministério de Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social.

A reforma psiquiátrica buscava então uma mudança no modo de tratamento clínico da doença mental e surgiu em meio a uma série de denúncias dos profissionais da saúde que colocaram em questão os maus tratos, abusos, descaso e violência, ou seja, o tratamento desumano que era dado às pessoas com transtornos mentais que se encontravam internadas em várias instituições psiquiátricas.

De acordo com Devera e Costa-Rosa (2007) é a partir da década de 1980 que se encontra um conjunto de ações mais efetivas já realizadas sob a égide dos movimentos autodenominados Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Neste mesmo período ocorreram diversos encontros e surgiram as primeiras propostas e ações para uma mudança na assistência à pessoa com transtorno mental. E em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro entre os dias 25 e 28 de junho. Segundo seu relatório

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

final⁹ essa conferência permitiu que se reunissem diversas categorias profissionais ligadas a essa área específica, além dos partidos políticos, entidades religiosas, associações de usuários, instituições privadas, instituições de ensino e os demais segmentos da sociedade para que houvesse uma troca de informações de forma coletiva, visando à melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático.

De acordo com o mesmo relatório, essa conferência representou um marco histórico na psiquiatria brasileira, uma vez que serviu como uma inspiração para toda a comunidade científica, que compreendeu que a política nacional de saúde mental precisava estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. Nesse mesmo ano, 1987, também foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo, em que foi adotado o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Nesse encontro dos trabalhadores da saúde mental se efetivou o Movimento da Luta Antimanicomial que segundo Lobosque (2001, p. 107) “é uma instância de militância política, inscrita em um processo mais amplo de transformações sociais, cujo front consiste no combate às formas de exclusão que tomam a loucura por objeto”. Essa luta por uma sociedade sem manicômios contava com a participação da sociedade de modo geral, dos próprios usuários dos serviços de saúde mental, de seus familiares e dos profissionais da área de saúde. Sobre esse movimento Lobosque acrescenta que é

um movimento social, ou seja, aberto a todos os interessados em repensar as formas e modos de presença da loucura na cidadania; aberto, muito particularmente, aos principais envolvidos, ou seja, aos próprios loucos. Já não se trata de defender o usuário em seu nome, mas de convidá-lo a uma postura ativa de militância; não de lutar por ele, para o seu bem, mas com ele, por uma sociedade diversa, enquanto um bem comum (2001, p. 103).

Dessa forma, todos aqueles que tinham interesse em mudar a forma de tratamento dada às pessoas com transtornos mentais que se encontravam internadas nos manicômios poderiam fazer parte dessa movimentação, incluindo os próprios usuários. Também em 1987 surgiu no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, que segundo Devera e Costa-Rosa (2007) seguiu uma trajetória própria, experimentou novas práticas e assimilou conhecimentos de diversas experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica.

⁹ Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3702>. Acesso em: 14 set. 2016.

No ano de 1989 o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional, com a proposta de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no Brasil. Esse é o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005). Contudo essa lei de número 10.216 foi sancionada somente em 6 de abril de 2001. É importante destacar que essa e as outras legislações que tratam da saúde mental no Brasil serão abordadas rapidamente nesse capítulo, pois se faz necessário ao falar da reforma psiquiátrica, contudo serão aprofundadas no próximo item intitulado “A Política de Saúde Mental no Brasil”.

Continuando a falar sobre o projeto de lei Paulo Delgado, é interessante dizer que esse projeto serviu de inspiração para os movimentos sociais que conseguiram a aprovação das primeiras leis que determinam a mudança gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental em vários estados brasileiros desde 1992. É nesse período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhado pelas diretrizes que estavam sendo construídas pela Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais concretos (BRASIL, 2005).

Também em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos em São Paulo deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local em que existiam maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção repercutiu nacionalmente e mostrou a viabilidade de implantar uma rede de cuidados para substituir o hospital psiquiátrico. Nessa época também em Santos são implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), bem como cooperativas, residências para aqueles que saíam dos hospitais e associações (BRASIL, 2005). Assim é possível perceber que os acontecimentos que ocorreram na cidade de São Paulo e mais especificamente o município de Santos foram de grande importância para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sobre a criação do Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), Devera e Costa-Rosa (2007) consideram como uma experiência inédita no campo da Saúde Mental no Brasil.

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente pela Portaria nº 224/92¹⁰ em 29 de janeiro de 1992 e segundo essa portaria os NAPS e CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que

¹⁰ Portaria Normativa Nº 224/92 em 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836>. Acesso em: 15 set. 2016.

oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Segundo Devera e Costa-Rosa (2007) a diferença entre o CAPS e o NAPS é que o CAPS se supõe a existência do Hospital Psiquiátrico e o NAPS seria um dispositivo para substituir o Hospital.

Ainda de acordo com a Portaria nº 224 os NAPS e CAPS constituem-se em uma porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada que atendem a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar e que também devem estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

Já a década de 1990, foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas¹¹ que foi o documento que marcou a reestruturação da atenção à saúde mental nas Américas e indicou a reforma da assistência psiquiátrica. Nessa mesma década aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005). A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992. De acordo com o seu relatório final¹², foi decorrente de um processo democrático, abrangendo desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, a Conferência de Caracas e a IX Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência resultou em um grande processo de participação e debate, obtido através da cooperação dos usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviços.

A partir de então entrou em vigor no Brasil as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária, fundamentada nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Para Devera e Costa-Rosa (2007) é ao CAPS que se devem os significantes que nomeiam, pós-década de 1980, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial.

Deste modo, é possível perceber que as primeiras experiências vivenciadas nos CAPS foram de grande importância para concretização desse processo de mudança na

¹¹ Declaração de Caracas. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

¹² Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

assistência à pessoa com transtorno mental, não só por integrar a rede de serviços da saúde mental, mas também por terem influenciado positivamente as primeiras normas federais sobre os serviços de atenção diária e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, que tendo em vista o grande histórico de denúncias de maus tratos e até mortes dentro dessas instituições psiquiátricas, fazia-se extremamente necessário uma fiscalização nesses hospitais.

Entretanto é relevante evidenciar que neste período houve uma interrupção no processo de expansão dos CAPS e NAPS, uma vez que as novas normatizações do Ministério da Saúde, mesmo regulamentando os novos serviços de atenção diária, não determinavam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Além disso, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos mencionadas anteriormente também foram prejudicadas, pois não previam mecanismos sistemáticos para a redução dos leitos. Dessa forma, no final deste período, o Brasil tinha 208 CAPS funcionando, no entanto cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental continuavam a serem destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde sobre a proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004, houve 93,14% em 1997, 79,54% em 2001 e 63,84% em 2004 em gastos hospitalares em Saúde Mental. Contudo houve apenas 6,86% em 1997, 20,46% em 2001 e 36,16% em 2004 em gastos extra-hospitalares em saúde mental (BRASIL, 2005). À vista disso, fica claro que nessa época grande parte dos recursos do SUS realmente eram direcionados para os hospitais psiquiátricos e que os gastos com os novos serviços extra-hospitalares eram muito inferiores.

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu entre os dias 11 e 15 de dezembro de 2001, em Brasília e também foi muito relevante para esse progresso de reforma psiquiátrica, visto que durante sua realização ficou evidente a consenso de todos em relação às propostas da reforma psiquiátrica, além disso, nessa conferência são firmados de forma democrática os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Assim a III Conferência estabeleceu a reforma psiquiátrica como política de governo e fez dos CAPS uma estratégia para a mudança do modelo de assistência, além de tudo isso, defendeu a criação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. Nessa conferência houve uma ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, fornecendo a base política e teórica para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Durante esse processo da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a se tornar política pública no Brasil e ganha grande força em 2002 devido a uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituíam mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir do macro-hospitais. Com isso surge o processo de desinstitucionalização e conseqüentemente de redução de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Sobre esse movimento de desinstitucionalização da loucura Barros explica que ele:

[...] revelou o manicômio como locus de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade. O conhecimento a respeito do sofrimento psíquico e mesmo a ação dos operadores em saúde mental não poderia desconsiderar a realidade do asilamento, que é anterior à constituição da doença mental. A desinstitucionalização deveria, assim, concretizar-se na desconstrução do manicômio (1994, p. 175).

Percebe-se então que o manicômio mostrou-se um local em que apenas administravam-se aquilo que representassem um risco a sociedade, como a miséria, marginalidade, periculosidade social e improdutividade. Contudo era preciso tomar conhecimento do que acontecia dentro dessas instituições psiquiátricas para que assim o processo de desinstitucionalização pudesse ser capaz de desconstruir esses manicômios. Ainda sobre o processo de desinstitucionalização Birman (1992) acrescenta que esse processo procura outro lugar social para a loucura em nossa cultura. Dessa forma, a questão sobre o outro lugar para a loucura coloca em discussão outro pólo da questão: a cidadania da pessoa com transtorno mental. Ainda contribuindo com essa discussão Delgado (1987) diz que a principal questão da desinstitucionalização é uma devolução progressiva da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos para a comunidade.

Diante disto, é possível observar que não era preciso somente retirar as pessoas com transtornos mentais das instituições psiquiátricas, mas também encontrar outro local ou meio para que essas pessoas fossem tratadas e que deveria ser de responsabilidade da comunidade e levando em consideração que a pessoa com transtorno mental era um cidadão digno de direitos como qualquer outro membro da sociedade.

De modo geral, a Reforma Psiquiátrica representou um processo político e social bastante complexo e que foi constituído de atores, instituições e forças de diferentes origens, que também refletiu em diversos territórios, como nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais,

e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Além disso, essa reforma na psiquiatria brasileira foi compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais e que avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Para Devera e Costa-Rosa (2007) os diversos movimentos de trabalhadores de Saúde Mental em Encontros e Congressos, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, as Portarias ministeriais e o processo de aprovação da Lei nº 10.216, demonstram uma luta complexa e acirrada combatida em várias frentes de batalha ao longo de praticamente meio século.

Diante de tudo que foi apresentado compreende-se que a importância da reforma psiquiátrica no Brasil vai além da sua contribuição para o processo de desinstitucionalização da loucura, que ocorreu por meio do fim das instituições psiquiátricas, sua importância também é clara no que se refere à defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como na colaboração para a alteração na assistência desses usuários, como por exemplo, no campo legislativo com a elaboração de várias leis como a Lei nº 10.216/01 e a Política de Saúde Mental que asseguram de forma legal essa mudança no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

3.3 A Política de Saúde Mental no Brasil

Para abordar a questão da Política de Saúde Mental no Brasil, apesar de já ter mencionado nos capítulos anteriores, é importante ressaltar que por muitos anos as políticas voltadas para a saúde mental eram totalmente excludentes e determinavam a internação em instituições psiquiátricas caso a pessoa com transtorno mental representasse algum ameaça a ordem pública. Em 22 de dezembro de 1903 foi criada a primeira lei no Brasil que naquela época era específica sobre alienados e alienação mental, a chamada Lei de Assistência aos Alienados¹³, que em seu Art. 1º revela que "o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados".

