



Ano 6, Vol 6, Núm. 1, jan-jun, 2025, pág. 509-529.

Bio-identidade ou Diferenças e Singularidades nos Grupos de Ajuda Mútua de Pessoas com Transtornos de Ansiedade

Bioidentidad o Diferencias y Singularidades en Grupos de Ayuda Mutua para Personas con Trastornos de Ansiedad

Bio-identity or Differences and Singularities in Mutual Help Groups for People with Anxiety Disorders

Rafael da Silva Muniz¹
Renata Sieiro Fernandes²

RESUMO

Nos últimos tempos, a questão da identidade e diferença tornou-se tema central e recorrente no debate educacional. Este artigo apresenta e analisa a (re)construção das identidades dos participantes nos grupos de ajuda mútua (GAM) de pessoas com transtornos de ansiedade a partir da noção de bio-identidade e de diferença e singularidade. O referencial teórico se baseia em Vidal, Roehe, Hall, Rolnik entre outros. A metodologia de pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, sendo bibliográfica e do tipo participante. A técnica para construção de dados foi o questionário com 68 sujeitos. Os resultados apresentam que a participação em GAM enfatiza a construção da identidade fixa ao se atrelar a bioidentidade, com foco em conceitos da área da Saúde. Poucos trazem à tona a busca pela construção de processos de diferença. Neste caso, a contribuição para isso vem de conceitos da Filosofia e do campo dos estudos culturais, que não estão fortemente presentes nos GAM.

Palavras-chaves: Educação. Diferença. Identidade. Grupos de ajuda mútua.

RESUMEN

Este artículo presenta y analiza la (re) construcción de las identidades de los participantes en los grupos de ayuda mutua (GAM) de personas con trastornos de ansiedad a partir de la noción de bio-identidad y de diferencia y singularidad. El referencial teórico se basa en Vidal, Roehe, Hall, Rolnik entre otros. La metodología de investigación es de abordaje cualitativo, descriptivo y analítico, siendo bibliográfica y del tipo participante. Se utilizaron técnicas de construcción de datos por medio de aplicación de cuestionario siendo el muestreo de 68 sujetos. Los resultados muestran que la participación en GAM enfatiza la construcción de la identidad fija al atreverse a la bioidentidad, con foco en conceptos del área de la Salud. Pocos traen a la superficie la búsqueda por la construcción de procesos de diferencia. En este caso, la contribución a esto viene de conceptos de la Filosofía y del campo de los estudios culturales, que no están fuertemente presentes en los GAM.

Palabras clave: Educación. Diferencia. Identidad. Grupos de ayuda mutua.

ABSTRACT

This article presents and analyzes the (re)construction of the identities of the participants in the groups of mutual help(GAM) of people with anxiety disorders from the notion of bio-identity and difference and uniqueness. The theoretical framework is based on Vidal, Roehe, Hall, Rolnik and others. The research methodology is qualitative, descriptive and analytical, being bibliographical and of the participant type. Data construction techniques were used by means of questionnaire application of 68 subjects. The results show that participation in GAM emphasizes the construction of fixed identity when linking bioidentity, focusing on concepts in the area of Health. Few bring to the fore the search for the construction of processes

¹ E-mail. rafaelmuniz@hotmail.com

² E- mail. rsieirof@hotmail.com



of difference. In this case, the contribution to this comes from concepts of Philosophy and the field of cultural studies, which are not strongly present in the GAM.

Key-words: Education. Difference. Identity. Groups of mutual help.

INTRODUÇÃO

O crescimento nas últimas décadas de diversos grupos de ajuda mútua tem apresentado um campo de pesquisa ainda pouco explorado. Para Monteiro (1997) a “[...] ajuda mútua é um dos significativos movimentos sociais contemporâneos e simuladamente um processo de ajuda interpessoal [...]” (MONTEIRO, 1997, p. 449).

Freire (2003) apresenta o conceito de grupo definido por Pichon-Riviere, que afirma que “[...] pode-se falar em grupo, quando um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes se reúne em torno de uma tarefa específica” (PICHON-RIVIERE apud FREIRE, 2003, p. 61). Para a autora, grupo é o conjunto de pessoas diferentes e que possuem um objetivo em comum (mútuo). A diferença entre as pessoas é caracterizada por suas identidades, opiniões e sentimentos (FREIRE, 2003).

Atualmente, existem diversos grupos de ajuda mútua focados nas mais variadas áreas, como: dependência química, compulsão alimentar, jogadores compulsivos, dependentes de sexo, entre outras (MOTA, 2014; ROEHE, 2005).

Este artigo apresenta e analisa a (re)construção das identidades dos participantes nos grupos de ajuda mútua (GAM) de pessoas com transtornos de ansiedade (TA) a partir da noção de bio-identidade e de diferença e singularidade³.

Nos últimos tempos, a questão da identidade e diferença tornou-se tema central e recorrente no debate educacional. Ambos os processos são elementos constituintes da cultura são produzidos e reproduzidos por meio de práticas formativas educativas.

A escolha, especificamente, de grupos relativos a ansiedade e aos transtornos relacionados a ela se dá devido à escassez de trabalhos científicos nesta área e ao aumento dos transtornos de ansiedade nos últimos anos.

A ansiedade é considerada uma condição emocional necessária e natural do corpo humano, que tem como objetivo alertar a presença de alguma ameaça, algum risco ou algo desconhecido. (SADOCK et al., 2016). Ela prepara o organismo para lutar ou fugir das situações. Por ser uma condição natural do corpo humano, as sensações e somatizações são variáveis em intensidade e ocorrência de pessoa para pessoa. O problema ocorre quando essas sensações e somatizações saem do controle dos sujeitos e causam limitações em suas vidas.

Metodologicamente, a pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, sendo bibliográfica e do tipo pesquisa participante. A técnica de construção de dados é o questionário contam com uma amostra de 68 sujeitos.

Em estado de natureza e de ambientes culturais, especialmente, nos meios urbanos e na atualidade, em sociedades capitalistas, desiguais, opressivas e inseguras, as pessoas

³ As abordagens e os instrumentos metodológicos utilizados obedeceram aos procedimentos éticos estabelecidos para a pesquisa científica em Ciências Humanas, de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa.



estão mais sujeitas a desenvolverem transtornos relativos a ansiedade. Por isso, os grupos de ajuda são aliados no seu enfrentamento e no caso da pesquisa, se apresenta como uma problemática de investigação.

Os grupos de ajuda mútua (presenciais e/ou virtuais) têm se tornado uma alternativa viável para os participantes por serem voluntários, com objetivos definidos, formados por pessoas comuns (não especialistas técnicos) e abertos a todas as pessoas independentemente de sua classe social, idade, gênero, etnia, religião, entre outros (MOTA, 2014; ROEHE, 2005).

A participação no grupo de ajuda mútua auxilia os participantes a não se sentirem sozinhos e isolados. Para que isso ocorra, eles devem ter a sensação de pertencimento ao grupo, já que o ambiente é propício e seguro para que os participantes se abram e compartilhem as suas experiências, os seus problemas e as suas dificuldades. (VIDAL, 2007).

