



Ao Encontro da Comunidade – Reflexões sobre Psiquiatria Comunitária, Cultura e Alteridade

Towards Community – Reflections on Community Psychiatry, Culture and Alterity

Ana Neto^{*✉}, Pilar Santos Pinto*, Teresa Maia*

RESUMO:

Introdução: A transformação constante das comunidades e a sua relação com a patologia mental têm sido alvo de investigação nas últimas décadas, embora não seja claro a sua real incorporação na prática psiquiátrica.

Objectivos: Este artigo pretende rever qual a pertinência da compreensão das comunidades para a prática Psiquiátrica, sobretudo Comunitária, bem como os instrumentos metodológicos e conceptuais que permitam essa incorporação.

Métodos: Revisão seleccionada e crítica de literatura sobre Psiquiatria Comunitária e Cultura, Comunidades, e Iniquidade Social e Saúde Mental.

Resultados: O presente artigo começa com uma revisão do significado de Comunidade e dos princípios definidores da Psiquiatria Comunitária e a pertinência de serem, ou não, culturalmente sensíveis. Cultura e Alteridade são posteriormente apresentados no plano das Comunidades Internacionais e das Comunidades Locais, ressaltando-se o papel que alguns métodos de trabalho, como a observação par-

ticipante, podem desempenhar nestes contextos.

Conclusão: A Psiquiatria e em particular a Psiquiatria Comunitária, ao integrar uma diversidade de metodologias e sendo permeável a modelos transdisciplinares, encontra-se numa posição privilegiada para eleger a Comunidade como plano de análise, integrando-a na sua *praxis*.

Palavras-Chave: Psiquiatria Comunitária, Comunidade, Cultura, Competência Cultural, Saúde Mental Global, Investigação Participante.

ABSTRACT:

Introduction: *The constant transformation of communities and its relationship with mental illness has been studied and debated for the past decades, although it is still not clear how it has been incorporated in clinical practice.*

Aims: *The authors propose to review the relevance to Psychiatry, especially Community Psychiatry, of understanding communities as well as the methodologies and conceptual frameworks that allow that approach.*

* Serviço de Psiquiatria, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, ✉ anapontoene@gmail.com.

Recebido / Received: 03/02/2014 - Aceite / Accepted: 04/01/2015.

Methods: *Selected and critical review of the literature about Community Psychiatry and Culture, Communities, and Social Inequity and Mental Health.*

Results: *The authors start by reviewing the meaning of Community and the defining principles of Community Psychiatry in their relationships with cultural sensitivity. This aspect is illustrated with two examples of the impact of culture and alterity in the understanding of Mental Health and Service Organization, one at the level of International and Global Mental Health, and the other at the local communities' level. In this context, participatory action research is highlighted.*

Conclusions: *Psychiatry, in particular Community Psychiatry, by acknowledging a wide range of methodologies and being open to transdisciplinary models, is in a privileged position of electing communities as a field of investigation and integrate it in its praxis.*

Key-Words: *Community Psychiatry, Culture, Cultural Competency, Global Mental Health, Community-based participatory research.*

1. INTRODUÇÃO

(...) é inútil determinar se Zenóbia deva ser classificada entre as cidades felizes ou infelizes. Não faz sentido dividir as cidades nessas duas categorias, mas em outras duas: aquelas que continuam ao longo dos anos e das mutações a dar forma aos desejos e aquelas em que os desejos conseguem cancelar a cidade ou são por esta cancelados.”

Italo Calvino, *As Cidades Invisíveis*

O movimento de globalização e a multiculturalidade têm sido desde há muito, alvo de reflexões que procuram explicar e descrever o seu impacto na Saúde Mental e na Doença Psiquiátrica. Estas considerações florescem no domínio das ciências sociais e políticas, nomeadamente na abordagem da integração/exclusão de migrantes, do trauma e dos refugiados políticos ou de guerra (um inequívoco reconhecimento da Alteridade). Já no domínio científico da Psiquiatria estas incursões têm sido mais recentes e ténues.

Na área da Psiquiatria Social e da Psiquiatria Comunitária chegam-nos contributos teóricos e de organização e implementação de serviços na intersecção com o trabalho com as comunidades. Num outro domínio, o da Psiquiatria Cultural, têm surgido evidências do impacto da cultura na apresentação e modulação da patologia mental. Pela sua intrínseca proximidade com os métodos de investigação da antropologia e das ciências sociais em geral, a Psiquiatria Cultural tem desenvolvido uma linguagem e metodologia que procura adequar-se ao seu objecto de estudo – a Cultura, assinalando uma inflexão no percurso de uma epistemologia até então predominantemente positivista, e permitindo visões mais compreensivas e detalhadas de algumas comunidades.

Neste artigo pretendemos retomar a questão da pertinência das comunidades como plano de análise de Saúde e Doença Mental, assim como dos seus determinantes e ainda das metodologias que poderão ser mais proveitosas nesse prisma – fazendo a apologia da sua relevância para a Psiquiatria em geral mas sobretudo como vertente fundamental da Psiquiatria Comunitária.