¹³ Sobre o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Outra legislação que expressa essa exclusão social sofrida pelas pessoas com transtorno mental foi criada em 3 de julho de 1934, o Decreto nº 24.559¹⁴ que além de denominar a pessoa com transtorno mental como psicopata ao dizer que a lei dispõe sobre a proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, também determina a internação, como é possível observar em seu Art. 10 ao dizer que “o psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento”. Sobre esse decreto, Ramminger (2002) revela que determinou o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento.

Conforme verificado essas legislações também possibilitavam o tratamento do paciente em domicílio como é possível verificar no Art. 3º da Lei de Assistência aos Alienados quando diz que “o enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio, sempre que lhe forem ministrados os cuidados necessários”. Bem como no Decreto nº 24.559, mas especificamente em seu Art. 3º § 1º que diz que:

Art. 3º § 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hétero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhe puderem ser ministrados os necessários cuidados.

A partir desses trechos é possível constatar que essas leis também davam ao paciente a possibilidade de se tratarem em casa e não apenas nas instituições psiquiátricas, no entanto essa possibilidade de tratamento em domicílio só era possível nos casos em que estes não representassem nenhum dano a sociedade, como é visível no Art. 1º § 2º e Art. 6º da Lei de Assistência aos Alienados quando dizem que:

Art. 1º § 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisória sua admissão em asilo publico ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro em 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação medica que houver sido feita.

Art. 6º Salvo o caso de perigo iminente para a ordem publica ou para o próprio enfermo, não será recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando pedida por quem requereu a reclusão.

No Decreto nº 24.559 também é possível observar essa “condição” para que a pessoa com transtorno mental possa ser tratada em casa quando diz em seu Art. 9º que “sempre que,

¹⁴ Sobre o Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>. Acesso em: 17 out. 2016.

por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico”. O que igualmente acontece em seu Art. 19 ao falar que “ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública”. Diante disto, é possível perceber que essas legislações possibilitavam aos pacientes o tratamento em domicílio e até com convívio familiar, porém se por algum motivo essas pessoas representarem um risco aos outros e a ordem social, ou seja, para a sociedade determinava-se a sua internação nas instituições psiquiátricas. Isso ocorria porque segundo Amarante (1995) a loucura e a doença mental eram ligadas a três dimensões: médica, jurídica e social, sendo tanto assistencial como vinculada ao controle da ordem pública. Sendo possível compreender a ênfase dessas leis na manutenção da ordem pública.

Posteriormente não houve mudanças relevantes no que se referente às legislações da saúde mental, no entanto com a reforma psiquiátrica ocorreram grandes alterações nas leis que trataram da saúde mental no país. Essas mudanças e a conquista de direitos da pessoa com transtorno mental ocorreu gradualmente com a implantação de legislações a respeito do tratamento desses pacientes no Brasil.

Inicialmente foram instituídas diversas portarias e legislações estaduais que tratavam da saúde mental no Brasil, dentre as quais destaco a Portaria nº 189 de novembro de 1991 que ofereceu a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional. Um ano depois entrou em vigor a Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, proibiu as práticas que eram habituais, regulamentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que até pouco tempo eram locais de exclusão (MS, 2004)¹⁵. Além de ter criado oficialmente os NAPS/CAPS. Nesse mesmo ano foi aprovada a Lei Estadual nº 9.716 de 7 de agosto no estado do Rio Grande do Sul sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando por exemplo, a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. No ano seguinte, mais especificamente em 29 de julho de 1993 surgiu a Lei Cearense nº 12.151, a qual, falarei mais especificamente.

¹⁵ Ministério da Saúde: Legislação em Saúde Mental 1990- 2004. 5ª edição ampliada. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Essa lei do estado do Ceará sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais foi mais conhecida como Lei Mário Mamede, dentre outras determinações, proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais no território do Estado do Ceará (Art. 1º); prevê também a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento (Art. 2º); e assegura aos pacientes asilares, assim atendidos àqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência (Art. 3º). Já em 1994, foi o estado de Pernambuco que criou a Lei nº 11.064 em 16 de maio, tratando da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por um rede de atenção integral à saúde mental e regulamentação da internação psiquiátrica involuntária (MS. 2004).

No ano de 1995 vários estados brasileiros também aprovaram legislações sobre a saúde mental, no Rio Grande do Norte foi a Lei nº 6.758 em 4 de janeiro que dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e construção de unidades psiquiátricas. Já o estado de Minas Gerais aprovou a Lei nº 11.802 em 18 de janeiro que determinou a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a sua extinção progressiva. No estado do Paraná foi a Lei nº 11.189 em 9 de novembro sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. E finalmente a Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995 do Distrito Federal que determina diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal (MS, 2004).

Já no ano seguinte, o estado do Espírito Santo aprovou a Lei nº 5.267 de 10 de setembro de 1996 sobre os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais. Depois em 2000, foi instituída a Portaria nº 106 em 11 de fevereiro que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais (Art. 1º). E defini as Residências Terapêuticas como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (Art. 2º).

Posteriormente entraram em vigor no Brasil as legislações federais. A primeira foi em 10 de novembro de 1999 de nº 9.867¹⁶, uma lei sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. Essas Cooperativas Sociais são constituídas com o objetivo de inserir as pessoas em desvantagens (Art. 1º). Considera-se pessoa em desvantagens os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos (inciso II do art. 3º). Conforme o Ministério da Saúde¹⁷ esta lei possibilitou o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários.

Outra legislação muito importante é a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril 2001¹⁸, apresentada pelo Deputado Paulo Delgado. Mesmo tendo demorado em sua tramitação, é possível constatar sua importância, pois segundo Camarrotti, Freire e Barreto (2013), ela consolidou a Reforma Psiquiátrica como política oficial do governo. Esta legislação trata dos direitos e proteção das pessoas portadoras¹⁹ de transtornos mentais, assegurando assim seus direitos legalmente, conforme o art. 2º - Parágrafo único:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De modo geral, a lei deixa clara qual deveria ser a forma de tratamento da pessoa com transtorno mental a partir de sua aprovação, pautada em um tratamento humanizado, respeitoso, buscando a melhoria dessas pessoas através da inclusão social, protegendo-as de

¹⁶ Sobre a Lei Federal nº 9.867. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

¹⁷ Ministério da Saúde: Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 5ª edição ampliada. Brasília – DF 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

¹⁸ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/LEIS2001/L10216.htm>. Acesso em: 17 out. 2016.

¹⁹ O termo “pessoas portadoras de transtornos mentais” foi utilizado devido ser o termo usado na própria legislação que atualmente encontra-se em vigor. Para maiores informações acessar http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

abusos ou exploração, dando-lhes direito ao acesso as informações sobre sua doença e tratamento, bem como dando preferência ao tratamento em serviços comunitários.

Essa lei ainda atribui ao Estado à responsabilidade de desenvolver política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação da família e da sociedade (Art. 3º). Destaca-se que nessa lei a internação só seria indicada nos casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º). Tendo como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio (§ 1º do Art. 4º). Além de determinar que o tratamento em regime de internação deveria oferecer assistência integral, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros, por isso não poderiam ser internados em instituições com características asilares (§2º e § 3º do Art. 4º).

O Ministério da Saúde destaca que essa legislação redireciona o modelo da assistência psiquiátrica e regulamenta o cuidado especial com os pacientes internados por longos anos. (MS. 2004). Contudo Devera e Costa-Rosa (2007) ressaltam que essa Lei nº 10.216 foi aprovada em última instância e a sua longa demora na tramitação lhe tirou suas pretensões mais claras, o que representou as dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica.

Posteriormente, em 31 de julho de 2003 foi aprovada a IEI Federal nº 10.708²⁰ que cria o auxílio-reabilitação psicossocial destinado aos pacientes com transtornos mentais saídos de internações. Essa legislação determina o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora das unidades hospitalares (Art. 1º). O benefício consiste em pagamento mensal de auxílio fixado no valor de R\$ 240,00. (Art. 2º e § 1º do art. 2º). De acordo com essa lei esse auxílio faz parte de um programa de ressocialização para os pacientes internados em unidades psiquiátricas ou hospitais, chamado "De Volta Para Casa".

Segundo o Ministério da Saúde o programa “De Volta para Casa”²¹ tem por finalidade a inserção social das pessoas com transtornos mentais, além de incentivar a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados. Esse programa foi criado pelo Ministério da Saúde e busca atender uma parte da população quase integralmente, a qual não possui os meios de amparo social e os benefícios assegurados na

²⁰ Sobre a Lei nº 10.70820 de 31 de julho. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

²¹ Sobre o programa “De Volta para Casa”. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Além disso, o programa visa garantir uma forma eficiente de suporte social para que não ocorra a piora no quadro clínico e agravamento do abandono social.

Ainda segundo o Ministério da Saúde essa lei estabeleceu um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira e favoreceu o processo de desinstitucionalização dos pacientes que estavam internados há bastante tempo em hospitais psiquiátricos, tanto através do auxílio reabilitação psicossocial, como da inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental. E como mencionado anteriormente seria através o programa “De Volta para Casa” (MS, 2004).

Já no ano de 2006 em 23 de agosto foi aprovada a Lei Federal nº 11.343²² que “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes” (Art. 1º). No ano seguinte em 22 de maio de 2007 entrou em vigor o Decreto nº 6.117²³ que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool (PNA) e que dispõe sobre as medidas para diminuir o uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.

Essa Política Nacional sobre o Álcool é relevante para a questão da saúde mental, pois posteriormente as pessoas com transtornos mentais que tinham demandas causadas pelo uso de crack, álcool e outras drogas também tiveram legislações específicas para suas necessidades. Exemplo disso, foi a aprovação da Portaria nº 3.088²⁴ em 3 de dezembro de 2011 em que ficou instituída a Rede de Atenção Psicossocial com o objetivo de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Art. 1º). E dentre os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (Art. 4º) destaco:

- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

²² Sobre a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

²³ Sobre o Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

²⁴ Sobre a Portaria nº 3.088 de 3 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 out. 2016.