DESENVOLVIMENTO

Ansiedade e seus transtornos

O cérebro humano é um órgão extremamente complexo formado por mais de um bilhão de neurônios que se comunicam através de mais de um trilhão de sinapses. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Os neurônios são responsáveis pelos impulsos nervosos do sistema nervoso, que é o responsável pelas somatizações e sensações que ocorrem no corpo humano. (SADOCK et al., 2016). Algumas dessas sensações e somatizações são geradas em decorrência da ansiedade.

Batista e Oliveira (2005) conceituam a ansiedade como um conjunto de manifestações fisiológicas e cognitivas geradas por um sentido de perigo. De acordo com a *American Psychiatric Association* (2014) no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, que é um guia prático para auxiliar os diagnósticos de transtornos mentais, o conceito da ansiedade é apresentado juntamente com o conceito do medo.

Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 189).

Bauman (2008) apresenta que o medo é um sentimento que toda criatura viva conhece e que ele é a ignorância da ameaça e do que deve ser feito frente ao perigo. Para o autor, vivemos em mundo da liquidez, de incertezas e de volatilidade, que admite apenas uma certeza “[...] a de que amanhã não pode ser, não deve ser, não será como hoje – significa um ensaio diário de desaparecimento, sumiço, extinção e morte”. (BAUMAN, 2008. p.10).



Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), em seu relatório mundial, a ansiedade é a consequência de uma incapacidade de enfrentar um evento gerador de estresse. No mesmo relatório é apresentado que a urbanização e as consequências da “ilusão” do desenvolvimento econômico, aumentam as chances dos problemas relacionados à saúde mental. Além do estresse, fatores biológicos e genéticos também influenciam e impactam diretamente no aumento dos casos de desequilíbrio da ansiedade nas pessoas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Margis et al. (2003) conceituam estresse como uma perturbação do equilíbrio emocional e fisiológico. Todas as pessoas são submetidas a estresse ao longo da vida e cada uma responde a ele de uma maneira. Essa resposta depende da característica da pessoa, do seu meio, da sua vivência, sua experiência e da sua capacidade de resposta. As respostas aos estresses ao longo da vida podem manifestar-se através de sintomas inespecíficos de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos, já que dependendo da intensidade, do tempo e da ocorrência do estresse o corpo sofre uma explosão de diversas substâncias como a dopamina, a noradrenalina, a serotonina, o ácido gama-aminobutírico, a glicina, o glutamato, entre outros (MARGIS et al. 2003).

Os sintomas da ansiedade são apresentados como sensações desagradáveis e vagas e sendo únicos e diferentes de pessoa para pessoa. Normalmente são somatizados com: boca seca, suor excessivo, respiração ofegante, batimento cardíaco acelerado, fraqueza muscular, desespero, sensação de perda de controle, diarreia, vertigem, reflexos aumentados, dilatação da pupila, síncope, formigamento das extremidades, tremores, entre outros (SILVA, 2010; SADOCK et al., 2016).

As sensações e somatizações que afetam as pessoas são consideradas normais se forem em pequeno grau e em situações de perigo real. O problema ocorre quando ela é exagerada e/ou sem um estímulo real (CASTILLO et al., 2000).

Para Silva (2010), a ansiedade só se torna uma patologia, chamada de transtorno de ansiedade, “quando a ansiedade se apresenta em uma intensidade ou duração elevada, não proporcional ao estímulo frente ao qual a pessoa se encontra [...]” (SILVA, 2010, p. 203).

De acordo a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID), que é adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para diagnóstico dos transtornos mentais no Brasil, os transtornos de ansiedade são divididos em: fóbicos-ansiosos, agorafobia, fobias sociais, fobias específicas, outros transtornos ansiosos, transtorno do pânico, ansiedade generalizada e transtorno misto ansioso e depressivo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Os transtornos de ansiedade fazem parte dos transtornos mentais e comportamentais mais comuns. (CASTILLO et al. 2000). Estima-se que mais de 450 milhões de pessoas sofram com algum transtorno mental ou comportamental no mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Um dos motivos para o aumento dos casos dos transtornos de ansiedade na atualidade está relacionado à forma de produção capitalista da sociedade. Essa forma de produção, em que as “metas” e os lucros são priorizados em detrimento da saúde, cria uma competição interna nas pessoas e acaba ocasionando estresse e um esgotamento mental. (SANTANA, 2017; LYRA 2006).

Outro motivo é relacionado ao consumismo, onde é vendida a ideia de que a felicidade só é atingida quando se adquire tal “produto”. O problema é que o tal “produto” que, supostamente, trará a felicidade é descartável e logo será trocado por novas



“felicidades”. Isso nunca tem fim, é um ciclo vicioso. O capitalismo e o consumismo criam um ser humano mais individual e superficial. (SANTANA, 2017).

Vivemos numa era em que a miséria, as crises e as doenças geram lucro, sendo legitimados pelo ciclo vital do capital, portanto, o estresse é algo indissociável do sistema capitalista, sendo impossível viver sem se estressar em algum momento da existência estando submetido a essa norma-padrão de vida. (SANTANA, 2017, p. 62).

Conforme apresentado por Santana (2017), a produção capitalista cria um estresse diário e é esse estresse que Margis et al. (2003) conceituam como acontecimento diários menores, e que com o passar dos anos podem manifestar-se através de sintomas inespecíficos de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos (MARGIS et al., 2003).

Grupos de ajuda mútua

O primeiro grupo formal que se tem registro foi os Alcoólicos Anônimos (A.A.) fundado no ano de 1935, no estado de Ohio, nos Estados Unidos, por um corretor da bolsa de valores, William Griffith Wilson e por um médico cirurgião, Robert Holbrook Smith. Os grupos dos A.A. se espalharam, rapidamente, pelos Estados Unidos e, logo em seguida, por todo o mundo. Atualmente, existem mais de 112.000 grupos espalhados em mais de 180 países (AABR, 2017).

No Brasil, a formação do primeiro grupo foi na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1947. Muitos grupos formados no Brasil seguem a estrutura e os princípios do seu precursor, seguindo ou adaptando suas regras e ainda incluindo em seus nomes o termo “anônimo”. (AAP, 2017). Porém, outros grupos não utilizam o termo “anônimo” e possuem sua própria estrutura e princípios.

Os grupos de ajuda são definidos de diversas maneiras na pouca literatura existente, apresentando uma falta de consenso entre os autores. Na literatura são encontrados os termos: grupos de apoio/suporte, grupos de autoajuda, grupos de ajuda mútua ou grupo de terapia.

Para alguns autores como Loeck (2009), os termos “grupos de ajuda mútua” e “grupos de auto-ajuda” referem-se ao mesmo tipo de grupo, em que se configura uma estrutura coletiva de caráter voluntário e não possui profissionais da área da saúde. Já os demais grupos possuem em sua formação algum profissional da área da saúde e por este motivo não são objetos de investigação deste artigo. Este artigo utilizará o termo grupo de ajuda mútua (GAM) por ser mais abrangente que o termo auto ajuda.

No estudo relacionado aos problemas sociais oriundos da globalização e da crise econômica, Lyra (2006) apresenta o crescimento dos grupos de ajuda mútua como forma de resistência ao individualismo.

De acordo com Baptista (2008), os grupos de ajuda mútua têm crescido pelo chamado “movimento de valorização da pessoa”, devido aos grupos não terem um nível hierárquico definido. Ou seja, nos grupos de ajuda mútua, todos os participantes são iguais, independentemente, de sua classe social e/ou de seus bens materiais.