2. MÉTODOS

Foi realizada uma revisão selectiva e crítica de literatura sobre os seguintes tópicos:

- 1) Psiquiatria Comunitária e Cultura;
- 2) Impacto da Cultura no Acesso e Prestação de Cuidados de Saúde Mental (através de dois prismas: Saúde Mental Global e Populações Minoritárias/Vulneráveis);
- 3) Contributos das Ciências Sociais e Epidemiologia para a Psiquiatria Comunitária. A revisão consistiu na selecção de publicações relevantes sobre os tópicos referidos, publicados entre 1993 e 2013, através de pesquisas na *PubMed*, com a conjugação de palavras de pesquisa como “*Community Psychiatry*”, “*Global Mental Health*”, “*Cultural Competence*”, “*Community Participatory Research*”, “*Cultural Psychiatry*”. A revisão foi ampliada com a selecção de publicações citadas por outras relevantes, com inclusão das publicações de maior relevo.

3. (RE)DEFINIR COMUNIDADE

Na literatura psiquiátrica o termo “Comunidade” refere-se a “áreas geográficas distintas ou a uma rede de interacções e suporte social” (traduzido de Thornicroft¹). A importância da unidade geográfica é enfatizada na maioria das descrições, como a que nos é proposta por Minar e Greer (*cit in Rapport*²), na qual é entendida como “o ponto de partida para a convergência de problemas partilhados e perspectivas comuns, que levaria ao desenvolvimento de organizações para actividades e acções conjuntas” e, em última análise, à produção de um “vínculo, compromisso, lealdade e identidade num

determinado grupo social” (traduzido de Rapport²).

Para Robert Redfield, no entanto, a questão da geografia assume-se como excessivamente simples: “Assim que a nossa atenção se desvia da comunidade enquanto conjunto de casas e instrumentos e instituições para o estado mental de pessoas particulares, desviamo-nos para a exploração de algo extremamente complexo e de difícil acesso. Mas é isso, a própria Humanidade, na sua forma mais privada e íntima, (...) a substância da Comunidade” (traduzido de Rapport²). Por isso este autor, procurando desfocar-se da dimensão geográfica, propõe quatro qualidades que caracterizam a Comunidade: escala social de reduzida dimensão; homogeneidade de actividades e estados mentais dos membros; consciência da sua distinção e identidade; e auto-suficiência ao longo do tempo e em relação a um vasto conjunto de necessidades. Também Gregory Bateson reforça a necessidade de que a Comunidade seja conceptualizada de um ponto de vista simbólico, na precisa medida em que “*things are epiphenomena of the relations between them*” (cit in Rapport²), o que, de alguma forma, alude à necessidade de compreender as comunidades, concretas e reais, “*na sua forma mais privada e íntima*”².

Assim, reconhecendo a subjacente componente territorial da definição, entendemos que é necessário compreender, por um lado, que ela não se esgota nem fixa nos seus limites físicos, e, por outro, que ela se vai construindo e modificando. Uma Comunidade nunca será estática, e eventos internos e externos podem modificar a sua estrutura, o que, por sua vez, se repercute nos seus elementos.

De que forma poderá a Psiquiatria Comunitária aproximar-se destas comunidades em constante mutação? Para responder a esta questão procuraremos, primeiro, compreender a natureza da própria Psiquiatria Comunitária, e de seguida procuraremos clarificar como a sua relação com as comunidades espelha a sua relação com as suas culturas, aqui definidas de forma dinâmica e relacional.

4. UMA PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

A história da Psiquiatria e da Doença Mental começou por ser uma história de retirada da sociedade³. Por motivos inicialmente mais sociais que médicos, e posteriormente mais médicos que sociais, a história da Psiquiatria operou-se na intimidade das Sociedades, e a passagem para o domínio público surge apenas na segunda metade do século passado. Esta mudança ocorre dentro da Psiquiatria, que passava a dispor de ferramentas clínicas que permitiam que os doentes regressassem às comunidades, com períodos mais longos sem doença, e também fora da Psiquiatria, por pressão social que a acusava de ser veículo de preocupações morais e normativas da sociedade, papel que serviria mais a sociedade do que os seus doentes. O movimento que resultou na criação de estruturas intermédias, como os Hospitais e Áreas de Dia, e na implementação de uma Psiquiatria Comunitária, possibilitou casos de uma adaptação plena da Instituição à Comunidade e noutros apenas um prolongamento do modelo de tratamento em ambiente hospitalar (asilar ou em hospitais gerais) para a Comunidade.

Esta mudança para um paradigma comunitário, tal como assinalava em 1998 o psiquiatra

britânico Suman Fernando⁴, parecia reflectir um encontro com o contexto social da disciplina e um regresso às suas responsabilidades sociais. Volvido meio século sobre o lançamento dos pilares do modelo de Saúde Mental Comunitária⁵, esse retorno às responsabilidades sociais transparece em três dos seus princípios fundadores:

- 1) equidade no acesso aos serviços
- 2) o tratamento na Comunidade e
- 3) a participação de utentes, famílias e comunidades^{6,7}, “uma forma de prática psiquiátrica que enfatiza o contexto comunitário como elemento chave na formulação e abordagem dos problemas psiquiátricos” (traduzido de Cohen *et al*⁸). Esta definição apela a um trabalho multidisciplinar, com os utentes e as suas famílias e com elementos significativos na Comunidade, para entender o contexto, a estrutura e o meio onde as pessoas adoecem e vivem a sua doença, e, sempre que possível, a “dar resposta aos factores sociais que contribuem para a causa e manutenção da doença psiquiátrica” (traduzido de Cohen *et al*⁸). Esta visão é ilustrada pelo trabalho desenvolvido por Carlos Caldeira na década de 70⁹, que reflecte, num contexto político ao qual não é alheio, dedicação e curiosidade em relação a uma Comunidade, a do Bairro da Boavista, nos arredores de Lisboa, e a crença implícita que o processo terapêutico contemplaria uma aproximação e progressivo enraizamento dos técnicos nessa mesma Comunidade.