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.

Tendo assim como principal objetivo favorecer o tratamento das pessoas com transtornos mentais e que também tenham demandas resultantes do uso de drogas. Ainda sobre essa legislação e conforme seu Art. 7º “o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial”. Dentre os quais ressaltar o CAPS AD que atende adultos, crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Inciso IV do § 4º do Art. 7º).

Para a consolidação da Política de Saúde Mental no Brasil foi criada uma rede de serviços extra-hospitalares para o atendimento desses usuários que busca o convívio desses pacientes em sociedade, quais sejam: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) onde se presta atenção diária à pessoa com transtorno mental. O Programa de Volta Pra Casa (PVC) e os Centros de Convivência e Cultura que visam à inserção social de pessoas com transtornos mentais. Os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III) para intervenções em momentos de crise e usado para repouso e observação. E os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que são moradias nas comunidades que se destinam ao cuidado de pessoas com transtorno mental.

Diante do que foi apresentado é possível perceber que a Política de Saúde Mental no Brasil passou por significativas mudanças, saindo de um modelo em que a única forma de tratamento era a internação em instituições psiquiátricas e manutenção do controle social para um modelo baseado em legislações, ou seja, em direitos, em uma rede de serviços extra hospitalares, bem como na ação comunitária.

Entretanto, segundo Yasui (2010), mesmo o CAPS sendo o principal instrumento de implantação da política nacional de saúde mental e uma estratégia de mudança da assistência que se efetiva na organização de uma vasta rede de cuidados em saúde mental, não se limita ou se acaba apenas com a implantação de um serviço, uma vez que o CAPS é um meio, um caminho e não o fim, isto é, o cuidado não se faz somente em um lugar, mas é feito em uma ampla rede de alianças que contém distintos elementos sociais, variados serviços, além de vários atores e cuidadores.

Sendo possível constatar que além dos Centros Atenção Psicossocial são necessárias outras formas e estratégias de tratamento a pessoa com transtorno mental. Uma das estratégias indicadas pelo Ministério da Saúde desde 2008 através da Atenção Básica de Saúde é a Terapia Comunitária Integrativa. Conforme dados do Caderno de Atenção Básica Saúde Mental nº 34 publicado em 2013²⁵, a Terapia Comunitária (TC) é caracterizada como mais um instrumento que os profissionais da Atenção Básica no campo da Saúde Mental têm à disposição para ser utilizada no território de atuação. Essa atividade é um espaço comunitário onde ocorrem trocas de experiências e de sabedorias de vida, com o objetivo que cada pessoa que participe das sessões também seja responsável nesse processo terapêutico. Nessa abordagem terapêutica as pessoas com transtornos emocionais e mentais são tratadas na própria comunidade e sem a necessidade de tratamento médico hospitalar. É precisamente sobre a Terapia Comunitária Integrativa que o próximo capítulo abordará.

²⁵ Cadernos de Atenção Básica saúde mental, nº 34. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

4.1 Conhecendo a Terapia Comunitária Integrativa: fundamentação teórica, conceitos, objetivos e ética

Para compreender melhor os resultados dessa pesquisa sobre o uso da terapia comunitária no tratamento da pessoa com transtorno mental inicialmente é necessário conhecer a própria Terapia Comunitária Integrativa, por isso esse tópico tratará de seu embasamento teórico, conceitos, objetivos e ética. A Terapia Comunitária Integrativa possui seu embasamento teórico pautado no Pensamento Sistêmico, na Teoria da Comunicação, na Antropologia Cultural, na Pedagogia de Paulo Freire e na Resiliência.

Para entender por que o Pensamento Sistêmico serve como fundamento para a TCI primeiramente Barreto (2008), nos diz que através do pensamento sistêmico pode-se compreender que para as crises e os problemas possam ser solucionados e entendidos é preciso identifica-los como partes que integram uma rede complexa que possui várias ramificações, que existe o biológico, que é o corpo, o psicológico, que é a mente e as emoções e finalmente a sociedade, ligando e relacionando as pessoas em um todo.

Nesse sentido, o pensamento sistêmico ocorre da seguinte maneira, uma família seria um sistema e as relações que existem entre seus componentes e com os outros contribuem para o surgimento de outras configurações, consideradas por Barreto (2008) como subsistemas, que por sua vez são formados das interações entre as pessoas e que formam a comunidade em que vivemos. Nessa lógica, na família o indivíduo seria considerado um subsistema. Contudo se o objetivo for à comunidade, a família deixa de ser o sistema e passa a ser o subsistema da comunidade. Além disso, existe o suprassistema, nesse caso a comunidade seria o sistema, que seria subsistema do bairro, que seria subsistema da cidade, que seria subsistema do país, que por fim seria subsistema do mundo, que seria o suprassistema.

Tudo isso depende do foco que será dado a determinado problema e torna-se importante para a terapia comunitária, pois é através dessa sistematização que se pode identificar a forma como o problema será abordado. Por isso é de grande importância sempre questionar sobre o contexto em que o problema que se pretende solucionar está inserido, pois

segundo Barreto (2008) os problemas estão inseridos em um contexto complexo. Dessa maneira, o campo de ação da terapia comunitária é fundamentado na abordagem sistêmica compreendida como uma forma de abordar, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto.

Desse modo, compreende-se que todo problema se dá em um determinado contexto e que por meio da abordagem sistêmica é possível entender que não se pode considerar o indivíduo como um ser isolado, pois o ser humano afeta e é afetado pelo outro, bem como pelo ambiente em que está inserido e as relações que estabelece ao longo de sua vida. Nessa perspectiva faz-se necessário aumentar o campo de visão e estender o foco, compreendendo que o indivíduo sozinho não pode ser completamente responsável pelas situações vividas, pois como diz Barreto (2008, p. 179) “na vida nada está separado”.

Já a Teoria da Comunicação é importante para a terapia comunitária, pois de acordo com Barreto (2008) é através da comunicação que existe a união entre as pessoas, as famílias e a sociedade. Durante as rodas de terapia as pessoas são encorajadas a se comunicar, a falar sobre suas dificuldades, incômodos e aborrecimentos, pois é por meio da comunicação que se pode chegar ao problema, ao sofrimento.

A antropologia cultural, segundo Barreto (2008, p. 29) fundamenta a TCI, pois permite reconhecer que “mesmo num único país, convivem várias culturas e aprendemos a respeitá-las, descobrimos que a nossa diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e de uma nação”. Ainda segundo o autor essa ciência valoriza a cultura e é através dela que cada grupo se baseia, pensa, avalia e discernem seus valores, podendo ainda complementar outras formas de conhecimentos.

Essa concepção de antropologia cultural permite ao homem compreender que cada comunidade, povo, população e sociedade possui uma cultura diferente e na terapia comunitária é justamente essa diversidade cultural que é valorizada e respeitada, pois para Barreto (2008, p. 49) “não podemos esquecer que o ponto de partida da terapia é fazer um apelo ao saber que cada pessoa tem: a herança dos índios, a herança dos africanos ou saber produzido durante a vida”. Demonstrando que esse é um recurso fundamental para se buscar formas para solucionar os problemas que são apresentados durante as rodas de terapia comunitária, por isso deve existir uma relação e aproximação entre o “saber popular” e do “saber científico”.

A pedagogia de Paulo Freire também fundamenta a terapia comunitária no sentido de dizer que o ato de ensinar é um exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, assim existe um tempo para falar, mas também para escutar e assim para aprender e ensinar. E que nenhum educador, no caso da terapia comunitária, nenhum terapeuta assume uma missão se não tiver, pelo menos uma mínima identificação com ela (BARRETO, 2008). Isso serve como fundamentação para o terapeuta comunitário que deve compreender que ao ensinar também se aprende.

A associação entre a teoria e a realidade que faz parte da teoria de Paulo Freire também é importante, pois mostra que para aprender é preciso expressar os problemas que são vivenciados pelas pessoas em diversos contextos, como a família e comunidade e juntar isso ao que já está programado, uma vez que compreende que a história de vida é também uma importante fonte de conhecimento (BARRETO, 2008). Essa perspectiva é importante na terapia comunitária, tendo em vista que as rodas de TCI valorizam as histórias de vida dos participantes por compreender que elas produzem um saber que pode contribuir para a superação dos problemas. De modo geral, Barreto (2008, p. 31) diz que o método de Paulo Freire é:

[...] um chamado coletivo a todos os membros da raça humana para criar e recriar, fazer e refazer através da ação e reflexão. Descobrir novos conhecimentos e, conseqüentemente, novas formas de intervir na realidade, os indivíduos tornam-se sujeitos da história e não meros objetos.

Nessa perspectiva, é possível perceber que a pedagogia de Paulo Freire serve como embasamento para o terapeuta comunitário que deve ser um profissional consciente que ao ensinar também se aprende, que, além disso, deve ter uma identificação com essa profissão e também entender que é preciso usar a história de vida de cada um como uma fonte de saber.

A resiliência também serve como base para a TCI. Inicialmente Camarotti, Fukui e Marchetti (2004, p. 106) definem a resiliência como “a habilidade de demonstrar força e flexibilidade durante as adversidades: é um sistema interno que guia as pessoas a se reorientarem”. Contribuindo com essa definição de resiliência, Barreto (2008) nos diz que é a capacidade das pessoas aprenderem com a experiência, armazenando conhecimento e possibilidade de solução. Nesse sentido, a resiliência é compreendida como a habilidade que o indivíduo tem de aprender com sua experiência de vida e a partir dela gerar novos conhecimentos e criar possibilidades para encontrar soluções. De modo geral, seria uma forma de reagir positivamente frente às adversidades.

Assim, a resiliência é importante para a TCI por ser entendida como a capacidade de aprender com o sofrimento e usa-lo para seu crescimento. A Terapia Comunitária compreende que o sofrimento vivido tem o seu valor, “na medida em que podemos transformá-lo em crescimento” (BARRETO, 2008, p. 105). A Terapia Comunitária é especificamente um espaço de desenvolvimento da resiliência.

A TC apoia-se nas competências dos indivíduos e nos saberes produzidos pela experiência. Seus participantes são considerados verdadeiros especialistas na superação do sofrimento. Suas histórias de vida os têm tornado especialistas na superação de obstáculos e na produção de um saber, geralmente ignorado pela academia” (BARRETO, 2008, p. 103).