Até o surgimento da *internet*, os diversos grupos de ajuda mútua realizavam suas reuniões na forma presencial, ou seja, em local físico previamente estabelecido e em dias



e horários pré-agendados. Com o advento da *internet* diversos grupos foram criados para serem utilizados somente na forma virtual ou usando essa tecnologia como uma ferramenta a mais aos participantes dos grupos presenciais. As reuniões virtuais ocorrem o tempo todo, independente de dia e horário.

Os objetivos fornecidos aos participantes dos grupos de ajuda mútua, tanto presencial como virtual, são: o acolhimento, o compartilhar das experiências, a redução do isolamento, a esperança e o conforto emocional, entre outros.

Outro objetivo dos grupos de ajuda mútua é estimular, mesmo que de maneira indireta, uma mudança interna nos participantes. Essa mudança é muito importante para todo o grupo, já que qualquer melhoria na vida de um dos participantes serve como modelo para os demais. Roehe (2005 *apud* Levine, 1988) e Vidal (2007), chamam esse modelo de modelo positivo, pois a superação de um participante serve de estímulo aos outros participantes do grupo.

As mudanças internas podem refletir na (re)construção das identidades. Para Silva (2000), em um trabalho que apresenta a produção social da identidade e da diferença, a identidade é conceituada como uma característica própria, e a diferença é o que o outro é. Para o autor, a identidade e a diferença são, em um primeiro momento, características independentes. Porém, interdependentes, na medida em que não é possível confirmar uma identidade sem deixar de estar confirmando indiretamente as diferenças. (SILVA, 2000).

Hall (2002) apresenta que ao se definir como brasileiro as pessoas estão usando uma metáfora, já que suas identidades são pensadas como parte da natureza humana, porém o autor afirma que elas não são pois não fazem parte dos genes. Ou seja, a identidade não é algo palpável ou físico, ela é uma construção cultural e social.

Para Silva (2000), a identidade e a diferença são definições criadas pelo mundo cultural e social ligados ao poder, já que ao designar uma identidade ou uma diferença estamos indiretamente incluindo ou excluindo a pessoa de um grupo. Ou seja, as pessoas são “classificadas” de acordo com sua identidade.

[...] a identidade não é uma essência; não é um dado ou um fato – seja da natureza, seja da cultura, a identidade não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental. Por outro lado, podemos dizer que a identidade é uma construção, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato performativo. A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsistente, inacabada. A identidade está ligada a estruturas discursivas e narrativas. A identidade está ligada a sistemas de representação. A identidade tem estreitas conexões com relações de poder. (SILVA, 2000, p. 8).

Woodward (2000) apresenta que a identidade é relacional e necessita de “algo exterior” ou fora dela para existir, ou seja, a diferença (que é aquilo que ela não é). Para a autora “[...] a construção da identidade é *tanto* simbólica *quanto* social” (p. 10). A autora cita ainda que as identidades estão relacionadas com as posições que as pessoas se identificam e se assumem. Embora sejam a mesma pessoa em momentos diferentes, ocorre um processo de posicionamento social em diferentes lugares e situações, e que as pessoas se posicionam diferentemente de acordo com o contexto social. (WOODWARD, 2000). Ou seja, o que muda, dependendo do contexto social, é o papel e em consequência a identidade, a pessoa é sempre a mesma. A autora ainda apresenta que devido à complexidade da vida moderna são necessárias diversas identidades, por exemplo,



identidade de pai e mãe, de assalariado, de filho, de marido, entre outros. (WOORWARD, 2000).

Para Hall (2002), ao apresentar as concepções de identidade relacionadas ao sujeito, o sujeito sociológico é um indivíduo não autônomo e não autossuficiente, necessitando da relação com outros indivíduos. Essa é considerada a visão clássica da formação da identidade, o “eu” interagindo com a sociedade. Para o autor, esse “eu” está sendo deslocado ou fragmentado na sociedade moderna onde “o sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentada; composto não de uma única, mas de várias identidades [...]”. (HALL, 2002, p.11).

Rolnik (1997) apresenta que as identidades estão mudando e se transformando, deixando de ser identidades locais fixas e dando lugar para as identidades globalizadas flexíveis, que mudam ao bel prazer do “mercado globalizado”. A autora apresenta que as indústrias farmacêuticas, a mídia e a publicidade proporcionam drogas para minimizar os efeitos dessas mudanças. O que está em jogo não é a defesa das identidades locais frente às identidades globais, e sim a referência identitária que deve dar lugar aos acontecimentos num processo de singularização. Para autora essa tensão causa entre outras coisas a “síndrome do pânico”:

Ela acontece quando a desestabilização atual é levada a um tal ponto de exacerbação que se ultrapassa um limiar de suportabilidade. Esta experiência traz a ameaça imaginária de descontrole das forças, que parecem prestes a precipitar-se em qualquer direção, promovendo um caos psíquico, moral, social, e antes de tudo orgânico. É a impressão de que o próprio corpo biológico pode de repente deixar de sustentar-se em sua organicidade e enlouquecer, levando as funções a ganharem autonomia: o coração que dispara, correndo o risco de explodir a qualquer momento; o controle psicomotor que se perde, perigando detonar gestos gratuitamente agressivos; o pulmão que se nega a respirar, anunciando a asfixia, etc. Neste estado de pânico, não basta mais apenas anestesiá-lo a vibratibilidade do corpo, tamanha a violência de invasão das forças. Imobiliza-se então o próprio corpo, que só se deslocará acompanhado. (ROLNIK, 1997, p. 4).

Woodward (2000) apresenta que a construção da identidade anteriormente passava por uma redescoberta do passado, ou seja, das suas referências e ancoragens.

Hall (2002) apresenta a chamada “crise de identidade” como sendo uma mudança nas identidades modernas, onde os indivíduos estão perdendo suas referências e ancoragens, e como consequência suas identidades são deslocadas ou fragmentadas. O autor cita Mercer (1990) afirmando a crise de identidade como “[...] a identidade somente se torna uma questão quando está em crise, quando algo que se supõe como fixo, coerente e estável é deslocado pela experiência da dúvida e da incerteza [...]”. (HALL, 2002 *apud* MERCER, 1990, p. 43).

Silveira (2017) relata que ao serem diagnosticadas com alguma “doença”, muitas pessoas passam por essa crise de identidade ou por dificuldade na reconstrução de suas identidades. Um dos problemas pode ser como as doenças ou a deficiência (consideradas fora do padrão de normalidade) são entendidas na nossa sociedade.

Diniz (2017), diz, por exemplo, que as deficiências não devem ser encaradas como um corpo anormal, já que “[...] a anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida”. (DINIZ, 2017, p .8).



O movimento de inclusão, tanto na área da saúde⁴ como na educação, defende o direito do convívio da diversidade, ele é um movimento de acolhimento de toda e qualquer pessoa e não de exclusão e estigmatização, como em outros ambientes. Mantoan (2015), assim como Silva (2000), apresenta a identidade como sendo “o que se é” e a diferença como sendo “o que o outro é”.

Para Lima (2012), a perspectiva educacional traz a possibilidade de formação humana voltada para o pensar da existência, criando novas formas de relação de reciprocidade e interdependência na sociedade. A autora ainda apresenta que a educação deveria ser pensada como um “[...] espaço de intersecção de saberes múltiplos [...]”. (LIMA, 2012, p.30).