Nos últimos anos, contudo, alguns autores têm identificado situações em que existe um afastamento da *praxis* comunitária tal como foi inicialmente definida. Por um lado, quando se valoriza mais a avaliação de modelos teóricos

de organização de serviços do que o trabalho efectivamente desenvolvido¹⁰, e por outro, quando os cuidados não são eficazmente prestados às populações a que se destinam e não existe uma adequação das estratégias e uma adaptação do modelo teórico¹⁰⁻¹². Para este facto concorre a enorme variação na organização dos cuidados de saúde primários, nas relações com os serviços sociais e da própria estrutura social, que se repercute na implementação de serviços de Saúde Mental comunitários entre países aparentemente semelhantes. Nesse sentido, autores como Tom Burns questionam se os modelos de tratamento da Esquizofrenia podem efectivamente “viajar”⁵. Outros autores alertam ainda para o facto de que, a não existência de uma auto-avaliação e consequente adaptação dos serviços possa acarretar *burn-out* para os técnicos, família, comunidades e ainda para os próprios utentes¹³.

Ao afastar-se da conceptualização original, ou seja, das Comunidades em si, a Psiquiatria Comunitária corre o risco de ser reduzida a uma prestação de cuidados hospitalares em meio não hospitalar¹³. Este afastamento compromete, por um lado, a escolha e interpretação dos indicadores que avaliem quais os cuidados mais eficazes, o que é crucial para o racional da organização dos serviços comunitários, e por outro lado, dificulta a compreensão e avaliação do impacto que os factores sociais e culturais comunitários desempenham nas patologias mentais (Martín-Baró 1994 *in* Cohen⁸), e dessa forma empobrece a psiquiatria, privando-a dos projectos terapêuticos e saudáveis que existem e que fazem parte do natural leque de respostas ao sofrimento e doença.

5. CULTURA, ALTERIDADE E PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

Uma forma de aproximação à Comunidade é a reflexão sobre a Cultura, o que tem surgido em propostas como as que Cohen e colegas apresentaram na conferência “*The Future of Community Psychiatry*”⁸, promovendo um incremento na valorização da competência cultural na abordagem dos doentes.

A discussão em torno do que é uma estrutura ou intervenção culturalmente sensível ou competente é tão complexa como as definições propostas para cultura, e tem gerado um intenso e aceso debate sobretudo no domínio da Psiquiatria Cultural e Transcultural¹⁴.

Do ponto de vista histórico, o conceito inicialmente proposto pretendia dar resposta a necessidades de grupos etnoculturais discretos existentes no Norte da América, e radicava numa detalhada caracterização destes grupos numa sociedade que impõe a auto-determinação étnica. A reconceptualização dos conceitos de cultura e identidade, que nos dão conta de comunidades em constante transformação e de cidadãos em constante negociação de uma multiplicidade de aspectos que reivindicam ou rejeitam do seu património cultural e identitário, transforma o próprio conceito de competência cultural. De facto, afasta-se da proposta inicial de desenvolvimento de serviços especializados em determinadas minorias culturais, para ir ao encontro da complexa e inesperada composição cultural, familiar e social contemporânea dos utentes – hibridismo mais próximo da prática clínica tal como a conhecemos.

No contexto do actual artigo, retemos uma das definições de Competência Cultural que enfati-

za o seu carácter dinâmico e a requerer uma permanente interacção com a Comunidade: “Competência Cultural é a consciência que as abordagens terapêuticas não decorrem num vácuo, mas devem contemplar os contextos sociais e culturais dos utentes, técnicos e instituições. É um processo de aprendizagem, testado contra a realidade do indivíduo, e que se diferencia das eventuais assunções estereotipadas sobre raça e etnia” (traduzido de CMHS¹⁶).

Esta definição contempla, primeiro, uma definição de Cultura enquanto conceito “interactivo e dinâmico ‘sempre’ relacional; uma inscrição de processos comunicativos que existem, historicamente, *entre* indivíduos em relações de poder” (traduzido e adaptado de Clifford¹⁷), ao invés de cristalizado e reificado; segundo, um entendimento de Comunidade onde as relações interpessoais são definidoras e transformadoras do lugar, materializadoras da Cultura, ao invés de um conjunto limitado de variáveis sociodemográficas e por último, um contexto institucional ele próprio com características sociais e culturais que interferem no encontro clínico ou comunitário, e, por isso, requerem nomeação e reflexão crítica.

Outro aspecto pertinente em torno da questão da competência cultural é que está presente

em todas as escalas da instituição – do encontro clínico com o doente (que ultrapassa o mero *ethnic match*¹⁵ ou adequação entre língua e origem geográfica ou étnica de doente e médico), ao planeamento das actividades das equipas e organização de serviços (presente em intervenções flexíveis que promovem uma adaptação a questões de género/minorias e a dinâmicas familiares aloccêntricasⁱ, ou a recursos distribuídos na comunidade¹², assegurando um apoio eficaz às famílias e aos cuidados por estas providenciados e prevenindo a clivagem com os recursos e redes de apoio existentes nas comunidades). Por isso mesmo, é uma ferramenta de trabalho que, se inicialmente pretendia contribuir ela própria para diminuir a fragilidade de populações vulneráveis e a iniquidade nos cuidados de Saúde Mental, tem potencialidade para se constituir como instrumento a estar presente em qualquer relação com o Outroⁱⁱ, e portanto, em qualquer Comunidade.