Nessa lógica, compreende-se que o homem tem a possibilidade de transformar o sofrimento e problemas já vivenciados, que geraram fracassos, angústias e traumas em crescimento próprio e ao compartilhá-lo, trazer a possibilidade de superação para o outro. Assim, quando as pessoas transformam o sofrimento em habilidades, conseguem gerar formas de superar outros problemas.

Com base nessa fundamentação teórica da Terapia Comunitária Integrativa, pode-se compreender que o indivíduo não é um ser isolado, que é influenciado e influencia o outro, pelo ambiente e pelas relações que constrói na vida. Estimula a comunicação, valoriza e se utiliza das diferenças culturais e enaltece a capacidade do indivíduo de transformar um sofrimento e suas experiências de vida em superação. Após conhecer o embasamento teórico da TCI é importante conhecê-la de maneira geral, através de seus conceitos, objetivos e ética.

A Terapia Comunitária Integrativa foi criada em 1987 no bairro Pirambu em Fortaleza/CE pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto. Nessa abordagem terapêutica as pessoas com transtornos mentais são tratadas na própria comunidade e sem a necessidade de tratamento médico hospitalar. O conceito de TCI é apresentado por Barreto (2008) ao dizer que:

A Terapia Comunitária Integrativa 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. Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, privadas, a TCI se propõe cuidar da saúde comunitária em espaços públicos. Propõe-se a valorizar a prevenção. Prevenir é, sobretudo, estimular o grupo a usar sua criatividade e construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos.

Nessa perspectiva, observa-se que a Terapia Comunitária possibilita a criação de redes sociais que promovem a vida, movimentando os recursos dos próprios indivíduos, das famílias e das comunidades. É diferente de outras formas de tratamento que focam na doença, a TCI visa o cuidado na comunidade fazendo com que cada um utilize seus próprios recursos, competência e criatividade para construir seu presente e seu futuro. Favorecendo essa definição de TCI Camarotti, Fukui e Marchetti (2004, p. 93) dizem que é um:

[...] procedimento terapêutico em grupo. Que tem como meta a promoção e atenção primária em saúde mental. Tem sua ação centrada no encontro de pessoas que sofrem /vivenciam juntas os efeitos do viver contemporâneo seja nas comunidades, seja em ambientes de estudo ou trabalho, na busca de acolhimento e/ou cura para situações de conflito e angústia. Através de equipes institucionais públicas, privadas ou voluntárias. A TC funciona como base cultural das comunidades, pelo respeito à diversidade de cultura; trabalha perdas, crises; resgatada / valoriza as competências do indivíduo e da família; sendo, em última instância, fomentadora de cidadania.

Assim, compreende-se que a TCI funciona em grupo com o objetivo de promover atenção primária em saúde mental, além disso, é realizada através do encontro entre pessoas que sofrem e que procuram superar as situações de conflito e angústia, trabalhando as crises e perdas através da valorização da diversidade cultural, das competências das pessoas e da família. Podendo ainda promover a cidadania.

Segundo Barreto (2008), a terapia comunitária é ainda uma atividade de cuidado, que busca fortalecer a autoestima individual e coletiva e a dinâmica interna de cada pessoa para descobrir seus valores, potencialidades, tornando-se mais independente. Que valoriza também o papel da família e da rede de relações em que vive e proporciona o desenvolvimento comunitário por meio da restauração e fortalecimento de laços sociais. Além disso, segundo esse autor, a TCI ainda promove e valoriza as instituições sociais e práticas culturais tradicionais locais, favorece a comunicação entre as diferentes formas do “saber popular” e “saber científico” e estimula a participação das pessoas no grupo como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, a partir do diálogo e da reflexão para que possa ser sujeito de sua própria transformação.

A TCI procura também suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, como também o saber produzido pela experiência de vida de cada pessoa. Bem como, resgata os valores culturais de um grupo social e os vínculos interpessoais que podem unir, fortificar e fazer o indivíduo descobrir o sentimento de pertencimento a humanidade (BARRETO, 2008). Para este autor a TCI possui três características básicas:

Primeira. A discussão e a realização de um trabalho de saúde mental, preventiva e curativa, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares curandeiros, entre outros.

Segunda. A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos de mulheres, jovens, pessoas de terceira idade, para que, juntos, busquem soluções para os problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo instrumentos de agregação social.

Terceira. A criação gradual de consciência social, para que os indivíduos tomem consciência de origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras. (BARRETO, 2008, p. 38).

Diante dessas características, observa-se que a TCI busca trabalhar de forma preventiva e curativa, utilizando-se de elementos tanto culturais como sociais da própria comunidade. Tem ênfase no trabalho em grupo na busca de soluções para os problemas diários. Criando consciência social para que assim conheçam a raiz do sofrimento e para que principalmente conheçam seu potencial terapêutico capaz de gerar transformação na vida das pessoas.

De acordo com Barreto (2008), a terapia comunitária também possui os objetivos de reforçar a dinâmica interna de cada pessoa, para que ela possa descobrir seus valores, suas potencialidades, além de torna-lo menos dependente e com mais autonomia; Fortalecer a autoestima individual, bem como coletiva; Redescobrir e fortificar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como sujeito; Enaltecer o papel da família e da rede de relações em que a pessoa está inserida; contribuir para o desenvolvimento comunitário, prevenir e combater as situações de desintegração das pessoas e famílias, por meio do reestabelecimento e fortalecimento dos laços sociais; promover e dar valor as instituições sociais e práticas culturais tradicionais; possibilitar a comunicação entre os distintos modos do saber popular e saber científico; incentivar a participação das pessoas no grupo como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, mediante o diálogo e a reflexão, tornando-se sujeito de sua própria transformação.

Dessa forma, observa-se que a terapia comunitária busca fazer com que o indivíduo possa se valorizar e assim possa tornar-se mais independente, que tenha autoestima e confiança em si próprio, que possa evoluir e se desenvolver, além de dar ao próprio sujeito a responsabilidade por sua transformação através da sua participação, do diálogo e reflexão. Exalta a família e as relações que a pessoa estabelece. Colabora para que a comunidade possa desenvolver-se, busca fortalecer a integração das pessoas e famílias através dos laços sociais,

valoriza as instituições sociais, bem como as práticas culturais tradicionais e traz o diálogo entre o saber popular e científico.

Um diferencial da Terapia Comunitária Integrativa é que a própria comunidade funciona como um agente terapêutico no processo de inserção social, pois segundo Barreto (2008) “toda sociedade humana dispõe de mecanismos terapêuticos válidos e culturalmente relevantes que reforçam e valorizam a trajetória de vida e a identidade de seus membros” (p. 35).

Além disso, a TCI possui ainda uma ética que lhe orienta, que de acordo com Barreto (2008) visa acabar com o distanciamento que existe entre o saber científico e o saber popular, buscando um respeito recíproco entre esses dois modos de conhecimento, para que possam ser complementares, sem ter que romper com a tradição e sem recusar a colaboração da ciência moderna. A TCI também tem sua ação centrada no encontro com o outro que também passa pela mesma situação, para que assim ambos possam vivenciar conforme cita Barreto (2008) “o acolhimento, a partilha de suas descobertas, a cura e a libertação” (p. 36), na própria comunidade. Além de levar em consideração “a ecologia do espírito que se manifesta em respeito à diversidade cultural e a seus sistemas de representação”. Diante disso, verifica-se que a TCI procura trabalhar com o encontro de pessoas que passam pelo mesmo problema, para que assim possam solucioná-lo juntas e usando a diversidade cultural do país em benefício da terapia.

Após conhecer melhor a Terapia Comunitária Integrativa, faz-se necessário conhecer também como acontece o seu desenvolvimento na prática, visando um conhecimento mais profundo a certa dessa temática e ainda o melhor entendimento dos resultados dessa pesquisa. Devido a isso o próximo tópico abordará sobre o seu desenvolvimento.

4.2 O desenvolvimento da Terapia Comunitária Integrativa

Para a realização da Terapia Comunitária Integrativa não é necessário um local físico como salas de terapia tradicionais, podendo ser realizada em contextos e espaços físicos bem distintos, além de poder acontecer em locais públicos como: igrejas, salas de espera, clubes, parques, ambulatórios, ginásios desportivos, presídios, salas de aula, anfiteatros ou em qualquer local onde as pessoas vivam ou frequentem (BARRETO, 2008). A sessão de terapia

comunitária implica em seis etapas, quais sejam, Acolhimento; Escolha do tema; Contextualização, Problematização, Rituais de agregação e conotação positiva; Avaliação.

No acolhimento primeiramente é necessário ambientar o grupo, deixar os participantes á vontade e confortavelmente acomodados, preferencialmente em um grande círculo no intuito que todos possam olhar a pessoa que estiver falando. Nessa primeira etapa deve-se fazer o uso de uma música para criar um clima de amor, companheirismo e amizade no grupo. Nesse momento, o coterapeuta²⁶ que faz o primeiro acolhimento do grupo passa algumas informações importantes para o sucesso da terapia, como não falar enquanto o outro fala, ao falar deve-se também usar a primeira pessoa para evitar aconselhamentos, uma vez que o grupo não deve dar conselhos, devendo apenas falar sobre suas experiências e aprender com as dos outros. Que também é muito importante respeitar a história de vida de cada um, uma vez que a TCI é um local de escuta e compreensão do sofrimento do outro (BARRETO, 2008). Colaborando com o entendimento a respeito desse primeiro momento da TCI Camarotti, Fukui e Marchetti (2004) resumem essa etapa dizendo que:

o acolhimento visa descontrair as pessoas através de conversa, música e dinâmicas interativas, além de estabelecer as regras do ‘jogo’ que promovem o respeito a quem fala, o não julgamento, a aceitação das diferenças e a valorização da cultura. Gera-se assim um clima de abertura para a partilha (p. 99).

Assim, essa primeira fase da TCI é um momento para que o grupo possa se entrosar e conhecer algumas informações que são importantes para o bom desenvolvimento da roda de TCI que está se iniciando. No segundo momento de escolha do tema, o terapeuta pergunta ao grupo se alguém deseja falar sobre o que está lhe fazendo sofrer e pede que as outras pessoas tenham atenção aos temas que serão apresentados, uma vez que é o próprio grupo que escolherá a temática para ser compartilhada. Diversas vezes surgem vários temas, mas é preciso escolher apenas um para ser trabalhado na roda de TCI. A escolha desse tema é mediada pelo terapeuta, depois que as pessoas se pronunciarem o terapeuta sugere uma votação para a escolha do tema. Por fim após o tema ser escolhido, o terapeuta passa a palavra para a pessoa que teve seu tema selecionado para que possa falar sobre seu sofrimento e pede ao grupo que faça perguntas com a finalidade de melhor compreender a dificuldade. (BARRETO, 2008). Sobre esse segundo momento Camarotti, Fukui e Marchetti (2004) afirmam que:

²⁶ O coterapeuta deve dar apoio ao terapeuta durante o desenvolvimento da terapia comunitária (BARRETO, 2008).

a escolha do tema é mais uma forma de sintonizar as pessoas e fortalecer o “corpo grupal”. Os indivíduos trazem suas queixas, mas é sempre o grupo quem escolhe o tema do dia. Ao justificar o seu voto, a pessoa coloca consciência no fato de estar de alguma forma identificada com o tema. Desta maneira, estabelece-se um foco para a demanda que, sem deixar de ser do indivíduo, passa a ser do grupo (p. 99).