Esta perspectiva da inclusão apresentada é baseada na perspectiva da diferença, conforme conceitos da Filosofia e dos Estudos Culturais, de forma bem diferente do modelo hegemônico médico, que é um modelo excludente. Os Estudos Culturais fomentam a construção dos significados das pessoas na sociedade, uma sociedade marcada por uma homogeneização cultural oriunda de grandes meios de comunicação de massa e por setores privilegiados da sociedade (NEIRA, 2011). E surge com um esforço para criticar o olhar da alta cultura em relação à cultura popular e de massas (NEIRA, 2011). Ou seja, o campo dos Estudos Culturais privilegia a participação de todos, independentemente, de sua condição social, física ou econômica.

Nas práticas de saúde, o modelo hegemônico é o médico ou biomédico, que faz uso do reconhecimento e validação científicos para “negar” outras formas de conhecimentos, por exemplo, as práticas curativas indígenas. Essa hegemonia tem um caráter social e mercadológico, porém, sob a perspectiva dos Estudos Culturais nas práticas de saúde elas deixam de ser hegemônicas e passam a ser heterogêneas. No Brasil, a área da saúde que cuida dessa heterogeneidade nas práticas da saúde é chamada de Práticas Integrativas em Saúde (PICs) (MALLMANN, 2017)

Mallmann (2017) apresenta o conceito dos Estudos Culturais com o campo da saúde como:

Se cultura é um espaço de relações de poder, de luta, de extravasamento, contraposição, os Estudos Culturais representam uma possibilidade de análise e compreensão da sociedade que muito pode colaborar para se pensar também o campo da saúde, tendo em vista a sua perspectiva culturalista de compreensão dos fenômenos sociais. O campo da saúde ocupa um espaço importante na dinâmica social, assim também como seus atores.”. (MALLMANN, 2017, p. 55).

A visão principal adotada ao se falar em doença provém do modelo médico, que define pelos fatores biológicos um catálogo de doenças.

Não se pode colocar como anormalidade o fato de uma pessoa ter um padrão biomédico definido em questões médicas, é necessário que se enxerguem outros fatores que a constituem, como o social. (DINIZ, 2017).

⁴ Um exemplo do movimento de inclusão ocorre na assistência psiquiátrica, quando os pacientes que eram isolados do convívio social e familiar agora são inseridos nas relações com a sociedade. Esse convívio foi estimulado, por exemplo, na assistência psiquiátrica no Brasil, já que até final do século XX os “pacientes” eram internados e isolados do convívio social e familiar, e após longos debates foi proposto um novo modelo de tratamento mais humanizado, de acordo com a Lei Federal nº 10.216. (PAULA, 2008; COLVEIRO et. al., 2004).



De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), a saúde é definida “[...] como ‘não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade’, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social [...]”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 30). Ou seja, a própria OMS define que saúde não está ligada a ausência de alguma enfermidade, mas sim, a um bem-estar da pessoa. Esse bem-estar pode ser atingido independentemente de fatores biológicos.

Tanto do ponto de vista social como do biomédico, as doenças carregam consigo, mesmo que de maneira indireta, um estigma. (SILVEIRA, 2017)

O corpo doente é o corpo indesejado, que, do ponto de vista biomédico precisa ser curado, precisa entrar em harmonia e voltar a ter saúde; do ponto de vista social, é inadequado e perigoso e, para falarmos de contextos do neocapitalismo em que vivemos, é o corpo que traz prejuízos econômicos, não produz e apenas acarreta despesas. (SILVEIRA, 2017, p. 3)

O corpo doente acaba sujeitando as pessoas às críticas negativas e aos julgamentos por parte da sociedade preconceituosa e discriminadora. Essas críticas negativas e julgamentos contribuem para o processo de estigmatização.

Para Goffman (2004), estigmas são características depreciativas sobre as pessoas e que podem ser físicas, morais e/ou mentais, que impactam na socialização devido à falta de sensibilidade e ao preconceito com as pessoas a quem se atribuem essas marcas pejorativas, aumentando ainda mais o sofrimento.

Diferentemente da perspectiva epistemológica dos autores da Filosofia e dos Estudos Culturais apresentados anteriormente, Silveira (2017) traz o termo bioidentidade como um conceito que é utilizado na construção da identidade a partir de questões biológicas, por exemplo, o diagnóstico de uma doença. Para Ortega (2003), a bioidentidade ou identidade somática existe devido ao foco que é dado ao corpo na construção do ser humano.

Almeida (2018) apresenta o conceito de bioidentidade como sendo a identidade de uma pessoa a partir de uma condição biológica. Para a autora, o conceito bioidentidade surge com a mudança no olhar da saúde a partir do século XX, onde ela deixa de ser uma saúde coletiva e passa a ser individual.

PERCURSO METODOLÓGICO E OS RESULTADOS

A pesquisa que dá origem a este artigo é de abordagem qualitativa no campo da Educação. Para Ludke e André (1986), a pesquisa qualitativa na Educação deve colocar o pesquisador como parte da pesquisa estando ele diretamente relacionado com o objeto de estudo. Além disso, as autoras apresentam a necessidade da utilização de técnicas: a observação, a entrevista e a análise documental.

De acordo com os objetivos, a pesquisa é descritiva e analítica, pois tem como foco principal a descrição dos dados construídos a partir de técnicas de construção de dados e estes serão analisados e interpretados a partir de embasamento teórico-conceitual.



A pesquisa também é do tipo participante, pois o pesquisador está imerso no ambiente pesquisado, participando ativamente dos grupos e interagindo com as pessoas pesquisadas.

A construção de dados foi realizada através de questionário semi-estruturado com 34 perguntas abertas e fechadas relacionadas às informações sociais, aos transtornos de ansiedade, à participação nos grupos de ajuda mútua (presenciais e virtuais) e aos processos educativos.

A montagem e a coleta das respostas do questionário foram realizadas por meio do sistema de construção de formulários gratuito da *google* chamado “*google forms*”.

A divulgação e seleção dos participantes se deu pelo envio de convite aos grupos de ajuda mútua de pessoas com transtornos de ansiedade na rede social *facebook*, no fórum *ansiosos.com* e *ansiosos.com.br*, no sistema de conversa instantânea pelo celular *whatsapp*, por contato via telefone e por *e-mail* direcionado aos grupos encontrados na *internet*.

Para participar da pesquisa todos os participantes tinham que aceitar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), tinham que ter mais de 18 anos e tinham que estar participando ou já ter participado de algum grupo de ajuda mútua (presencial ou virtual) para pessoas com transtornos de ansiedade.

Antes da divulgação do questionário foi realizado um teste piloto com 16 pessoas. Ao final dos 18 dias de aplicação do questionário, a pesquisa registrou a amostragem de 68 participantes.

Em relação ao gênero, 80,9% responderam que se identificavam com o gênero feminino e 19,1% se identificam com o gênero masculino.

Em relação a faixa etária, 35,2% estão entre 26 e 35 anos, 30,9% estão entre 36 e 45 anos, 22,1% estão entre 18 e 25 anos, 8,8% estão entre 46 e 55 anos, 1,5% estão entre 56 e 65 e 1,5% está entre 66 e 75 anos.

Na referência à escolaridade, 67,6% dos participantes possuem nível superior, seguido de 27,9% que possuem ensino médio e 4,5% que possuem ensino fundamental.