Não podemos deixar de assinalar aqui o papel que o pensar o Outro e a Alteridade representa, qualquer que seja a vertente da Psiquiatria – Cultural, Social ou Comunitária. Os conceitos de Alteridade e Diferença na clínica Psiquiátrica confundem-se não infreqüentemente com

i A organização e a orientação dos cuidados de saúde mental pode ser entendida como um produto culturalmente relevante. Tomando como exemplo a filosofia do recovery, um marco fundamental nos desenvolvimentos recentes da Psiquiatria, esta pode facilmente entender a recuperação da autonomia e independência como valores universais, que podem não ser da ambição de grupos étnicos ou sociais que promovem uma estrutura sociocêntrica, ecocêntrica ou cosmocêntrica do indivíduo, e que valorizam, ao invés, qualidades como interdependência, sociabilidade, orientação familiar e cuidado pelos próximos¹².

ii Não existe, à partida, garantia de maior sucesso terapêutico, compreensão ou empatia no trato com doentes que provêm do nosso universo étnico, nem garantias que a acontecer seja mais proveitoso do que trabalhar numa língua desconhecida. A alteridade existe, em última análise, no encontro com qualquer Outro. No entanto, saber conduzir e gerir as diferenças e semelhanças, pontes de entendimento ou divergência, aceitar o que não é entendido ou procurar dar-lhe sentido, é uma tarefa universal, essencialmente clínica, amplificada com a introdução de competência ou sensibilidade cultural, mas nunca exclusiva do atendimento de populações específicas.

o de incompreensibilidade, que clinicamente tem sido usado para designar a bizarria de uma experiência psicopatológica, que perde o carácter de familiaridade e partilha. Tomemo-los aqui de forma mais ampla, e numa outra perspectiva, para designar antes a aceitação do desencontro, por menor que seja, em todas as tentativas de Encontro, e que deve ser entendida não como uma característica definida mas antes como uma predisposição do clínico/investigador.

Tratando-se de uma predisposição, a preocupação com a Alteridade, no âmbito desta reflexão, seria a disponibilidade para entender que a Comunidade (única e incaracterizável) traz para o doente, mas também para o técnico, uma série de significados a descobrir nesse encontro.

Ajuda-nos a compreender melhor o doente e o adoecer, porque, por um lado, resgata as referências (tempo e lugar específico) onde se adocece, e permite desta forma chegar ao patológico não por suspensão da vida quotidiana – o momento em que o doente se constitui como categoria diagnóstica – mas precisamente a partir da ampla variabilidade do Normal e Saudável da pessoa que adocece. Por outro lado, aliando esta predisposição a um modelo compreensivo da doença mental, permite descobrir nesse percurso, que é sempre único e incomparável, de que forma o curso e prognóstico da doença se desenrolam na Comunidade, e como se vão mutuamente transformando. Esta relação de proximidade é talvez melhor

compreendida por analogia com o próprio processo terapêutico – de que Obeyskere nos dá conta através do “Trabalho da Cultura”¹⁸, e que autores como Kirmayer têm abordado sob o ponto de vista da metáfora e do simbólico¹⁹. Cultura e Alteridade podem assim desempenhar um papel fundamental na aproximação à Comunidade. Nomeamos de seguida dois exemplos, em diferentes escalas. No primeiro, a implementação de recursos de Saúde Mental em Comunidades Internacionais, no segundo, a prestação de cuidados a nível das Comunidades Locais.

5.1 – Uma questão de Escala: Comunidades Internacionais

Em 2007 a constituição de um consórcio internacional de decisores políticos e de teóricos e clínicos da área da Saúde Pública e Saúde Mental, sob a designação de *Movement for Global Mental Health*, advogava a implementação de políticas de Saúde Mental em todos os países do mundo. Este movimento era motivado pela elevada prevalência mundial de doenças mentais não tratadas¹, necessidade de implementar e uniformizar estratégias eficazes de entrega de serviços e terapêuticas, defesa dos direitos dos doentes mentais e reunir evidência para suportar estes esforços²⁰⁻²³. Este processo, que decorreu da articulação de cientistas sociais, epidemiologistas e médicos²², levou a uma produção significativa de literatura à qual foram consagradas edições especiais da revista *The Lancet* em 2007 e 2011, reco-

i Esta motivação resultou da constatação de que algumas patologias eram subdiagnosticadas e tratadas, sobretudo em países em vias de desenvolvimento, decorrente por um lado de estudos epidemiológicos que pela primeira vez contemplavam um vasto leque de países “não ocidentais”, e por outro da crescente visibilidade de clínicos e publicações científicas de países normalmente afastados dos maiores centros de publicação.

nhecendo recentemente a impossibilidade de universalizar quer as práticas de saúde apropriadas e efectivas, dada a diversidade de contextos políticos, sociais e económicos^{20,23}, quer os recursos necessários para providenciar serviços de forma efectiva e em equidade²¹ a uma população de doentes que “*existem na pior das condições morais [para quem] a verdade fundamental da saúde mental global é moral*” (adaptado de Kleinman²⁴).