Assim, verifica-se que a escolha do tema é muito importante para a TCI, pois é a respeito desse tema escolhido que se desenvolverá aquela roda de terapia. Ainda segundo Camarotti, Fukui e Marchetti (2004) esse processo também é relevante, pois gera uma coesão e a partir da sintonia, do sentimento de união, da força coletiva é que o terapeuta conduz as fases seguintes, que são a contextualização, problematização e fechamento.

A fase posterior é a contextualização, um momento de buscar mais informações sobre o assunto escolhido com intuito de compreender o problema no seu contexto, pois “um fenômeno torna-se incompreensível, enquanto o campo de observação não for, suficientemente, amplo para que, nele, esteja incluído o contexto” (BARRETO, 2008 apud WATZLAWUCK, 1967). Para se compreender melhor pede-se que a pessoa exponha seu problema, o que normalmente leva 15 minutos (BARRETO, 2008).

Nesse momento, segundo Camarotti, Fukui e Marchetti (2004, p. 104) colhem-se informações para melhor compreender o problema, na contextualização “[...] o terapeuta deve estar atento às respostas para que possa preparar pelo menos dois motes: só quando os dois motes estiverem preparados é que o terapeuta poderá passar para a quarta etapa da terapia”. Para um melhor entendimento, o mote é uma pergunta chave que possibilita o grupo refletir no decorrer da terapia, facilitando a explicitação do que a pessoa que teve seu tema escolhido está querendo comunicar de maneira inconsciente (CAMAROTTI; FUKUI; MARCHETTI, 2004).

Posteriormente passa-se para a próxima etapa que é a problematização, para Barreto (2008) nesse passo a pessoa que expôs seu problema fica em silêncio e o terapeuta apresenta um mote, que como mencionado anteriormente é uma pergunta chave. Ainda sobre esse momento Camarotti, Fukui e Marchetti (2004, p. 104) dizem que na problematização “o terapeuta lança os motes, isto é, perguntas que vão permitir ao grupo refletir sobre o sentido do que foi falado a nível individual, ao nível da família, ao nível da comunidade, ao nível da sociedade”.

Quando a problematização atinge seu objetivo, ou seja, faz o grupo refletir sobre a questão abordada na roda da terapia, parte-se para a etapa dos rituais de agregação e conotação positiva que ocorre no encerramento. Segundo Barreto (2008), os rituais de agregação podem ser, por exemplo, cânticos ou correntes que permitem reforçar a coletividade. Este autor acrescenta que nesse momento o terapeuta deve dar uma conotação positiva ao caso que foi trabalhado na roda. E ressalta que não se valoriza o sofrimento em si, mas reconhece o esforço e a vontade de superar as dificuldades. Além disso, no encerramento as pessoas falam do que aprenderam.

O terapeuta deve proporcionar um ambiente de interiorização, procurando criar um clima afetivo onde as pessoas se sintam apoiadas pelos outros. Pede para as pessoas que se levantem e fazerem um círculo (teias) onde cada um se apóia no ombro do outro e que fiquem se balançando. Criando o clima, o terapeuta sugere uma música e, após, procura fazer a conotação positiva, isto é, ressaltar o que houver de positivo na história contada no grupo, sempre valorizando a pessoa como ser humano que é (CAMAROTTI; FUKUI; MARCHETTI, 2004, p. 104)

No encerramento é possível verificar a importância de dizer o que cada pessoa aprendeu de positivo com a história contada pelas outras pessoas, favorecendo assim a relação do grupo. Sobre essa conotação positiva Barreto (2008) explica que é muito importante porque possibilita que as pessoas repensem seu sofrimento de forma mais ampla, saindo dos efeitos imediatos de tristeza e dor, para um sentido mais aprofundado da crise e dessa forma pode-se identificar os recursos pessoais e assim reforçar sua autoestima.

Por fim na última etapa de avaliação procura-se avaliar a condução da terapia e o impacto da sessão sobre cada pessoa, com o objetivo de verificar o processo de formação do terapeuta e o reconhecimento do grupo como fonte de conhecimentos (BARRETO, 2008). De maneira geral, Camarotti, Fukui e Marchetti (2004) explicam que essa fase final:

é essencial para o funcionamento de uma sessão da TC, que seja gerada coesão no grupo e que está seja sustentada da melhor forma possível ao longo da sessão. O terapeuta comunitário utiliza-se de diferentes recursos tais como músicas, toques, piadas etc., para remeter o foco da sessão à coletividade e, desta forma, nutrir este continente (p. 99).

Dessa forma, verifica-se que foi importante abordar e conhecer a metodologia da TCI, pois assim constatou-se que o sucesso da Terapia Comunitária Integrativa depende desses momentos e das ações desenvolvidas pelo terapeuta durante as rodas de terapia. Portanto, depois que a pessoa com transtorno mental é inserida nesse equipamento e participa de todas essas etapas da terapia comunitária, Barreto (2008) diz que é necessário utilizar

instrumentos que permitam avaliar de forma consistente o impacto que a terapia comunitária produz nas pessoas. Assim, com embasamento teórico a respeito da TCI, podemos conhecer de forma mais consistente os resultados dessa pesquisa sobre o uso da Terapia Comunitária no tratamento da pessoa com transtorno mental que foi realizada no Projeto Quatro Varas no bairro do Pirambu em Fortaleza/CE, por isso o próximo tópico abordará os resultados e discursões a certa dessa investigação.

4.3 A Terapia Comunitária Integrativa na promoção da saúde mental: os relatos das pessoas com transtorno mental inserida na TCI do Projeto Quatro Varas no bairro Pirambu

Neste tópico inicialmente considero importante falar rapidamente sobre a promoção da saúde mental. Contudo, é preciso ressaltar que abordar a questão da saúde mental já traz em si certa dificuldade para conceitua-la, prova disso, é que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou dificuldade em definir saúde mental no relatório mundial da saúde publicado em 2001 ao anunciar que “numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa”. Acrescenta ainda que “estudiosos de diferentes culturas definem diversamente a saúde mental” e que os conceitos de saúde mental são bastante amplos, como por exemplo, relacionados ao bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Ao falar sobre essa dificuldade, Amarante (2011, p. 15-16) explica que “quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites” e que é um assunto bastante “plural na medida que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e da coletividade que, do mesmo modo são condições altamente complexas”.

Ressaltando assim que o tema saúde mental pode apresentar um grande número de significados em numa só palavra e que sua definição depende do contexto em que a palavra está inserida, isso torna ainda mais complicado a determinação de seus limites e conseqüentemente sua compreensão. Além do fato de ser um tema muito amplo por se referir à condição mental dos indivíduos em toda sua complexidade.

Diante disso, é possível verificar uma relação entre o texto publicado pela Organização Mundial da Saúde e o pensamento do autor Amarantes (2011), uma vez que segundo a OMS os especialistas de diversas culturas conceituam diferentemente a saúde mental e de acordo com o autor, a palavra saúde mental é polissêmica, por isso pode ter diferentes definições dependendo da conjuntura que o termo está introduzido, como por exemplo, a cultura em que está inserida. No entanto, mesmo com essa complexidade em definir um conceito para saúde mental, a OMS assume que o conceito é mais abrangente que apenas a ausência de transtornos mentais e a define como o estado de bem-estar social no qual o indivíduo realiza as suas capacidades.

É importante destacar que esse processo de recriar conceitos na sociedade é um desafio e pode ainda intervir na reorganização de dispositivos e estratégias de atendimento e inclusão da pessoa com transtorno mental (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Assim verifica-se que essa dificuldade em definir esse conceito, pode ainda influenciar nos equipamentos e métodos usados para o atendimento e inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

Apesar disso, desde 2008 o Ministério da Saúde indica a prática da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Básica de Saúde que é o principal acesso da população aos cuidados em saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os serviços de cuidados na comunidade são a melhor forma de tratamento a pessoa com transtorno mental, pois de acordo com o relatório mundial da saúde publicado em 2001, é importante proporcionar cuidados a essas pessoas na própria comunidade e afirma que “a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional”.

Além disso, afirma que a mudança dos pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade ainda traz benefício em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Para a OMS, os serviços de saúde mental devem ser fornecidos na comunidade, pois isso faz com que se utilizem todos os recursos disponíveis. Acrescenta também que os serviços com base comunitária podem contribuir para intervenções precoces, além de diminuir o estigma que é relacionado ao tratamento da pessoa com transtorno mental.

Baseando-se na carta de Ottawa²⁷, Camarrotti, Freire e Barreto (2013, p. 62) entendem a promoção à saúde como um “processo de capacitação da comunidade para participar ativamente de projetos e políticas de saúde centradas nas necessidades reais e locais, onde cidadão desenvolve suas potencialidades na busca de soluções para problemas cotidianos”. Isso se aplica então a promoção á saúde mental, que diante do que foi dito deve contar com a participação da comunidade e em que os próprios indivíduos busquem solucionar seus problemas através de suas potencialidades.

Assim de que forma a Terapia Comunitária Integrativa contribui para a promoção da saúde mental? Bem, diante de tudo que foi apresentado, entende-se que a TCI é uma atividade de cuidado na comunidade que busca dentre outros objetivos, contribuir para que cada pessoa possa descobrir seus valores, potencialidades, tornando-se mais independente, descobrindo com isso seu potencial terapêutico transformador. Complementando essa análise, Camarrotti, Freire e Barreto (2013, p. 49) dizem que:

No âmbito da promoção da saúde, já existem estratégias eficientes para melhorar a assistência à saúde mental capaz de prevenir, atenuar e tratar os transtornos mentais. Dentre estas estratégias utilizadas pelo governo para promover a saúde mental, temos [...] a Terapia Comunitária Integrativa, que ajuda na manutenção da saúde mental da população, promovendo a escuta e acolhimento do cliente com transtornos [...].