Na referência ao estado civil do participante, 47,1% são solteiros(as), 32,4% são casados(as), 10,3% moram juntos, 8,8% têm união estável e um 1,4% é desquitado(a)/divorciado(a).

No que se refere ao estado em que o participante reside 35,3% responderam que moram em São Paulo, seguido de Rio de Janeiro que teve 26,5% participantes, Minas Gerais com 11,8% participantes, Rio Grande do Sul com 5,9% de participantes, Espírito Santo e Paraná com 4,4% participantes cada, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Ceará com 2,9% participantes cada e Amazonas e Pernambuco com 1,5% participante cada.

No que toca ao caráter sociodemográfico, na referência ao tipo de local em que os participantes residem, responderam que moram em capital 38,2%, em cidades médias 26,5%, cidades grandes 17,6%, moram em cidades pequenas 13,2% e 4,5% moram no campo ou em áreas rurais.

Após o levantamento das informações sociais dos participantes, foram iniciadas as perguntas referentes aos seus respectivos transtornos de ansiedade. Primeiramente, os participantes deveriam informar quais os transtornos com que eles foram diagnosticados. De acordo com as respostas, a maioria dos participantes foi diagnosticada com transtornos de ansiedade generalizado (TAG) seguido pelo diagnóstico de transtorno do pânico (TP), fobias, agorafobia e outros transtornos.



A primeira pergunta aberta que constava no questionário era: “Como que o(s) transtorno(s) alterou(raram) a pessoa que você é? Ou seja, a sua identidade”. As respostas foram bem diversificadas, algumas expressando de forma clara a(s) mudança(s) em sua identidade e outras nem tão claras. Algumas das respostas foram:

“Afeta minha vida em todos os âmbitos. Difícil fazer e manter amizades, porque minha ansiedade e crises de pânico me impedem de frequentar lugares públicos as vezes. Afeta também no meio profissional: larguei um estágio devido a isso. E afeta também minha vida acadêmica pois não consigo me concentrar direito nas aulas e nos períodos de prova fico muito abalado”. “Deixei de fazer várias coisas”. “Não sou mais a mesma minha vida parou”. “Deixa-me aflito em situações coletivas e em algumas situações familiares”. “Sem vida social e sai do trabalho”. “Limitaram a realização das minhas atividades”. “Me impede de ter um trabalho ou socializar com outras pessoas”. “Me deixando com medo das coisas mais simples que sempre fiz tranquilamente”. “Me isolou do mundo”. “Não sou mais independente e não me socializo mais”. “Tirou meu brilho. Escondeu a minha essência”.

Em algumas das respostas descritas, ocorre o que Silveira (2017) chama de bioidentidade, que é a construção das identidades a partir de uma condição biológica.

“Pareço outra pessoa em relação ao que eu era antes de ter **síndrome do pânico**. Não consigo exercer tarefas simples do dia a dia, como, por exemplo, ir à padaria comprar pão para o café da manhã”. “Sou outra pessoa depois do **diagnóstico da doença!** Autoestima péssima, mudança completa na rotina. Estresse”. “**Transtorno de personalidade/ansiedade**, crises do pânico me faz ser outra também”.

Por ser uma pergunta aberta, também foi realizado o agrupamento pelos sentimentos/sensações mais citados nas respostas e o que mais apareceu foi o **medo**, em 20,5% das respostas.

“Impediram por muitos anos que eu tivesse uma vida plena. Liberdade. **O medo de ter medo por** muitas vezes me fizeram (sic) desistir de trabalhos, estudos e viagens”. “Deixo de fazer o que gosto ou o que preciso por **medo** de ter uma crise”. “**Medo** de fazer coisas simples até de sair na rua”.

Ainda, relacionado aos transtornos, foi perguntado o que causava ansiedade no dia a dia dos participantes. A resposta também era aberta e novamente elas foram bem variadas, tendo aparecido relatos sobre: o trabalho, a violência, o desemprego, os relacionamentos, a relação sexual, as discussões, sair de casa, questões financeiras, doença, interagir com novas pessoas, entre outras.

Os termos que mais apareceram nas respostas foram listados na seguinte ordem: trabalho, doença, violência e sair de casa.



“Meu trabalho me estressa e a violência me dá medo”. “Ambiente de trabalho”. “Relacionamento familiar, doenças, perdas decisões...”. “Desemprego, violência e desunião familiar”. “Meu trabalho ou qualquer doença”. “Doenças, trabalho e violência”. “Relação com minha mãe, meu estágio antigo onde eu sofria muito assédio moral por parte da minha superior; a violência no RJ (nos ônibus etc.) e no meu bairro, instabilidade econômica”. “Os problemas profissionais”. “Ambiente de trabalho”. “Violência, muito barulho e lugares muito cheios”.

Com relação aos tipos de grupos de ajuda mútua aos quais os participantes freqüentam/freqüentaram e o tempo que freqüentam/freqüentaram esses grupos, a maioria respondeu que freqüenta/freqüentou os grupos virtuais em redes sociais, seguido dos virtuais em aplicativos de mensagens de celular, presenciais e aplicativos de conversa *online*.

Outra pergunta relacionada aos grupos de ajuda mútua foi utilizada para levantar o motivo que levou o participante a procurar esse tipo de grupo. As respostas positivas revelam o seguinte:

“Para compartilhar dores e emoções e ver que não sou só eu”. “Para ajudar os outros e ser ajudado, pois é quase uma terapia”. “Porque achei que a convivência com pessoas com o mesmo transtorno que o meu fosse me ajudar e realmente me ajuda muito!”. “Para dividir com outros a minha experiência, aprender sobre os transtornos e poder ajudar também”. “Para entender o que estava acontecendo comigo”. “Para entender mais o transtorno”. “Vontade de compartilhar com pessoas que entendem o que sinto”. “Porque as pessoas que estão ali entendem meu sofrimento ao contrário das pessoas que estão por perto que acham que é frescura”. “Pra me sentir apoiada”.

Ainda, foi perguntado se os participantes tinham sido acolhidos pelo grupo e 61,76% responderam que sim.

“Sim, me senti tão acolhida que dividi minha vida entre antes e depois de minha primeira reunião”. “Sim fui muito bem acolhida. Está sendo uma experiência fantástica”. “Sim, pessoas acolhedoras e simpáticas”. “Fui muito bem acolhida, também fiz questão de acolher e dar apoio a outros também”. “Sim, os grupos costumam ser muito acolhedores, principalmente por se tratar de pessoas com os mesmos problemas”.

Em relação a pergunta referente aos benefícios, as respostas abertas também foram agrupadas em: percepção de alguma melhora ou ausência de percepção de alguma melhora. Perceberam alguma melhora 72,06% dos participantes e 27,94% não perceberam nenhuma melhora.

Referente à percepção dos participantes quanto ao processo de aprendizagem ao freqüentar um grupo, 88,2% responderam que aprenderam ao participar de um grupo e 11,8% consideraram que não aprenderam. Juntamente com essa pergunta, foi perguntando como ocorria o processo do aprendizado.