Neste contexto, o reconhecimento do efeito da Cultura na doença mental (e a sua relação com Comunidades particulares) deixa de ser considerado uma assunção à posteriori na abordagem às comunidades internacionais²⁵. Recomenda-se assim que a compreensão local da doença mental, as estratégias locais e a linguagem utilizada sejam aferidas e incluídas em instrumentos adaptados para a Comunidade em causa, por forma a descobrir e avaliar novas e criativas estratégias²⁵. Esta abordagem reflecte uma postura ética ao invés da imposição ética que um modelo monocultural, centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, bem como nos processos intrapsíquicos²⁶, poderia representar.

Pelo contrário, este investimento em estratégias globais para melhorar os cuidados de Saúde Mental transformou-se numa oportunidade para escutar as suas comunidades, reconhecer a multiplicidade de formas que os cuidados

de saúde podem assumir, como podem ser entregues, e a disponibilidade para questionar o modelo dominante, sempre que sentido como insuficiente no encontro com o Outroⁱ.

5.2 – Uma questão de Escala: Comunidades Locais

A marginalização e exclusão dentro das comunidades não são fenómenos novos e acompanham o processo civilizacional, embora as preocupações e receios que as desencadeiam tenham vindo a mudar ao longo do tempo^{3,24}. Apesar disso, o estudo sistemático da sua relação com a doença mental e com a estrutura social e geográfica das comunidades é um fenómeno recente, inaugurado pelo trabalho de Faris e Dunham em 1939, em Chicago – “*Mental Disorders in Urban Areas*”²⁸⁻³¹. A epidemiologia procurou na geografia um suporte para um modelo causal em patologias como psicoses ou comportamentos aditivos²⁸. Já as ciências sociais aliadas à Psiquiatria, reflectem sobre a complexa relação entre espaço, geografia e doença mental em duas perspectivas distintas. Por um lado, sobre a influência dos aspectos geográficos na doença mental (enquanto factores que amplificam ou atenuam a expressão e o curso de determinadas patologiasⁱⁱ, bem como o acesso aos cuidados de saúde). Por outro lado, na direcção oposta, sobre o impacto que a rede de cuidados de saúde mental tem na própria geografia, ou seja, a

i Esta transformação decorre também da reflexão sobre o risco de uma postura neocolonialista na qual “*Mental health workers are ‘the new missionaries’, guilty of naivety, self-righteousness, and grandiosity*”²⁷.

ii Veling³² determina, tal como Kirkbride³³ tinha previamente salientado, que as perturbações psicóticas só eram significativamente mais prevalentes entre grupos de imigrantes (em comparação com a população de acolhimento) quando aqueles viviam em áreas de baixa densidade étnica ou de reduzida proporção de grupos minoritários, ou seja, em grupos minoritários com muito baixa representatividade, aumentando nos de maior densidade étnica apenas em função da sua condensação geográfica.

transformação que os serviços de saúde operam sobre as comunidades, como foi resumido por uma de nós noutro contexto³⁴.

A reflexão sobre comunidades marginalizadas e as suas patologias mentais tem-nos chegado sobretudo das populações urbanas, nomeadamente das grandes metrópoles ou das periferias e subúrbios destas⁴⁵. A íntima relação entre doença mental e fragilidade social, ainda que sem uma direcção de causalidade claramente definida^{29,31,35}, acentua-se em situações de grandes contrastes sociais. Parece aí haver um maior risco de doença mental, menos oportunidades para aceder a um tratamento adequado^{12,36,37}, num ciclo em que o aumento da exposição à violência e a vulnerabilidade à doença física condicionam doenças mentais mais graves e debilitantes que afectam a capacidade de aprender e trabalhar, com menor capacidade para gerir o estigma associado à doença mental, relutância em procurar ajuda e confinamento a um sistema de autorregulação e de suporte muitas vezes já pré-estabelecido mas nem sempre eficaz^{i,37}. Estes ciclos tornam-se mais evidentes no tecido urbano³⁸, por vezes agudamente assinalados em bairros, por guetos, jardins, fossos e pontes/estradas, inscrevendo com maior clareza na sua geografia fenómenos como diversidade cultural e tensões étnicas, segregação e heterogeneidade social.

Sobre este contexto urbano abunda literatura que descreve a criação da diferença a par da defesa da identidade social e cultural, que, ape-

sar de constantemente negociadas, se imprimem fisicamente na estrutura urbana através da formação de comunidades, bairros, territórios, ou seja, através da aglomeração, da criação de limites e de distâncias³⁶⁻³⁹. A observação detalhada da Comunidade pode fornecer pistas valiosas sobre a sua cultura e os seus hábitos, na medida em que estes se concretizam na sua geografia, nas suas escolhas ou no que de mais íntimo são as crenças de uma Comunidade sobre por exemplo, a Saúde Mental. Esta observação permite repensar conceitos como espaço público e privado, clarifica questões de género, organização e dinâmicas familiares, crenças e valores que no fundo se constituem materializações pontuais mas significativas da cultura (uma “*reconceptualização da Cultura de forma espacializada*”⁴⁰).