Dessa forma, verifica-se que o governo utiliza a TCI como estratégia para promoção da saúde mental. A Terapia Comunitária Integrativa segundo Camarrotti, Freire e Barreto (2013) é um espaço de escuta e acolhimento para aqueles que vivem sofrimentos e que quando é implantada nos serviços básicos de saúde, pode funcionar como melhoria da qualidade de vida e preservação de patologias psíquicas. Podendo assim ser considerada um instrumento para prevenção de doenças psiquiátricas.

Na pesquisa de campo realizada com os usuários da TCI no projeto Quatro Varas foi possível verificar a importância dessa escuta nas rodas de TCI no seguinte relato “[...] é muito bom ouvir o que as outras pessoas sofreram e que conseguiram superar, porque dá esperanças da gente melhorar também” (Ivone, 46 anos). Bem como quando uma entrevistada disse “[...] para mim fez uma diferença enorme poder ouvir as histórias de vidas das outras pessoas porque eu vi que tinha gente passando pelo mesmo problema que eu” (Teresa, 43 anos). Da

²⁷ A carta de Ottawa foi apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, contribuindo para se atingir Saúde para todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>>. Acesso em 6 nov. 2016.

mesma maneira que no seguinte depoimento “[...] foi importante sim escutar o povo falando das dificuldades para gente saber que esse problema pode passar”. (Isabel, 63 anos).

Diante desses relatos foi possível verificar que poder ouvir os problemas e experiências das outras pessoas dentro da roda de TCI faz com que a pessoa com transtorno mental sinta que não está sozinho, no sentido de que tem outras pessoas passando pela mesma situação ou com a mesma doença. Colaborando com essa discursão, Camarrotti, Freire e Barreto (2013) Apud Silva (2010) dizem que a Terapia Comunitária possibilita um espaço de escuta, onde se pode trabalhar o sentimento de isolamento e, além disso, facilita o diálogo e a partilha. Estes autores ressaltam ainda que é importante criar espaços de escuta nos serviços de saúde, pois consideram que mais que remédios e exames as pessoas precisam expressar sua dor e confiar na sua capacidade de superar as dificuldades e que isso é uma ação de saúde mental e uma forma de promoção da vida. É o que nos revelam os relatos a seguir:

[...] sempre é bom ouvir as histórias de vida vitoriosa aqui na terapia porque a gente sabe que tem a chance de melhorar a vida da gente também e sair do sofrimento, a gente senti que essa situação, esse sofrimento todo pode ser passageiro e que se a gente confiar em si mesmo, na nossa melhora, a gente pode sim superar esses momentos difíceis que todo mundo passa na vida do mesmo jeito que as outras pessoas conseguiram superar (Joana, 52 anos).

[...] ouvir pelo que as pessoas já passaram é importante sim, porque às vezes é o mesmo que a gente tá passando naquela hora ruim e sabe que não tá sozinha. [...] olha quando as pessoas falam que conseguiram passar pelo mesmo problema que a gente tá passando e que conseguiram melhorar, faz a gente sentir que também pode superar a nossa doença (Janete, 49 anos).

[...] aqui é muito importante à gente ouvir os problemas das outras pessoas porque a gente vê que tem problema maior que o da gente e que dá pra ficar boa porque as pessoas que tinham o mesmo problema que o meu falavam como tinham melhorado e se elas ficaram melhores eu sentia que também podia ficar (Zilma, 83 anos).

Através desses relatos sobre a escuta na TCI pode-se perceber que a possibilidade de ouvir que outras pessoas que passaram pelo mesmo problema ou doença conseguiram melhorar e como melhoraram, traz para as pessoas que escutam certa confiança e otimismo em sua própria melhora. Confirmando o que foi dito nesses relatos, Lima et al (2007) diz que a escuta do usuário, gera satisfação e segurança devido as pessoas se sentirem aceitas, além disso, contribui também para a construção do vínculo com o serviço de saúde (terapia), o que promove a otimização do processo de assistência.

No entanto, além de ouvir as experiências das outras pessoas, a TCI também propicia que usuários falem sobre os seus problemas, como explica Barreto (2008), a Terapia

Comunitária também é um espaço onde as pessoas podem falar sobre a história de suas vidas, sobre suas dores e conflitos. Além disso, na TCI cada um se torna terapeuta de si próprio ao partilhar suas experiências e conhecimentos, com isso essas pessoas também se tornam responsáveis pela busca da solução e superação dos problemas diários, fazendo com que os participantes possam experimentar o apoio do grupo que oferece ajuda e suporte. Na fala abaixo foi possível verificar de que forma a partilha das experiências beneficia esses usuários:

[...] já participo da terapia comunitária há 10 anos. [...] esse foi o único lugar que eu pude falar abertamente sobre o problema que eu tava vivendo, falar sobre todo o sofrimento que eu tava passando e que não conseguia superar sozinha nem mesmo tomando os remédios e indo ao médico. [...] eu não sabia que só em falar eu me sentiria tão bem e que me ajudaria tanto como ajudou (Teresa, 43 anos).

Assim, é possível observar a importância de compartilhar os problemas e sofrimentos para os participantes da TCI nesse depoimento, bem como neste outro relato “[...] passei por uma depressão fortíssima, na época eu só chorava. [...] só na terapia que eu consegui falar pra todo mundo o que eu tava passando, aí eu vi que tinha gente passando pelo mesmo que eu ou já tinha passado e que hoje já estava muito bem”. (Ivonete. 46 anos). Tal como na seguinte fala “[...] eu só melhorei depois que falei do meu problema aqui na terapia sabe, depois que contei tudo de ruim que eu tava vivendo e sofrendo me senti melhor, é como se a gente colocasse tudo pra fora, como se desabafasse”. (Isabel. 63 anos). Contribuindo com essa análise sobre a importância da fala na TCI, Barreto (2008) diz que a palavra é o remédio e na terapia comunitária a palavra é o bálsamo, a bússola para quem fala e para quem ouve. É por meio da partilha de experiência entre as pessoas que se encontra alívio para o sofrimento, as dores, e onde se enxerga novas possibilidades de superação de seus problemas. É o que demonstram estes outros depoimentos:

[...] depois que eu ouvi as histórias do povo todo, tive vontade de falar do meu problema, eu desabafei e tinha muita gente com a mesma doença e com o mesmo sofrimento e assim a gente pode se ajudar e melhorar juntos, eu acho que isso é muito importante, porque o que eu falei em um dia pode ajudar outra pessoa (Joana, 52 anos).

[...] eu comecei a falar da minha doença aqui na terapia, falei sobre tudo que eu tava passando, todo aquele meu sofrimento, aquela agonia e angústia que eu passava. [...] foi muito bom falar desse meu problema para os outros, foi assim que eu melhorei, que eu consegui me sentir mais aliviada [...] falando e ouvindo (Janete, 49 anos).

[...] eu vinha para cá e a gente ficava em baixo do pé de castanholá. [...] no começo eu não gostava não, mas depois eu comecei a participar da terapia e falar tudo isso que eu passei na minha vida [...] antes eu pensava que não tinha jeito pra mim, mas quando falava do meu problema me sentia melhor. [...] falar é um santo remédio aqui (Zilma, 83 anos).

Estes relatos dos usuários revelam o quanto o simples ato de falar sobre seus problemas ou sobre sua doença contribui para que as pessoas possam sentir-se melhores, usando esse espaço para socializar as vivências diárias, os problemas e sentimentos, contribuindo assim para seu tratamento. Corroborando com os depoimentos mencionados, Manguia e Muramoto (2007) dizem que existem diversos estudos que mostram que quando a pessoa que sofre de transtorno mental severo e persistente é inserida em redes fortes de troca e suporte apresenta maior probabilidade de êxitos positivos no seu tratamento.

Entretanto, a TCI não favorece o tratamento da pessoa com transtorno mental somente por meio da escuta e partilha de experiências, pois suas sessões também demonstram ser um forte meio de fortalecimento dos vínculos entre os indivíduos que conforme Barreto (2008, p. 306) “é tudo aquilo que liga os homens entre si e os homens a terra, as suas crenças, aos seus valores, enfim, a sua cultura que lhe confere identidade, inclusão e sentimento de pertença”. Este autor ainda acrescenta que para avaliar a TCI na vida das pessoas pode-se usar como indicador, dentre outros, os vínculos. Nas entrevistas foi possível verificar o surgimento dos vínculos de amizade entre os participantes:

[...] olha eu continuou vindo porque gosto muito e também para dar exemplo para ou outros, porque hoje eu sei que o problema é muito menor que parece e foi isso que me ajudou e pode ajudar as outras pessoas a superar os seus problemas. [...] tenho que vim fazer o povo ri aqui (risos) [...] é tudo meu amigo, tudo ri das minhas besteiras (Ivonete, 46 anos).

[...] essa é a minha comunidade, depois que eu sai do hospital vim direto pra cá e não sai mais. [...] essa comunidade já faz parte da minha vida [...] olha moça eu já venho aqui no Quatro Varas há muitos anos, todo mundo me conhece e eu conheço todo mundo, somos todos amigos, como uma grande família (Zilma, 83 anos).

[...] pode ter certeza que eu vou continuar vindo aqui na terapia sempre, porque aqui é bom demais. A gente é tudo amigo, um ajuda o outro sempre que pode, até mesmo fora daqui, [...] não sei nem imaginar minha vida sem vir aqui, devo muito a esse lugar. [...] isso aqui mudou a minha vida e me fez viver de novo. [...] aqui eu encontrei pessoas que vou levar para o resto da vida (Janete, 49 anos).

Entende-se a amizade como uma interação íntima, espontânea e também recíproca entre as pessoas que se caracteriza por um forte componente afetivo (BUKOWSKI; COLS, 1996). Assim, verifica-se que esse vínculo de amizade mencionados nos relatos acima se torna importante para esses pacientes, pois segundo Cheng e Furnham (2002) a amizade é reconhecida como uma relevante fonte de felicidade e de bem-estar subjetivo, por proporcionar suporte social, o compartilhamento de experiências, interesses, sentimentos e emoções.

Colaborando com essa análise, Camarotti, Fukui e Marchetti (2004) acrescentam que a terapia comunitária possibilita a formação de vínculos, substituindo o sentimento de pertença a si mesmo pelo sentimento de pertença a um grupo, comunidade, em que todos vivenciam problemas semelhantes. Os depoimentos abaixo também demonstram a criação de vínculos de amizade, comunitários e sociais na vida dos usuários:

[...] eu continuei vindo pra terapia porque eu gosto muito daqui, essa terapia me faz muito bem, mas eu também venho porque gosto muito de todo mundo daqui, a gente já se conhece há um tempinho bom e convive quase toda quinta-feira. [...] eu já considero a minha segunda família e é a minha comunidade. (Joana. 52 anos).