Para o grupo que considerou que aprendeu, surgiram as seguintes respostas:

“Troca de vivências, apoios”. “Através de artigos postados”. “Me comparando”. “Lendo e ouvindo sobre os sintomas de outras pessoas”. “Quando alguém conta sua experiência e me identificar isso é um aprendizado”. “Interação quando relato algo que alguém já passou e me diz como superou”. “Ao ver que alguns exercícios simples como por exemplo de respiração podem ajudar a controlar uma crise”. “Através de relatos dos participantes”.



“Sabendo das experiências dos outros membros”. “Vendo as várias nuances com o relato de outras pessoas”. “Aprendi a controlar as crises com dicas como respiração e aceitar essa doença”. “Através da experiência dos outros”.

Ainda, relacionado ao processo de aprendizado, foram identificados dados relativos ao “para além”, ou seja, se além de informações dos transtornos os participantes aprenderam algo a mais. Responderam que não tinham aprendido nada além dos seus transtornos 22,05% e 77,95% responderam que aprenderam além das informações dos transtornos:

“Aprendi a respeitar um pouco mais a dor do outro”. “Sim. Que estes tipos de transtornos são mais comuns do que eu supunha”. “Ser autêntico”. “Aprendi que tem pessoas iguais a mim, querendo os mesmos objetivos e lutando contra essa doença”. “A ser mais cautelosa com certas palavras”. “A respeitar pessoas com problemas psiquiátricos”. “Aprendi a não julgar e a não medir a dor do outro”.

Outra pergunta era se a participação em um grupo de ajuda mútua tinha alterado a vida social do participante. Responderam não 55,80% e sim 44,20%.

“Sim... Passei a lidar melhor com as pessoas”. “Sim, me sinto mais tranqüila e me sinto um ser normal... com ansiedade”. “Sim, fiz amigos nessa condição e até fiz uma social com os mesmos”. “Não houve alteração. Sou muito refratária à vida social. "Homo hominis lúpus", ou seja, o homem é o lobo do próprio homem”. “Não, o último grupo agravou meu estado, já não saía de casa, lendo os relatos pioraram”. “Ainda não, pois ainda preciso de mais investigação sobre meu isolamento social. Mas acredito que vai mudar”. “No início sim, para identificar sintomas. Com o tempo me impressionava com casos mais graves q o meu e parei de ler sobre o assunto.”.

Também é possível verificar pelas respostas que para alguns participantes, dois (2) ou 2,9%, a escuta ou leitura de relatos constantes de experiências e sofrimentos, narradas por outros participantes, causa uma dor ainda maior. Nesses casos, esses participantes relataram que pararam de frequentar o(s) grupo(s) pelo aumento do sofrimento causado ao ouvir essas histórias. Esses dois relatos podem ser observados a seguir:

“Não, o último grupo agravou meu estado, já não saía de casa, lendo os relatos pioraram”. “No início sim, para identificar sintomas. Com o tempo me impressionava com casos mais graves q o meu e parei de ler sobre o assunto.”

Também foi perguntado como o participante se sentia ao compartilhar sua(s) história(s) no(s) grupo(s):

“Aliviado de poder desabafar com quem entende”. “Me sinto mais leve, por serem pessoas que me compreendem”. “Me sinto melhor, me sinto aliviada”. “Me sinto importante, me sinto com a oportunidade de ajudar as pessoas com as experiências que vivo”. “Acolhida e compreendida”. “Me sinto bem me faz bem e sei que o meu relato ajudará mais pessoas”. “Às vezes com medo de ser julgado, porém vejo que minha história se repete com várias pessoas”.



Foi perguntado se a participação em um grupo diminuiu o sentimento de isolamento causado em decorrência dos transtornos. Para 88,9% dos participantes o sentimento de isolamento diminuiu ao participar de um grupo de ajuda e para 11,1% esse sentimento de isolamento não diminuiu.

Relacionado ao propósito presente nos grupos de ajuda (poderiam ser marcadas mais de uma opção), 84,70% dos participantes consideram que seja o acolhimento, seguido pelo compartilhamento e pelo fortalecimento com 81,90%, o aprender com 75,00% e o ensinar e o retribuir com 61,10% cada.

Relacionado ao preconceito existente com as pessoas com transtornos de ansiedade, 73,50% dos participantes responderam que já sofreram algum tipo de preconceito e 26,50% responderam que não sofreram nenhum preconceito.

ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com as respostas apresentadas pelos 68 participantes nas 34 perguntas do questionário, foi possível notar a complexidade e o impacto negativo que os transtornos de ansiedade submetem as pessoas, alterando suas vidas sociais e profissionais por completo.

Um fator bastante interessante levantado no questionário foi o perfil principal dos participantes que na sua maioria são moradores de capitais e grandes cidades espalhados pelas cinco regiões do Brasil. Mesmo estando nos grandes centros onde o capitalismo e o consumo são mais fortes, a quase totalidade dos participantes não faz essa ligação entre a forma de vida, a velocidade do dia a dia e o estresse desses grandes centros com as possíveis consequências nos transtornos.

Santana (2017) apresenta que a produção capitalista cria um estresse diário e é esse estresse que Margis et al. (2003) conceituam como acontecimento diários menores, e que com o passar dos anos podem manifestar-se através de sintomas inespecíficos de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos.

Isso pode acontecer por alguns motivos, como a falta desse conhecimento devido ao mascaramento imposto pelas mídias e pela moda do consumo, que não mostram as consequências do estilo de vida acelerado e descartável. (SANTANA, 2017; LYRA, 2006).

Um item interessante analisado na pergunta relacionado ao estado que o participante reside, foi a relação dos participantes que responderam o questionário e a quantidade de grupos encontrados inicialmente na pesquisa. A primeira região com maior número de participantes do questionário foi a região Sudeste com 48% dos participantes e ela também aparece em primeiro na quantidade de grupos encontrados com 78%. A segunda região com maior número de participantes foi a região Sul com 10,3% de participantes e na quantidade de grupos ela aparece em segundo empatado com o Nordeste. E em terceiro no número de participantes aparece o Nordeste com 7,3% dos participantes e ele aparece em segundo empatado com a região Sul na quantidade de grupos encontrados.

Analisando esses números apresentados, percebe-se que existe uma correlação entre a quantidade de grupos encontrados, o número de participantes e os grandes centros urbanos. São Paulo e Rio de Janeiro, cidades mais populosas do Brasil, representam



61,8% dos participantes. O motivo para essa alta elevação no número de participantes, pode ser a vida estressante das grandes cidades e a imposição pelo consumo existente nesses grandes centros.

Outro motivo pode ser relacionado aos medos das cidades que Tuan (2005) apresenta sendo vários, entre eles: o medo da violência, do fogo, da desordem, entre outros, e que são mais propícios a ocorrerem em grandes cidades.

Ao final das seis primeiras perguntas, foi possível identificar o perfil principal dos participantes dos grupos de ajuda mútua para pessoas com transtornos de ansiedade, como sendo formado majoritariamente por pessoas que se identificam com gênero feminino, que estão na faixa etária de 26 até 35 anos, que possuem o nível superior, que são solteiras e que moram na capital de São Paulo. Talvez tenham aparecido mais mulheres como participantes por estarem mais abertas a falarem sobre seus problemas enquanto normalmente os homens são educados a serem “durões” e assumir que possuem algum transtorno emocional pode ser considerado como sinal de fraqueza.

Um estudo epidemiológico realizado pela OMS em mais de trinta (30) cidades do mundo, revelou que a região da Grande São Paulo é a região do mundo com maior nível de pessoas com transtornos de ansiedade e depressão (ANDRADE, 2012). No Brasil a pesquisa foi realizada pela USP e entrevistou cinco mil, quinhentas e trinta e sete (5037) pessoas, sendo que 19,9% responderam que tiveram algum transtorno de ansiedade nos últimos 12 meses. (ANDRADE, 2012). Com base no estudo epidemiológico apresentado e analisando o resultado do estado com maior número de respostas dos participantes, verificamos que se justifica São Paulo ser o primeiro colocado tendo em vista que é a região do mundo com maior prevalência de transtornos mentais (depressão e ansiedade). (ANDRADE, 2012).

Relacionado ao gênero que os participantes se identificam, as respostas também estão próximas aos resultados apresentados no estudo epidemiológico realizado pela OMS, já que no estudo epidemiológico o gênero com maior prevalência foi o feminino e no presente trabalho, 80,9% também responderam que se identificam com o gênero feminino. (ANDRADE, 2012).

Relacionado à idade, o estudo epidemiológico apresentou que a prevalência dos transtornos de ansiedade é maior em pessoas de 50 até 64 anos, seguido de 18 até 34 anos. No presente trabalho, a maioria dos participantes tem entre 18 e 45 anos. O fato desta pesquisa não ter encontrado muitas pessoas com a idade entre 50 e 64 anos, pode ter acontecido devido a uma maior dificuldade em utilizar o computador por essas pessoas. (ANDRADE, 2012).

Percebe-se que a maior parte das pessoas participantes da pesquisa associam suas identidades a uma característica biológica, porém eles esquecem dezenas de outras características biológicas ou não, que poderiam influenciar suas identidades.

A concepção de identidade com foco no biológico segmenta e exclui os indivíduos formando grupos sectários por questões biológicas. Conforme apresentado pelos autores Hall (2014), Rolnik (1997), Woodward (2000), as identidades não são fixas, elas são deslocadas e/ou fragmentadas. A pessoa não deve fixar sua identidade especificamente em características biológicas, já que todos apresentam biologicamente alguma particularidade. Cada um é um, diverso e múltiplo. Hall (2014) apresenta que as identidades variam em diferentes momentos, porém elas são sempre definidas “[...] historicamente e não biologicamente”. (HALL, 2014, p. 12).



As respostas sobre as motivações para a busca e frequência aos grupos de ajuda, é possível notar que, para a maioria dos participantes desta pesquisa, a busca pelo grupo de “iguais” é muito positiva já que alimentam a sensação de não se sentirem sós e não serem discriminadas. Essa sensação acaba fortalecendo o sentimento de pertencimento ao grupo e de gratidão aos outros participantes. Porém, não existe regra inquebrável quando se trata de sentimento de pessoas e cada um tem uma história, um passado, um presente, um sonho, e isso faz com que cada pessoa reaja da sua maneira em determinadas situações. Frequentar grupos de ajuda mútua para algumas pessoas pode ter uma carga negativa, já que são compartilhadas experiências e histórias de muito sofrimento e dor, e dependendo da situação do participante frequentar essas reuniões pode piorar sua situação, como é o caso de um participante que relata o desconforto ao procurar o grupo de ajuda mútua, pois reforçava nele aspecto negativo ligado ao sofrimento, no caso, a mutilação.

As respostas relativas ao acolhimento nos grupos apresentam a importância que o acolhimento aos novos participantes traz as pessoas. Ao serem acolhidos, os novos participantes se sentem aceitos e pertencidos ao grupo. Conforme apresentado por Lima (2012), é impossível falar das relações humanas e não levantar os sentimentos de pertencimento e das relações sociais. Essa sensação de pertencimento e de aceitação pode ser o início de uma mudança em suas identidades, pois passam a se enxergar de uma nova forma, aceitas.

Conforme apresentado por Alvarez et al. (2012) os grupos propiciam um alívio na solidão e no isolamento dos participantes, para Maia et al. (2006) os grupos de ajuda mútua estimulam o conforto emocional e reduzem o isolamento dos participantes. Conforme apresentado pelos autores, os participantes desta pesquisa ratificam essas afirmações, pois a grande maioria tem essa percepção relacionada ao seu isolamento.

Para os participantes dos grupos de ajuda mútua, o auxílio nos grupos ocorre de maneira coletiva, ou seja, todos são auxiliados, conforme apresentado por Monteiro (1997) ao afirmar que esse apoio nos grupos de ajuda mútua ocorre de maneira interpessoal.

A participação no grupo favorece o acolhimento, a diminuição do isolamento, a gratidão, a esperança e uma aceitação do outro independente de seus problemas. Porém, mesmo com esse favorecimento foi verificado que a autonomia dos participantes não sofreu grandes mudanças, já que apenas um terço deles responderam que tiveram alguma mudança. Um dos motivos pode ser a falta de condição social e suporte material externos necessários para desenvolverem suas autonomias.

A grande maioria considera que ocorre um processo de aprendizado nas reuniões dos grupos, e esse aprendizado ocorre na troca de informação, na experiência, nas conversas e lendo informações divulgadas nos grupos. Conforme apresentado por Roehe (2005 *apud* ROOTES e AANES, 1992), o partilhar das experiências entre os participantes é considerado uma intervenção educativa. Essa intervenção tem duas visões, a de quem está narrando e a de quem está ouvindo.

As respostas relacionadas ao processo de aprendizado apresentadas pelos participantes apontam para um dos quatro pilares da educação apresentados por Jacques Delors relacionados a educação do século XXI. (RODRIGUES, 2018). O pilar “aprender a conviver” é visto como um dos aprendizados importantes desse novo século já que a intolerância e os conflitos interpessoais estão aumentando a cada dia. (RODRIGUES, 2018). Quando os participantes dizem, por exemplo, que aprenderam a respeitar o outro,



a não julgar o outro, ser mais humana, entre outras, é um importante aprendizado que os grupos proporcionam, já que seus participantes passam a ter um novo olhar para o outro e esse é um dos sentimentos mais humanos que uma pessoa pode ter.

A aprendizagem e a ajuda promovida pelos grupos de ajuda mútua alteram a construção e/ou reconstrução da identidade dos participantes, já que eles têm a possibilidade de se “enxergarem” nos outros e com isso ressignificarem seus olhares frente aos transtornos. Porém, em muitos relatos as identidades aparecem fixadas em relação ao transtorno. Ou seja, as identidades estão relacionadas a questões biológicas (bioidentidades), quando poderiam estar relacionadas a questões históricas e/ou filosóficas, conforme apresentado por Hall (2014), focando as singularidades e as diferenças.

Com um novo olhar na (re)construção das identidades, os participantes têm a possibilidade de se sentirem mais confiantes e seguros para seguir no enfrentamento do(s) transtorno(s) e dos desafios que aparecem no cotidiano de todo ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem diversos grupos de ajuda mútua para pessoas com transtornos de ansiedade, presencial e virtual, e é necessário que a pessoa que esteja à procura de um desses grupos realize uma visita e/ou uma pequena participação nos grupos até encontrar um grupo que se sinta bem.

A participação nos grupos não tira a necessidade da busca médica ou de outros profissionais da área da saúde, como médicos, psicólogos, terapeutas, entre outros. Os grupos são apenas mais um instrumento ou uma ferramenta dentre diversas outras formas de ajuda existentes.

Para todo e qualquer transtornos mental a busca por orientação médica deve ser o primeiro passo a ser realizado. Os grupos vão servir justamente para ajudarem como um complemento, instrumento e/ou ferramenta, e como uma forma de conhecer mais sobre os transtornos.

Algumas contribuições deste artigo são de que os participantes dos grupos tenham um novo olhar para suas identidades, deixando de olhá-las como identidades fixas, com foco na forma hegemônica médica (as bioidentidades) e passem a olhar como identidades móveis, com um olhar mais filosófico e dos estudos culturais, que privilegiam as singularidades e as diferenças.

Outra contribuição que merece destaque é o de levar aos participantes outras áreas de conhecimento e outros conceitos, como a História, os Estudos Culturais e a Filosofia, para além da Biologia, nos grupos de GAM, de modo a colaborarem com outras possibilidades de construção de identidade, baseada na diferença e não atrelada a doença e aos sintomas corporais. Os grupos podem funcionar como ações micropolíticas de maneira que sirvam de referência inclusive para políticas públicas.

Assim como o grupo de ajuda mútua é um instrumento de apoio, de diminuição do isolamento, de acolhimento, entre outros, existem outros instrumentos que apresentam sua importância e que não foram objetos de estudo deste trabalho. Um deles é a questão da espiritualidade ou religiosidade, já que o ser humano busca as “respostas” em



momentos de problemas pessoais, incluindo, por exemplo, o diagnóstico de uma doença ou o enfrentamento de um problema de saúde.

Esse é um olhar bastante interessante para ser avaliado em futuros trabalhos. Ou seja, investigar como a dimensão espiritual ou religiosa disseminam a noção de identidade e diferença.

REFERÊNCIAS

AABR, **Alcoólicos Anônimos do Brasil**, Disponível em: <<http://www.aabr.com.br/ver.php?id=137&secao=2>> Acesso em 30 set 2017.

AAP, **Alcoólicos Anônimos em Portugal**, Disponível em: <http://www.aaportugal.org/en_GB/page/anonimato> Acesso em: 01 out 2017

ANDRADE, Laura Helena et al. **Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil**. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879> > Acesso em: 01 jun. 2018

AGUIAR, Eliana dos Santos. **Dependência química e Narcóticos Anônimos: a dimensão educativa nos grupos anônimos de ajuda mútua**. 2011, 203 f. Dissertação (Mestrado em educação) – Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Americana, 2011.

ALMEIDA, Melissa Ribeiro de. **“Eu fiz a cirurgia do estômago”: análise da construção da bioidentidade através do Orkut**. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/almeida-eu-fiz-bocc-02-09.pdf>> Acesso em: 31 jan. 2018.

ALVAREZ, Simone Quadros et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5º ed., Editora Artmed, Porto Alegre, 2014. 992 p.

BATISTA, Marcos Antonio; OLIVEIRA, Sandra Maria da Silva Sales. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Psic: Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 43-50, 2005.

BARROS, Luiz Ferri. **A alquimia dos grupos anônimos de auto-ajuda**. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo líquido**. Zahar, 2008.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, 2000

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. Brasiliense, 2017.



FREIRE, Madalena. **O que é Grupo?** (Org.) Grupo: indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento. 3º ed. São Paulo: Espaço Pedagógico, 2003. (Série Seminários).

GOFFMAN, Erving. **Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução de Mathias Lambert, 2004.

GONCALVEZ, Astrid J. P. **Quando amar é sofrer: um estudo etnográfico do grupo de ajuda mulheres que amam demais anônimas.** 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

HALL, Stuart. A identidade em questão. A identidade cultural na pós-modernidade, v. 10, 2002.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade.** 12º ed. Lamparina, 2014. 96 p.

LIMA, Norma Silvia Trindade de. Educação social e escolar: sobre produção de subjetividades, afetos e girassóis. In: **IV Congresso Internacional de Pedagogia Social**, 4., 2012, São Paulo.

LYRA, Fabíola de S. L. P. de. **Suicídio Social**, 2006. 31 f. Monografia (Especialização em Gestão Solidária para as Organizações Sociais) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

LOECK, Jardel Fischer. **Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupo de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)** 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005.

MALLMANN, Camila Luzia; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Práticas (não) hegemônicas em saúde: uma análise a partir dos Estudos Culturais. **Semina: ciências sociais e humanas.** Londrina. Vol. 38, n. 1, p. 676-677, 2017.

MANTOAN, Maria T. E. **Inclusão Escolar: o que é? por quê? como fazer?.** Editora Summus. 2015.

MAIA, Humbertina et al. **Manual de Ajuda Mútua.** 2006. Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação (2006).

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MONTEIRO, Fátima Jorge. Ajuda-mútua e reabilitação. **Aná Psicológica.** Lisboa, v. 15, n. 3, p. 449-452, 1997.

MOTA, Leonardo de Araújo. Aflicção e ajuda mútua em tempos de globalização. **Estudos de Sociologia**, Recife, v. 10, n. 1, p. 155-184, 2004.

NEIRA, Marcos Garcia; NUNES, Mário Luiz Ferrari. Contribuições dos estudos culturais para o currículo da educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 33, n. 3, p. 671-685, 2011.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo, 2007. 1193 p.

_____. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002. 206 p.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 11, v. 1, 2003, p. 59-77.

PAULA, Karoline Vitorino da Silva de. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 836-840, 2008.

PERES, Mario F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

ROEHE, Marcelo Vial. O que são grupos de auto-ajuda. **Revista de Ciências Humanas**, 6.6: p. 197-214, 2005.

RODRIGUES, Moisés Ederson da Silva, et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF**, v. 17, n. 1 53-63, 2012.

RODRIGUES, Zuleide Blanco. **Os quatro pilares de uma educação para o século XXI e suas implicações na prática pedagógica**. Disponível em: <http://www.educacional.com.br/articelistas/outrosEducacao_artigo.asp?artigo=artigo0056> Acesso em: 20 jul. 2018.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. Campinas: Papirus, p. 19-24, 1997.

SADOCK, Benjamin. J., SADOCK, Virgínia. A., RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11º ed., Porto Alegre, Editora Artmed, 2016.

SANTANA, Jean Costa. Capitalismo, estresse e doenças. **Revista Espaço Livre**, v. 11, n. 22, p. 61-65, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo. **Reabilitação Baseada na Comunidade: Diretrizes RBC**. São Paulo, 2010. p. 393 – 417

SILVA, Cristina L. C da. **Ativismo, ajuda mútua e assistência. A atuação das Organizações Não-Governamentais na luta contra a aids**. 1999, 362 f. (Tese em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, Tomaz Tadeu et al. A produção social da identidade e da diferença. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, p. 73-102, 2000.

SILVEIRA, Bruna Rocha. **Bioidentidade e a busca por um significado**. 2017

TUAN, Yi-Fu. **Paisagens do Medo**. Editora UNESP, 2005.



UFAM

REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
e-ISSN 2675-410X



VASCONCELOS, Eduardo Mourão (coord.) et al. **Cartilha [de] Ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos**. Escola de Serviços Social da UFRJ, 2013. 38 p.

VIDAL, Alipio Sánchez. **Manual de psicología comunitaria: un enfoque integrado**. Ediciones Pirámide, 2007.

WOODWARD, Kathryn. "**Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**". Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 7-72.