Atkinson⁴¹ descreve com eloquência como o sentimento de pertença e de “lugar” emerge em locais onde a ligação entre pessoas e lugares está profundamente enraizada, reflectindo a impossível dissociação das relações interpessoais do espaço, quaisquer que sejam as suas circunstâncias. Esta observação tem a potencial vantagem de permitir descobrir ou vislumbrar sentido de agência e autonomia em populações conotadas com alguns dos piores indicadores sociais (pode por exemplo referir-se o trabalho de Sutton e Kemp⁴²). Alguns dos trabalhos pioneiros na intervenção em Psiquiatria Comunitária no âmbito da promoção da Saúde Mental investem nos espaços públicos e nos significados simbólicos que ad-

i Não é, no entanto, exclusivo da estabilidade e estratificação do ambiente urbano, já que encontramos muitas vezes o agravamento de patologias auto-limitadas ou contidas pela Comunidade associado à ruptura destas redes de relação, como a imposta por processos de realojamento, dispersão/migração maciça ou catástrofes naturais.

quiere para o bairro e para as suas diferentes gerações. Assim, olhar a geografia e o urbanismo que se impõem nestes locais, superfície de outros fenómenos, é uma das formas de aproximação à cultura que eles representam, e de aproximação à Comunidade.

Outra questão que emerge na contemporaneidade é a transformação que se opera nas comunidades com a reorganização dos serviços de Saúde Mental e diferenciação dos cuidados. Com a desinstitucionalização dos doentes mentais, e com a conquista de progressiva autonomia, qual a sua vivência de reapropriação do Lugar? Do meio urbano chegam-nos relatos desanimadores de recriações de vida social em torno da rede “invisível” de serviços de Saúde Mental – as urgências, os hospitais de dia, os centros de acolhimento⁴³, o confinamento dos círculos relacionais a outros utentes frequentadores desses espaços, e o que alguns chamaram de novos “guetos psiquiátricos” e de “asilos sem muros”⁴⁴, onde “uma forma de isolamento foi substituída por outra”^{44,45}. Se estas realidades estão na estreita dependência da reacção mais ou menos contentora e in/excludente das comunidades que acolhem os doentes^{43,45}, por outro lado podem reflectir uma insuficiência na dimensão comunitária da Psiquiatria.

6 – Para uma *Práxis* na Comunidade

O desenho de metodologias apropriadas para compreender a subtilidade das mudanças que

se operam na Cultura das Comunidades e a forma como podem influenciar directa e indirectamente a expressão da Doença e da Saúde Mental, tem sido um desafio para o qual a comunidade científica está cada vez mais motivada.

A investigação epidemiológica e das ciências sociais dos primeiros três quartos do século passado, visando trazer para primeiro plano a realidade social de comunidades fragilizadas, desfavorecidas ou isoladas, produziu um substancial corpo teórico, nem sempre daí resultando mudança significativa ou respostas para as expectativas geradas nas populações em estudo. Novos paradigmas de investigação permitem usar o próprio processo de investigação como agente de mudança, captando e fornecendo instrumentos críticos reivindicados pela própria Comunidade local. Esta mudança traduz a incorporação, nas últimas duas décadas, dos métodos de investigação qualitativos nas ciências médicas, especificamente na Psiquiatria e Saúde Mental. No caso particular da investigação “participante”, em oposição ao positivismo que dominava o conhecimento científico produzidoⁱ, ao colocar em evidência como o conhecimento é usado e construído, dá ênfase ao papel social ou ao compromisso com o objecto de investigação do investigador, e alerta para as questões de agência e poder que permeiam os processos de investigação, e as implicações desta última na construção de uma sociedade mais equitativa⁴⁷.

ⁱ Apesar de encontrarmos estudos de caso detalhados em contextos psicoterapêuticos, como a psicanálise, a introdução destes métodos surge após um longo debate sobre os limites dos métodos quantitativos nas investigações em psicologia na década de 70 e 80, a sua validade ecológica, a importância da linguagem e do contexto onde decorriam quer as experiências laboratoriais quer a aplicação de questionários.⁴⁶

A investigação participante reconhece fundamentalmente que participar envolve um movimento bidireccional no qual os investigadores transferem ferramentas para que os membros da Comunidade possam analisar e decidir de forma esclarecida sobre decisões que melhorem a sua qualidade de vida, e a Comunidade transfere o seu conhecimento e experiência para o investigador, na procura de um conhecimento mútuo passível de ser aplicado na Comunidade em causa^{i, 48}. A maioria das publicações nesta área descreve a gestão de factores sociais, contextuais, de linguagem e culturais que algumas populações vulneráveis podem experimentar no recurso a formas de tratamento tradicionais e na articulação com os cuidados de Saúde Mental⁴⁷. Contribui para compreender os *clusters* geográficos ou étnicos de patologia psiquiátrica, a variabilidade no acessos aos cuidados de saúde e na implementação de estratégias de prevenção na área da Saúde Mental^{37,47-49}. De um ponto de vista prático permite desenvolver parcerias e programas comunitários, implementar recursos auto-sustentáveis, avaliar projectos de âmbito social e mental na Comunidade, e intervir directamente, promovendo a mudança e autonomia^{47,49}. Para além da riqueza e diversidade quer de metodologias em campo (grupos de discussão, diálogo com agentes comunitários, notas de campo ou etnográficas, entrevistas semi-estruturadas, video e imagem), quer de análise de dados, estas abordagens permitem

que, dentro dos seus limitesⁱⁱ, haja uma progressiva transformação dos métodos e objectivos do trabalho de acordo com o aporte das comunidades, em função, por exemplo, das perspectivas teóricas émicas emergentes durante a investigação. Algumas das áreas exploradas são a abordagem do estigma da doença mental; a violência de género e estrutural; a abordagem a minorias étnicas e populações marginais; ou a promoção da Saúde Mental em meio escolar.