[...] toda quinta-feira estou aqui e me sinto muito feliz. [...] aqui tem muito humor. [...] encontro muito apoio com as outras pessoas e o ambiente daqui é ótimo. [...] continuei vindo porque se eu não vier vou sentir muita falta de tudo isso aqui, desse clima de alegria, de todo mundo, aqui eu fiz amigo demais. [...] já me sinto parte desse grupo aqui, dessa comunidade. (Isabel. 63 anos).

[...] vou continuar participando da terapia porque acho maravilhoso, posso dividir as coisas que eu passei na vida com os outros, posso falar dos meus problemas e desabafar. [...] me sinto muito feliz participando dessas terapias. [...] aqui eu fiz muita amizade, mesmo que eu não seja daqui do Pirambú e venha de outro bairro pra cá [...] já tô quase me mudando pra essa comunidade (risos). (Teresa, 43 anos).

Dessa forma, observa-se através desses relatos que a formação desses vínculos contribui para que a pessoa com transtorno mental sinta-se parte de um grupo e passe a ter um sentimento de pertencimento à comunidade. Este sentimento de pertencimento à comunidade, segundo Sarason (1974, p. 1) é “o sentimento de que fazemos parte de uma rede de relacionamento de suporte mútuo, sempre disponível e da qual podemos depender”. Ainda sobre esse sentimento Prezza e Constantini (1998) dizem que contribui para que haja um maior sentimento de identificação e uma maior autoconfiança, além de facilitar as relações sociais, combate a solidão e o anonimato, proporcionando assim uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos.

Assim pode-se verificar que esse sentimento de pertencimento a comunidade pode trazer para o indivíduo aquilo que a terapia comunitária objetiva, como por exemplo, autoconfiança, fortalecimento das relações sociais, combate a solidão e o anonimato, ou seja, estimular a participação do sujeito e de maneira geral, melhora a vida desses indivíduos.

Nessa pesquisa também foi possível verificar que é através dos vínculos com os outros e com a comunidade que algumas pessoas demonstraram necessidade de retornar a TCI mesmo após sentirem que seu problema foi solucionado no intuito de ajudar através de suas

experiências aqueles que estejam passando pelo mesmo sofrimento, como demonstram as seguintes falas:

[...] aqui na terapia eu acho muito importante falar para as outras pessoas como eu consegui superar o meu problema, porque posso mostrar que elas também podem superar esse momento difícil que elas tão passando, que mesmo que possa parecer, essa doença pode ser superada e elas podem viver bem (Joana, 52 anos).

[...] foi aqui ouvindo as outras pessoas que eu melhorei, então é por isso que eu vou continuar vindo porque quando eu falo que superei o meu problema as outras pessoas acreditam que também podem superar o delas. [...] é como se eu fosse responsável pela melhora da outra pessoa sabe (Janete, 49 anos).

[...] é importante falar da minha experiência aqui na terapia, porque eu sei que se eu falar para as outras pessoas que eu tive esse problema e conseguir superar e que hoje estou bem, elas também vão saber e acreditar que tem jeito, que elas podem ficar boas ou pelo menos ter uma vida melhor, por isso que também ainda venho aqui (Ivone, 46 anos).

Diante do que já foi apresentado, verifica-se que a TCI representa para os usuários um local de acolhimento, onde criam relações de amizade, vínculos comunitários e sociais, além de um sentimento de pertencimento que lhes beneficiam em seu tratamento. Assim é importante analisar quais são as mudanças que as pessoas com transtorno mental relataram nessa pesquisa por meio de sua inserção na Terapia Comunitária Integrativa, pois segundo Barreto (2008) às sessões da TCI também são importantes para esses usuários, uma vez que mesmo em torno de tantos problemas as pessoas tem a possibilidade de transformação.

Contribuindo com essa discussão Barreto (2008) diz ainda que na Terapia Comunitária a comunicação deve ser usada como um meio de crescimento e transformação individual e coletiva. Nessa perspectiva, através da comunicação, a terapia comunitária se utiliza das experiências vividas pelos participantes e relatadas na roda e aumenta a chance de transformação de cada usuário desse equipamento. No relato abaixo pode-se observar as mudanças que a TCI trouxe na vida de uma das entrevistadas:

[...] eu tive uma depressão muito grave, eu nem sabia que isso existia, mas é muito ruim. [...] eu não tinha vontade de fazer nada, chorava e me sentia muito mal. [...] era uma sensação muito ruim. [...] às vezes eu ficava até desesperada porque por mais que eu tentasse fazer alguma coisa, eu não conseguia, não tinha força contra essa doença maldita. [...] minha irmã me falou sobre essa terapia e praticamente me obrigou há vir um dia, depois de muito esforço acabei conseguindo vir, graça a Deus porque foi a minha salvação daquela vida. [...] depois de participar da terapia por 4 anos e ouvir todas essas histórias, eu consegui superar o meu problema, hoje eu sou outra pessoa, [...] sabe eu sempre soube costurar, mas não tinha vontade de fazer nada como te falei, mas hoje eu já trabalho como costureira. [...] saiu pra me divertir [...] e me sustento sozinha e a minha família também, não dependo de ninguém só de mim mesma e isso é muito bom (Janete, 49 anos).

Diante desse relato é possível perceber uma mudança bem significativa, uma vez que a partir de sua inserção na TCI, esta pessoa saiu de uma situação de depressão e hoje se sente bem e já exerce sua profissão de costureira, sendo ainda o sustento de sua família. As transformações que a Terapia Comunitária Integrativa traz na vida da pessoa com transtorno mental também é visível nestes outros depoimentos:

[...] passei por uma depressão fortíssima, na época eu só chorava. [...] faço a terapia comunitária desde 2013. [...] hoje já faz um ano e 3 meses que eu não preciso mais tomar remédio. [...] você acredita que depois de todas essas tristezas que eu já passei hoje eu trabalho como comediante, faço show em todo canto. [...] dá pra acreditar que antes eu chorava e hoje eu faço as pessoas sorrir (Ivonete, 46 anos).

[...] fiquei com depressão depois que meu marido me traiu e juntou com a morte do meu pai. [...] não sei o que tava acontecendo comigo, não queria que ninguém encostasse em mim, do nada eu ficava dizendo que as frutas estavam podres e jogava fora e também não tinha vontade de sair de casa. [...] ainda cheguei a ficar internada por 15 dias. [...] já participo da terapia comunitária há 10 anos. [...] hoje me sinto muito bem sabe, mesmo ainda tomando alguns remédios, mas minha vida mudou completamente, na verdade eu nem vivia e hoje sou a única da casa que trabalho, me sinto independente e ainda cuido da minha neta. [...] vou fazer o curso de massoterapeuta e vou fazer massagem em todo mundo e até em você também (risos) (Teresa, 43 anos).

Reforçando essa questão sobre as mudanças que a TCI traz para a vida da pessoa com transtorno mental, Camarrotti, Freire e Barreto (2013) afirmam que as comunidades descobrem que possuem todo potencial, que ao ser mobilizado e explorado pode ser uma força motriz capaz de promover as transformações necessárias para que o homem possa resgatar sua cidadania e dignidade humana. Nos relatos abaixo é possível observar esse resgate:

“[...] eu era louca, doida mesmo. [...] fiquei internada no Mira Lopes por um tempão, mas lá era ruim demais, ninguém cuidava da gente, não tinha comida, a gente não tomava banho, me desculpa a palavra, mas eu cheguei a comer minha própria merda. [...] teve um dia que eu conseguir fugir de lá e vim pro Pirambu que eu tenho uma casa aqui. [...] depois eu comecei a participar da terapia [...] no começo não tinha esse canto nem essas cadeiras pra gente ficar sentado não, era no chão mesmo, lá no pé de castanholha. [...] o Adalberto me falou pra eu participar do curso de massagem que ia ter, mas no começo eu não queria porque eu nem sabia ler, como é que eu ia fazer um curso, mas ele ficou falando comigo e me convenceu, então eu fiz o curso mesmo sem saber ler. [...] antes eu era uma louca internada no Mira Lopes e agora sou massoterapeuta e passei a atender as pessoas aqui mesmo, fazendo massagem, curando o povo com a minha massagem. [...] hoje eu já tenho minha vida feita, eu sou aposentada, tenho meus filhos e netos, a vida tá boa viu” (Zilma, 83 anos).

Nesse depoimento, verifica-se que a TCI contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dessa pessoa, resgatando ainda sua cidadania e autoestima. Também pode-se constatar as mudanças que a Terapia Comunitária Integrativa traz na vida da pessoa com transtorno mental nas falas a seguir.

[...] a depressão me pegou depois que meu pai que eu tanto amava faleceu, foi uma época muito difícil pra mim, eu não saía do meu quarto, não queria ver ninguém e nem falar com ninguém. [...] quando meus filhos e meu marido iam falar comigo no meu quarto, eu não tinham forças e nem vontade para falar e só respondia com meu polegar, fazendo sim ou não com o dedo. [...] quando eu cheguei ainda estava muito mal e não quis falar do meu problema pra ninguém [...] depois comecei a superar o meu problema, não sei direito como aconteceu, mas de uma hora pra outra eu já estava me sentindo melhor, tinha vontade de sair de casa, fazer minhas coisas, inclusive vou me candidatar nessas eleições. [...] nada de lembrar daquela maldita depressão. [...] o que eu quero é trabalhar e ser ativa, nada de lembrar do passado (Joana, 52 anos).

[...] eu estava deprimida e com problema de ansiedade muito grande, não dormia e nada mais me dava prazer na vida depois que a minha mãe morreu. [...] agora já faço a terapia desde 2011 e não vou parar. [...] toda quinta-feira estou aqui e me sinto muito feliz. [...] nem dá pra acreditar em como eu me sinto hoje depois de tudo que eu passei com essa doença. [...] como eu te disse antes eu só chorava e hoje eu sou tão ativa, olha além da terapia, eu faço acupuntura, massagem, vou pra minha igreja. [...] só não quero ficar parada de jeito nenhum (risos) (Isabel, 63 anos).