7. Conclusões

Com este artigo as autoras propunham rever a pertinência da Comunidade como plano de análise para a Psiquiatria Comunitária, e relacioná-la com a sua práxis. Ao longo desta reflexão foi salientada a relação entre Comunidade, Representações Culturais e as próprias fundações da Psiquiatria Comunitária. A abertura para as comunidades pode enriquecer esta área da Psiquiatria em múltiplos sentidos, e está presente em várias escalas. Tendo como referencial uma abordagem que procura integrar o conceito de Alteridade, munida de um sentido profundamente Cultural, torna possível uma Psiquiatria Comunitária mais eficaz em contextos culturais e socioeconómicos distantes, num encontro que não as fragilize e vá ao encontro das suas reais necessidades, na implementação de serviços que tirem partido das estruturas já existentes e que constitua em si mesmo um fundo de desenvolvimento

i Neste processo identificamos inspirações do trabalho de Paulo Freire (com o modelo pedagógico promotor da autodeterminação e consciência crítica) e de Augusto Boal (com o “Teatro do Oprimido”).

ii Não permite validação, replicação ou comparação exterior, e por isso, generalizações a outras comunidades, entre outras.

local. Esta abordagem pode constituir-se como uma ferramenta terapêutica das comunidades locais, ao serviço da melhoria das condições de vida das populações. Reflectindo sobre a pertinência da actuação social que pode caber a esta vertente da Psiquiatria, procedemos ao inventário, pouco exaustivo, das formas e nuances desta aproximação à comunidade. De um ponto de vista quer conceptual quer metodológico, alguns dos conceitos mencionados permitem uma visão em profundidade e reconhecem a subjectividade do processo, de uma forma que, quase poderíamos dizer, relembra o processo de relação terapêutica, e talvez por isso, nos soe tão familiar.

O lugar que a Psiquiatria Comunitária ocupa é pois o lugar multidisciplinar de articulação com técnicos e técnicas, instrumentos que permitem descobrir uma linguagem de sofrimento mas também de esperança, riqueza e diversidade, que permite trabalhar com uma Comunidade que transcende as suas características sociodemográficas. A posição do Psiquiatra Comunitário é pois aquela de fronteira, triando a necessidade de maior ou menor aproximação às comunidades, e da intervenção que poderá ser necessária operar, através de informações que lhe chegam da consulta ou de preocupações da Comunidade. Está pois em posição de reconhecer a vulnerabilidade e resiliência social e cultural das comunidades e dar-lhe um lugar (clínico e institucional).

Esta posição fronteiriça exige à Psiquiatria Comunitária um compromisso nem sempre fácil de realizar – o de compreender as constantes mudanças da sociedade. Para essa concretização, podemos nomear duas características facilitadoras. A primeira diz respeito à premis-

sa da disponibilidade e curiosidade, deixando que a Comunidade entre na relação clínica e que esta vá ao seu encontro, quando tal se constituir pertinente. Requer atenção, perspicácia e trabalho multidisciplinar e em rede. A segunda é transportar para a Comunidade mais disponibilidade do que certezas, recriando-a no momento do encontro, auscultar o que precisa, o que a preocupa, e permitir que firme a sua autonomia, que transparece e se constitui na singularidade do encontro clínico com o indivíduo.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

As autoras declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. Elaborado no âmbito de um projecto de intervenção comunitária.

The authors have declared no competing interests exist. Work developed in the context of a communitarian intervention.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT, Drake RE (eds): Oxford Textbook of Community Mental Health (Oxford Textbooks in Psychiatry). Oxford University Press. 2011.
2. Rapport N: Community. in Barnard A, Spencer J (eds). Encyclopedia of social and cultural anthropology. Routledge. 2003.
3. Foucault M: History of Madness. Routledge. 2006.

4. Fernando S: Race and culture in psychiatry. Croom Helm Press. 1988.
5. Burns T: The origins of community psychiatry. in Burns T. Community Mental Health Teams. Oxford University Press. 2004
6. Fazenda I: Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. *Psilogos*. 2009; 6:111–119.
7. Cardoso G, Maia T: Serviços psiquiátricos na Comunidade com base no hospital geral: um modelo português. *Psilogos*. 2009; 6:54–66 .
8. Cohen CI, Feiner JS, Huffine C, Moffic HS, Thompson KS: The future of community psychiatry. *Community Mental Health Journal*. 2003; 39:459–471.
9. Campiche C, Hippolyte JC, Hipólito J: A Comunidade como Centro. Fundação Calouste Gulbenkian. 1992.
10. Tyrer P: The future of community psychiatry. *International Review of Psychiatry*. 2000; 12:189–190
11. Jain S, Jadhav S: A cultural critique of community psychiatry in India. *International Journal of Health Services*. 2008; 38(3)561-584.
12. Barrio C: The Cultural Relevance of Community Support Programs. *Psychiatric Services*. 2000; 51:879–884.
13. Wykes T: The toxicity of community care. in Tyrer P, Creed F. (Eds) *Community psychiatry in action: analysis and prospects*. Cambridge University Press. 1995; 97-110.
14. Kirmayer LJ: Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry* 2012, 49:149–164
15. Kirmayer LJ, Minas H: The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry* 2000, 45:438–446
16. Center for Mental Health Services: Assertive Community Treatment – Statement on Cultural Competence. consultado a 30 de Julho de 2013 em: http://www.dhs.gov/main/groups/disabilities/documents/pub/dhs_id_027769~1.pdf
17. Clifford J, Marcus GE, (eds) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, University of California Press, 1986
18. Obeyesekere, G: *The work of culture: symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. University of Chicago Press, 1990.
19. Kirmayer, LJ: Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited.
20. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1993, 17.2: 161-195.
21. Horton R: Offline: Is global health neocolonialist?, *The Lancet*, 2013, 382:9906, 1690
22. Minas H, Cohen A: Why focus on mental health systems? *International Journal of Mental Health Systems*, 2007; 1:1.
23. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H: Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007; 370:878–889.
24. Campbell C, Burgess R: The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49:379–395.
25. Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al.: Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2004; 364:900–906.
26. Kleinman A: Global mental health: a failure of humanity. *Lancet*. 2009; 374:603–604.

27. Bass JK, Bolton PA, Murray LK: Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*. 2007; 370:918–919.
28. Fernando GA: The roads less traveled: mapping some pathways on the global mental health research roadmap. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49:396–417.
29. Morgan C, McKenzie K, Fearon P (eds): *Society and Psychosis*. Cambridge University Press, 2008.
30. March DD, Hatch SLS, Morgan CC, Kirkbride JBJ, Bresnahan MM, Fearon PP, et al.: Psychosis and place. *Epidemiologic Reviews*. 2008; 30:84–100.
31. Curtis S: Resilience, social capital and social integration. in Curtis S (ed): *Space, place and mental health*. Ashgate Publishing, Ltd.. 2012.
32. Jones J: The geography of mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2001; 10(4): 219–224.
33. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW: Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165:66–73
34. Kirkbride JB, Morgan C, Fearon P, Dazzan P, Murray RM, Jones PB: Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychological Medicine*. 2007; 37(10):1413–1425.
35. Neto A: O espaço e as suas dinâmicas na Comunidade – que Lugar na Psicose? Comunicação apresentada no VIII Congresso Nacional de Psiquiatria. Porto; 2012 .
36. Quartilho MJ: *Saúde Mental – Estado da Arte*. Ed Univ Coimbra. 2010; 110–116.
37. Snowden LR, Pingitore D: Frequency and scope of mental health service delivery to African Americans in primary care. *Mental Health Services Research*. 2002; 4(3):123–130.
38. Roberts KT, Robinson KM, Topp R, Newman J, Smith E, Stewart C. Community perceptions of mental health needs in an underserved minority neighborhood. *Journal of community health nursing*. 2008; 25(4): 203–217.
39. Low SM: The Edge and the Center: Gated Communities and the discourse of Urban Fear. in Low SM, Lawrence-Zúñiga D (Eds). *Anthropology of space and place: Locating culture*. Wiley-Blackwell. 2003; 387–407.
40. Sutton SE, Kemp SP: Place: A Site of Social and Environmental Inequity. in Sutton SE, Kemp SP (Eds): *The paradox of urban space: inequality and transformation in marginalized communities*. Palgrave Macmillan. 2011.
41. Low SM, Lawrence-Zúñiga D (Eds): *Anthropology of space and place: Locating culture (Vol. 4)*. Wiley-Blackwell. 2003.
42. Atkinson D, Jackson P, Sibley D, Washbourne N (eds): *Cultural Geography: A Critical Dictionary of Key Ideas*. Nº 3. IB Tauris. 2005.
43. Sutton SE, Kemp SP: Introduction: Place as Marginality and Possibility. in Sutton SE, Kemp SP (Eds) *The paradox of urban space: inequality and transformation in marginalized communities*. Palgrave Macmillan. 2011.
44. Yanos PT: Beyond “Landscapes of Despair”: the need for new research on the urban environment, sprawl, and the community integration of persons with severe mental illness. *Health & Place*. 2007; 13(3):672–676.
45. Dear MJ, Wolch JR. *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Cambridge: Polity Press;1987.

46. Parr H. *Mental Health and Social Space: Towards Inclusionary Geographies?*. Wiley-Blackwell; 2008.
47. Harper D, Thompson AR: *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. Wiley-Blackwell. 2012; 4-5.
48. Stacciarini JM, Shattell MM, Coady M, Wiens B: Review: Community-based participatory research approach to address mental health in minority populations. *Community Mental Health Journal*. 2011; 47(5):489–497.
49. Wallerstein N, Duran B: The conceptual, historical, and practice roots of community based participatory research and related participatory traditions. in Minkler M, Wallerstein N (eds) *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. John Wiley & Sons, 2010; 27–52.
50. Baker EL, White LE, Lichtveld MY: Reducing health disparities through community-based research. *Public Health Reports*. 2001, 116(6):517–519.
51. Stacciarini JM: A review of community-based participatory research: a promising approach to address depression among Latinos? *Issues in Mental Health Nursing*. 2009; 30(12):751–757.