Por meio desses depoimentos pode-se constatar que a TCI possibilita mudanças em relação a sua sociabilidade, bem como ao alívio do sofrimento causado pela doença, trazendo assim benefícios para a vida dessas pessoas. De modo geral, verifica-se que a Terapia Comunitária tem beneficiado bastante os participantes, que nessa pesquisa fala-se especificamente daquelas pessoas com transtorno mental, pois sua inserção nesse equipamento tem demonstrado uma grande melhora em sua qualidade de vida, tendo em vista que conforme os resultados dessa investigação essas pessoas demonstraram primeiramente muita satisfação em participar das rodas da TC, por terem nessa atividade um local de acolhimento, onde podem ouvir e falar sobre seus problemas, além disso, criar vínculos de amizade, comunitários e sociais que beneficiam esses usuários no sentido de lhes trazerem um sentimento de pertencimento, pois com isso sentem que fazem parte de um grupo que gera uma rede de relações, a qual pode lhes dar suporte, combatendo assim o sentimento de isolamento tão prejudicial para esses pacientes.

De acordo com os relatos mencionados nessa pesquisa, verifica-se que a Terapia Comunitária Integrativa é um relevante instrumento de promoção da saúde mental. Sendo um importante espaço comunitário de cuidado a pessoa com transtorno mental que se utiliza do potencial da própria comunidade, ou mais especificamente dos próprios participantes, para que estes busquem através da escuta, partilha das experiências e dos vínculos sua melhoria e consequentemente mudanças que os levam a uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa pesquisa foi possível verificar que, inicialmente, a pessoa com transtorno mental esteve por muito tempo isolada do convívio com a sociedade e que isso em nenhum momento contribuía para seu tratamento. Contudo, a partir do momento que foi reconhecido que o atendimento desses pacientes focalizando em instituições psiquiátricas não seria a melhor forma de tratamento, foram surgindo novas possibilidades, novas estratégias e novos equipamentos para que estas pessoas pudessem ser tratadas em serviços extra-hospitalares, na própria comunidade, junto a sua família e à sociedade.

Essas mudanças só foram possíveis através de muitas lutas que ocorreram no Brasil durante o processo de Reforma Psiquiátrica. Esse processo possibilitou à defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como sua garantia através de legislações. Leis estas, que hoje asseguram a pessoa com transtorno mental um tratamento humano e com sua inclusão social.

Além disso, através dos relatos das entrevistadas foi possível verificar que é muito importante para as pessoas que usam esse equipamento poder ouvir as experiências das outras pessoas, bem como falar das suas experiências durante as rodas de TCI, pois é através dessa escuta que as pessoas sentem que podem mudar sua situação, é por meio das experiências das outras pessoas que conseguiram superar seus problemas, que as entrevistadas acreditaram que também poderia superar ou melhorar o seu problema ou doença. É também por meio dessa escuta que as pessoas sentem que não estão sozinhas, que outras pessoas estão passando ou passaram pelo mesmo problema. Tudo isso contribui para que os usuários confiem em sua melhora, contribuindo conseqüentemente para seu tratamento.

A partilha das experiências também se mostrou muito relevante para os usuários, pois as entrevistadas alegaram que a TCI foi o único lugar que conseguiram falar abertamente sobre seus problemas, sobre o que estavam passando. Assim de certa forma, a TCI se mostrou um espaço no qual essas pessoas poderiam desabafar e através desse desabafo sentir-se melhores, o que também colabora para seu tratamento.

Constatou-se também por meio dessa pesquisa que a TCI contribui para que a pessoa com transtorno mental, que esteve por vários anos em uma condição de isolamento, possa estabelecer vínculos afetivos, de amizades com os outros participantes, vínculos com a

comunidade e sociais, estabelecendo relações que aproximam as pessoas que passam pelo mesmo problema ou pela mesma doença, para que juntas possam buscar meios de solucioná-los ou pelos menos melhorá-los.

Verificou-se ainda que o surgimento desses vínculos com as outras pessoas faz com que aqueles que sentem que seu problema ou doença foi solucionado continuem indo a TCI para que possam ajudar as outras pessoas a melhorarem através dos relatos de suas experiências, demonstrando o compromisso dessas pessoas com o próximo, com a melhoria do outro. Além disso, pode-se verificar que se cria um círculo positivo em que as pessoas que já se sentem melhor permanecem participando da TCI para auxiliar aqueles que estão passando pela mesma doença ou problema, a qual conseguiram superar ou melhorar por meio da terapia, fortalecendo assim os vínculos entre os indivíduos e cooperando para o tratamento da pessoa com transtorno mental.

Verificou-se ainda que a inserção da pessoa com transtorno mental na TCI trouxe mudanças significativas na vida dos usuários, que saíram de uma situação de doença e tornaram-se pessoas mais independentes, muitas se encontravam trabalhando e até sendo seu meio de sustento e de sua família, outras ainda tinham expectativas de trabalhos e cursos. Mas principalmente verificou-se através de seus relatos que essas pessoas estavam felizes e que haviam melhorado bastante sua qualidade de vida.

Sabe-se que quando o assunto é doença mental, muitos em nossa sociedade ainda encaram o tema com preconceito e estereótipos, baseando-se em ideias criadas pelo senso comum e que em nenhum momento conseguem alcançar toda a abrangência e profundidade do assunto, podendo assim ocasionar discriminações. Isso torna significativo abordar essa temática, pois nos aproximando desse tema, nos distanciamos das rejeições e prejulgamentos. Com este estudo, espera-se ter contribuído para que haja uma sociedade cada vez mais bem informada sobre esse tema, para que os pacientes possam receber o maior número de informações a respeito de sua doença e as formas de tratamento asseguradas por leis.

Buscou-se ainda com essa pesquisa fazer um alerta para a população e as autoridades, para que possamos reconhecer o paciente com transtorno mental como cidadão digno de seus direitos, compreender a importância da integração do paciente com a sociedade e por consequência a necessidade da participação e contribuição da comunidade nesse processo.

Finalmente ao falar sobre a utilização da Terapia Comunitária Integrativa no tratamento da pessoa com transtorno mental, espera-se ter colaborado para divulgar o uso desse equipamento, que valoriza o papel da comunidade, favorece a integração dos indivíduos, fortalece os laços sociais e que reconhece a pessoa com transtorno mental como parte integrante da sociedade, exaltando seus valores e tornando-os menos dependentes. Contribuindo, portanto com as melhorias necessárias para que essas pessoas com transtorno mental tenham cada vez mais um atendimento e tratamento com qualidade que na verdade lhes é de direito.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**, 2009.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3.ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BIRMAN, J. A. Cidadania tresloucada. In: Bezerra Amarante P, organizadores. **Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BUKOWSKI, W. M. NEWCOMB, A. F., & HARTUP, W. W. **The company they keep: friendship in childhood and adolescence**. Cambridge: University Press. 1996.
- CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T; BARRETO, A. organizadores. **A Terapia Comunitária Integrativa no Cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.
- CAMAROTTI, M. H; FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B. (Org.). **A Terapia Comunitária no Brasil. Movimento Integrado de Saúde Comunitária**, Brasília, 2004
- CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- CHENG, H., & FURNHAM, A. **Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness**. Journal of Adolescence, 2002.
- DELGADO PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987.
- DESLAURIERS, J.; KÉRISIT, M. **O delineamento de pesquisa qualitativa**. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A.C. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, 2007.

FLEURY S; BAHIA L; AMARANTE P. organizadores. **Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora CEBES; 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva. 1972.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6.ed. São Paulo: Atlas 2010.

GRANDESSO. M; BARRETO. M. R. organizadores. **TERAPIA COMUNITÁRIA: Tecendo Redes para a Transformação Social Saúde, Educação e Políticas Públicas.** 1º ed. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica Ltda. 2007.

Informações da Organização mundial da Saúde (OMS) sobre o relatório mundial da saúde. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

Informações sobre direitos humanos em saúde mental. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/direitos-humanos-em-saude-mental>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

JOSÉ FILHO, M; Dalbério, O. (Org.). **Desafios da pesquisa.** Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2006.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paul Enferm,** 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. A luta antimanicomial: construção de um lugar. **Revista da Saúde** – uma publicação do Conselho Nacional de Saúde, ano II, n. 2, Brasília: 2001.

MANGUIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Ver. Ter. Ocup. Univ.,** São Paulo, v. 18, n. 2, maio/ago. 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados estatísticos da rede assistencial brasileira 2012.**

Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2016.

_____. **Legislação em Saúde Mental.** Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislaçãosaudemental2002completa.pdf>>.

Acesso em: 7 mar. 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Direito à saúde mental.** Disponível em:

<<http://www.abrata.org.br/new/arquivosfolder/cartilhadireitossaudemental.pdf>>. Acesso em:

7 mar. 2016.

MOURA, F. D. M. N. **Bases para uma reforma psiquiátrica.** São Paulo: Mandacarú, 1987.

PREZZA, M.; CONSTANTINI, S. Sense of community and live satisfaction: Investigation in three different territorial contexts. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, 8, 1998, p.181-194.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

ROCHA, Gilberto S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

SARASON, S. The perception and conception of a community. 1974. In: _____. **The psychological sense of community: Prospects for a community psychology** (pp. 130-160). San Francisco: Jossey-Bass.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. v.6, n.1, 2001.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 1998.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

Roteiro da entrevista

Entrevista direcionada as pessoas com transtorno mental usuárias da Terapia Comunitária Integrativa do projeto Quatro Varas no bairro Pirambu.

1. O que te levou a participa da terapia comunitária do projeto Quatro Varas?
2. Com que frequência você participa da terapia comunitária?
3. Qual a importância de poder ouvir as experiências de vida das outras pessoas nas rodas da TCI?
4. Qual a importância de poder partilhas as suas experiências, seus problemas e falar sobre sua doença nas rodas da TCI?
5. Como você se sente após participar da terapia comunitária do projeto Quatro Varas?
6. Qual é o seu sentimento em relação às pessoas que participam da TCI e a essa comunidade?
7. Porque continua participando da terapia comunitária após sentir que seu problema foi solucionado?
6. Quais as principais mudanças em sua vida após a participação na terapia comunitária do projeto Quatro Varas?
9. Pretende continuar participando da terapia comunitária e por quê?

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: O USO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO TRATAMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: os relatos dos usuários desse equipamento no projeto Quatro Varas no bairro Pirambu desenvolvida por Valmichele Praciano Rebouças. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Virzângela Paula Sandy Mendes, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) 999693517. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é Analisar o uso da Terapia Comunitária Integrativa do projeto Quarto Varas no bairro Pirambu no tratamento à pessoa com transtorno mental. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(sua) orientador(a). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da pesquisadora:

Assinatura da testemunha:
