



Processos de fortalecimento em um Movimento Comunitário de Saúde Mental no Nordeste do Brasil: novos espaços para a loucura

**Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho
Verônica Morais Ximenes
Maria Lúcia Magalhães Bosi**

Resumo: Este artigo focaliza a construção de novos espaços para a loucura no processo de fortalecimento de pessoas que transitaram do papel de usuárias de um serviço de saúde mental para o lugar de cuidadores. Realizamos um estudo de caso no Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim (Fortaleza/Ceará/Brasil). Foram realizadas entrevistas mediadas pela autofotografia e grupo focal. Os resultados apontam que a participação nas atividades do Movimento favorece o fortalecimento, ocorrendo o resgate do valor pessoal e poder pessoal com mudança das crenças sobre si mesmo, sobre o mundo. A categoria fortalecimento mostrou-se importante na avaliação dos serviços de saúde mental. Os participantes referem terem desenvolvido a coragem para reinventar práticas no cotidiano de sua existência. A experiência ecológica também é reconhecida como dimensão de fortalecimento por conduzir a uma maior conexão consigo, com o outro e com a natureza.

Palavras-chave: Psicologia Comunitária, Fortalecimento, Saúde Mental.

Empowerment processes in a Community Mental Health Movement in Northeast of Brazil: New spaces for the madness

Abstract: This article focuses on the construction of new spaces for the madness in the process of empowering people who changing their role in mental health services from the position of patients to citizens. For this it has been conducted a case studying in a Community Mental Health Movement in Bom Jardim, Fortaleza, Ceará, Brazil. Interviews were conducted mediated by the auto and focus groups. The results indicate that participation in the activities of the Movement favors strengthening, resulting in the rescue of personal identity and personal power, and changing beliefs about themselves and about the world. Thus this theoretical category can be an important tool for the evaluation of mental health services. Participants reported having developed the courage to overlap obstacles trying to reinvent practices in their daily existence. The ecologic experience is also recognized as a dimension of empowerment aspect of leading in connection with the others and with the nature.

Keywords: Community Psychology, Empowerment, Mental Health.

Procesos de fortalecimiento en un Movimiento Comunitario de Salud Mental en el Nordeste de Brasil: nuevos espacios para la locura

Resumen: Este artículo focaliza la construcción de nuevos espacios para la locura en el proceso de fortalecimiento de personas que ocuparon el papel de usuarias de un servicio de salud mental para posteriormente se tornaren cuidadoras. Fue realizado un estudio de caso en el Movimiento de Salud Mental Comunitario del Bom Jardim (Fortaleza/Ceará/Brasil). Fueron realizadas entrevistas mediadas por la auto fotografía y grupo focal. Los resultados apuntan que la participación en las actividades del Movimiento favorece el fortalecimiento, ocurriendo el rescate del valor personal

y el poder personal con cambio de las creencias sobre sí mismo, sobre el mundo. La categoría fortalecimiento se mostró importante en la evaluación de los servicios de salud mental. Los participantes refieren haber desarrollado el coraje para reinventar prácticas en el cotidiano de su existencia. La experiencia ecológica también es reconocida como dimensión de fortalecimiento por conducir a una mayor conexión consigo mismo, con el otro y con la naturaleza.

Palabras-clave: Psicología Comunitaria, Fortalecimiento, Salud Mental.

Introdução

Este artigo analisa o processo de fortalecimento de pessoas que passaram da condição de usuários em um serviço de saúde mental para a de cuidadores, inaugurando uma prática inovadora ao superar o papel social de louco e estigmatização dele decorrente. Deriva de um estudo que buscou compreender as transformações ocorridas nas pessoas com experiência de adoecimento, reconhecendo as mudanças de caráter individual (sentimentos, sensações, ideias e percepções) e as coletivas (possibilidade de participar e influir nos espaços coletivos).

Dando visibilidade aos sentidos de fortalecimento, confrontamos, na problematização que embasa esta pesquisa, o silêncio instaurado pela psiquiatria, destituindo o louco do seu poder existencial atestando sua desrazão, sua incapacidade para o trabalho e revestindo-o de periculosidade. Esse processo de isolamento e de segregação do diferente, instaurado desde o século XVIII, atualiza-se na presença de novos estereótipos e formas de aprisionamento nos serviços de saúde mental e na vida cotidiana por meio dos “desejos de manicômio”, que são desejos de dominar, subjugar, classificar, hierarquizar e controlar (Machado & Lavrador, 2001).

Desta forma, os sentidos de fortalecimento que apresentamos neste artigo, são concebidos como rotas de fuga utilizadas pelas pessoas em experiência de adoecimento diante de situações de tensão, dor e medo. São ações micropolíticas essenciais para a saúde, pois permitem estranhar o papel de doente, de submissão ao tratamento e a lógica da tutela, tão presentes nos serviços de saúde mental.

O conceito de fortalecimento que guia este estudo ressoa fortemente no campo da psicologia comunitária (Góis 1993, 2008; Montero, 2003; Martin-Baró, 1998), trazendo aportes para se pensar possibilidades de produção coletiva da saúde mental por reconhecer a capacidade dos indivíduos se implicarem e modificarem seus contextos, em uma política de saúde mental integrada à comunidade, capaz de produzir impactos reais na cultura e na qualidade da atenção à saúde mental. Segundo Góis (2005, p.51), a Psicologia Comunitária é definida como “uma área da Psicologia Social da Libertação voltada para a compreensão da atividade comunitária como atividade social significativa (consciente) própria do modo de vida (objetivo e subjetivo) da comunidade e que abarca seu sistema de relações e representações”. Essa concepção permite-nos tratar mais integralmente a relação entre as práticas comunitárias e o desenvolvimento da saúde mental, reconhecendo a saúde como ação potencializadora do indivíduo e de sua comunidade.

O conceito de fortalecimento aproxima-se dos termos *empowerment* e *empoderamento*, confluindo para uma linha que favorece o desenvolvimento das

peças a partir da participação, do fomento às potencialidades, buscando superar abordagens assistencialistas. Estes conceitos são fundamentais na conformação do campo da saúde mental e coletiva, encontrados em diferentes perspectivas, bem como em diferentes projetos de saúde, sendo comum o uso do termo *empowerment* ou de *empoderamento* nos estudos de saúde e saúde mental (Almeida, Dimenstein & Severo, 2010; Carvalho, 2004; Carvalho & Gastaldo, 2008; Figueiró & Dimenstein, 2010; Vasconcelos, 2003, 2009).

O conceito de *empowerment* nasce na década de 1970, no ideário da Promoção da Saúde, como um conjunto de intervenções que enfatizam a responsabilidade individual desresponsabilizando o estado em uma política neoliberal. Esta perspectiva denominada *empowerment* psicológico segue uma filosofia individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais, centralizando as estratégias de promoção à saúde no fortalecimento da autoestima e na capacidade de adaptação ao meio (Carvalho, 2004; Carvalho & Gastaldo, 2008). Esta concepção de base behaviorista sofreu duras críticas na década de 1980 pelos movimentos sociais, sendo superada pela *Nova Promoção à Saúde* que preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos, em interface com a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e os salários apropriados. Esta nova perspectiva foi denominada *empowerment* comunitário, tendo dentre as suas referências os estudos de psicologia comunitária de Julian Rapport e da pedagogia da libertação de Paulo Freire (Carvalho, 2004).

Apesar de o termo *empowerment* estar presente em abordagens antiopressivas de vários campos do saber, Stotz e Araújo (2004) nos alertam que na tradição anglo-saxônica do liberalismo civil e religioso a palavra *empower* tem como tradução os verbos transitivos autorizar, habilitar ou permitir. A utilização desse conceito sugere a ideia de que o poder é algo vindo de fora do indivíduo ou de sua comunidade ou que exista alguém capaz de autorizar ou dotar de poder outrem, servindo como instrumento de maior controle por parte de alguns grupos e/ou instituições, os quais condicionariam a distribuição de poder aos interesses de seus grupos corporativos. O termo *empowerment* tem sido traduzido pelos neologismos de *apoderamiento* (espanhol) e *empoderamento* (português, espanhol), sem registro no dicionário entre nós.

Neste artigo decidimos utilizar a categoria fortalecimento para retomar um conceito que surge na América Latina, possuindo maior proximidade com a nossa realidade histórica e por superar a confusão que indica o uso do prefixo *em* (*empowerment*, *em poderar*), discutido anteriormente. O conceito fortalecimento emerge na América Latina no final de 1970, quando se discutia que o investimento em políticas sociais centralizava-se nas instituições e esquecia as pessoas, devendo reconhecer as lutas históricas das comunidades e seus elementos culturais. Para Montero (2003), o fortalecimento é definido como:

O processo mediante o qual os membros de uma comunidade desenvolvem conjuntamente capacidades e recursos para controlar sua situação de vida, atuando de maneira comprometida, consciente e crítica, para chegar à transformação de

seu entorno segundo suas necessidades e aspirações, transformando-se ao mesmo tempo a si mesmos. (p.72, tradução nossa¹)

O fortalecimento é um processo individual e psicológico que se constitui na experiência grupal em um contexto socio-histórico. Realiza-se em ações conjuntas e solidárias entre os membros de uma comunidade que compartilham objetivos e expectativas, enfrentando os mesmos problemas. Outro aspecto que queremos destacar é a inexistência de um fortalecimento individual e outro comunitário, pois o desenvolvimento de uma competência pessoal necessita da expressão em um contexto social em função de um coletivo específico.

Método

Dentre os diversos enfoques existentes de pesquisa qualitativa, percorremos uma perspectiva crítica definida por Bosi e Mercado (2007) como a vertente que busca desvelar o sentido da experiência humana em suas dimensões simbólicas compreendidas em seu contexto material e social. O estudo foi realizado no Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim², Organização Não Governamental (ONG) que realiza, desde 1996, ações que integram a saúde mental, a arte, a cultura, a educação e a profissionalização no bairro do Bom Jardim em Fortaleza, Ceará. Este bairro está localizado no sudoeste da capital e conta com uma população estimada de 220 mil habitantes que enfrentam problemas como falta de moradia, emprego, segurança, educação, transporte e saúde, caracterizados por precariedade na infraestrutura e por uma grande demanda de serviços que propiciem melhores condições de vida à população, que se encontra em situações de risco e de vulnerabilidade social.

O Movimento de Saúde Mental Comunitário iniciou com os moradores do bairro Bom Jardim, lideranças das Comunidades Eclesiais de Base e missionários combonianos³, realizando uma formação em Terapia Comunitária no modelo do Projeto quatro varas⁴. Além das atividades terapêuticas o Movimento de Saúde Mental Comunitário desenvolve cursos e formações em Massoterapia, Arte-terapia, Biodança, Horta Comunitária e cultivo de plantas medicinais, dentre outros.

¹ *El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a si mismos* (Montero, 2003. p.72).

² Site do Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim (MSMCBJ): www.msmbj.org.br

³ Os combonianos fazem parte de uma ordem religiosa da Igreja Católica, os missionários combonianos do Coração de Jesus, fundada em 1867 por Daniel Comboni. Os padres combonianos atuam no Nordeste em 13 comunidades, com cerca de 50 padres de diversas nacionalidades. Trabalham preferencialmente com os mais pobres, abandonados na fé e na dimensão social, em localidades do interior e periferias de grandes cidades (Texto retirado do site do MSMCBJ: www.msmbj.org.br).

⁴ O Projeto quatro varas nasceu de um movimento social iniciado em 1985, por posses de terras, na favela do Pirambu, em Fortaleza-CE. As sessões de Terapia Comunitária tiveram início em 1987, sendo institucionalizadas por Adalberto Barreto em 1988, através de um Projeto de Extensão do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará. Logo em seguida o projeto é vinculado a uma Organização Não Governamental (ONG), o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitário (Barreto, 2008).

Da experiência de ser cuidado nas atividades terapêuticas e participação nas formações, várias pessoas ingressaram em ações voluntárias assumindo a facilitação ou cofacilitação dos grupos de terapia comunitária, autoestima, reforço de Matemática, massoterapia e horta comunitária. Das pessoas que passaram do papel de usuários do Movimento para o de cuidadores, selecionamos nesta pesquisa oito pessoas de acordo com os critérios: entrada no Movimento como usuário, com diagnóstico de transtorno mental; mais de um ano de participação nas atividades do serviço e ter assumido a coordenação de alguma atividade de cuidado. Realizamos uma sessão de grupo focal (GF) e duas pessoas foram selecionadas para entrevista (E) mediada pela autofotografia. O critério para participação na entrevista foi ter falado menos no grupo focal e apresentar um diagnóstico de maior comprometimento dos vínculos sociais referindo sintomas como alucinações auditivas, ideias de suicídio, medo de interagir com as pessoas e consequente isolamento social.

No método autofotográfico foi solicitado que cada sujeito produzisse fotografias, em máquina fotográfica disponibilizada pelo pesquisador, de modo a que pudessem descrever as mudanças ocorridas em sua vida após a entrada no Movimento. Na entrevista, o sujeito utilizou as fotos como mediação da sua palavra ao ter a oportunidade de selecionar previamente fatos de sua vida.

O material discursivo foi transcrito e organizado em uma rede interpretativa utilizando a compreensão proporcionada pela hermenêutica crítica (Bosi & Mercado, 2007). O nome dos sujeitos que são referidos neste artigo são fictícios, escolhidos pelos participantes da pesquisa e as fotos omitidas para resguardar a privacidade dos entrevistados. A pesquisa respeitou os aspectos éticos, tendo como base a Resolução no 196/96 e foi aprovada pela coordenação do serviço pesquisado e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, protocolo COMPE No. 103/10.

Análise e discussão do processo de fortalecimento em saúde mental

Para a compreensão do processo de fortalecimento das pessoas que passaram pela experiência de adoecimento, adotamos cinco categorias analíticas: Valor e Poder pessoal; Capacidade de refletir e agir sobre a realidade; Sentimento de comunidade; Negociação do uso da medicação e Experiência ecológica. As três primeiras categorias são utilizadas por Montero (2003) nos estudos de psicologia comunitária. A negociação do uso da medicação e a Experiência ecológica foram incorporadas nesse trabalho a partir da interpretação do material discursivo, como novas categorias surgidas da experiência de adoecimento dos sujeitos desta pesquisa.

Valor pessoal e poder pessoal

As pessoas chegam ao Movimento de Saúde Mental Comunitário com uma sensação intensa de fragilidade, desesperança, enfocando histórias de perda e dor. Emerge um processo de destituição do próprio valor, de restrição aos espaços de fala e nas relações sociais. A existência de sintomas identificados na consulta médica como psiquiátricos, discrimina socialmente o *louco*, o *diferente*, *aquele que sente coisas estranhas*, o *que toma remédio controlado*, o *sem razão*. Na acolhida do Movimento de Saúde Mental

Comunitário puderam compartilhar espaços de escuta e afetividade: “*Chegou (em minha casa) e me deu um abraço, foi um abraço assim bem acolhedor, como se dissesse “eu te vejo como gente”, mesmo eu pobre, morando aqui*” (Inaê, GF). Desta acolhida surgem novas interações e representações capazes de desenvolver o valor e poder pessoal.

Valor pessoal e Poder pessoal são conceitos utilizados por Rogers (1989) como impulsos inatos para o desenvolvimento que abrem possibilidade de transformação das relações de opressão, pois quando as pessoas confiam em si mesmas são capazes de estimular a força do outro. Estes conceitos foram sistematizados por Góis (1993) quando analisou as possibilidades de superação do sujeito diante de situações de opressão da consciência, dos afetos e do próprio corpo quando expostos a uma rede ideológica voltada para o aniquilamento do oprimido. Para Góis (1993), o Valor pessoal é um sentimento de valor intrínseco que se manifesta quando a pessoa entra em contato com o seu núcleo de vida, uma tendência natural para a realização, sentindo-se capaz de viver, de gostar de si mesmo, acreditar na sua capacidade de conviver e de trabalhar. O Poder pessoal é a capacidade de influir na construção de relações saudáveis com os outros e com a realidade, a potência com que se vive a cada momento, buscando o crescimento de si e do outro, e a transformação da realidade (Góis, 1993).

No desenvolvimento do Valor pessoal, há uma tendência de superação da visão fatalista da realidade, dimensão de extrema importância no âmbito da saúde mental. O termo fatalismo descrito por Martín-Baró (1998) provém do latim *fatum*, que significa que seu destino é inevitável e que nada resta ao ser humano a não ser acatar seu fim, já prescrito. Para este autor as ideias mais comuns da atitude fatalista é que a vida está pré-definida por Deus e sua ação não pode mudar o destino, desenvolvendo sentimentos de resignação frente ao próprio destino, aceitação do sofrimento, sem deixar-se afetar pelos sucessos da vida. Para Martín-Baró (1998, p.97) “o fatalismo constitui um valioso instrumento ideológico para as classes dominantes. A aceitação ideológica do fatalismo supõe uma aceitação prática da ordem social opressiva”.

A superação do fatalismo se dá no âmbito da mudança das ideias e na crença de que é capaz de agir, de mudar a sua história: “*Antes de chegar neste grupo eu não tinha muitos sonhos. Eu não sonhava em ter uma família, um dia terminar os estudos e fazer uma faculdade. Agora eu sonho com isso né, acho que talvez é essa uma diferença que fez*” (Jarbas, E). Esta superação exige empenho e trabalho árduo; no excerto acima, o entrevistado fala do cansaço de passar o dia trabalhando e ir para a escola à noite para fazer o ensino médio, mas diz que continuar é uma conquista. Fortalece o sentido de valor pessoal ao superar o poder massificante da realidade, retomando a alegria de viver que para Sawaia (2009) é a base da liberdade que desbloqueia as forças reprimidas da subjetividade, superando as paixões tristes que anulam a potencia de vida, destruindo as relações que sustentam a servidão.

Capacidade de refletir e agir sobre a realidade

Quando uma pessoa é capaz de observar as dificuldades que enfrentou e organizar formas de superação, podendo reconstruir-se a cada desafio, ocorre o desenvolvimento da capacidade de relacionar a reflexão com a ação e vice-versa, traduzindo em atitudes

produtivas as ideias e produzindo novas ideias a partir das ações realizadas. Para que este aspecto do fortalecimento seja desenvolvido é necessária a participação em grupos pautados na escuta, diálogo problematizador, estabelecimento de vínculos afetivos e cooperação. Encontros capazes de gerar mudanças pessoais e coletivas se aproximam do conceito de conscientização, que para Freire (1983) é um processo em que as pessoas se encontram para “desvelar” a realidade em uma relação dialógica, onde se solidariza o refletir e o agir dos sujeitos endereçados ao mundo, superando o ato de depositar ideias de um sujeito no outro ou da simples troca de ideias.

A existência de uma relação dialógica, segundo Freire (1983), implica um processo onde as emoções ocupam papel significativo, onde a amorosidade torna-se elemento imprescindível para que supere o técnico e se estabeleça como um ato político e social, que conduza a profundas implicações e supere a alienação ao destituir o ser humano de seus afetos. O desenvolvimento deste diálogo problematizador e amoroso favorece o desenvolvimento da autonomia e libertação de cada sujeito, potencializando o rompimento do círculo de relações autoritárias na produção do cuidado, desenvolvendo projetos terapêuticos que não percam a dimensão ética.

A participação em grupos capaz de gerar fortalecimento é entendida como conceito também psicológico e não somente sociológico ou político, com total influência na promoção da saúde mental em uma comunidade e no desenvolvimento da consciência dos indivíduos (Góis, 2008; Montero, 2003). O ato de participar implica, portanto, a transformação na maneira de o sujeito refletir sobre a realidade, reconhecendo-se capaz de apropriar-se desta e recriá-la. A possibilidade de tomar parte nas decisões, estabelecer compromissos com os outros é vivenciada no Movimento de Saúde Mental Comunitário nas atividades voluntárias, como referido anteriormente, sendo esta vivência identificada como um fator importante no fortalecimento: “*Ser uma pessoa útil. Não era só aquela pessoa que precisava de medicamento, precisava de consulta, precisava de acolhimento, mas por outro lado eu dava também alguma coisa, o que eu tinha*” (Jarbas, E). O voluntariado que é fruto de uma escolha, capaz de facilitar aprendizados por meio de atividades plenas de sentido que respondem às necessidades subjetivas dos sujeitos e da própria comunidade.

Margarida fala desta dimensão solidária, quando as pessoas que foram ajudadas no Movimento aprenderam novas tecnologias de cuidado, são chamadas a se preocupar com outros que estão fora do bairro: “*Porque a gente fica muito no próprio sentido da minha vida, da vida de quem tá mais próximo, a gente não expande mesmo. Eu acho que o desafio do Movimento é desbravar mais horizontes*” (Margarida, GF). No processo de conscientização, a participação é um chamado a um compromisso comunitário, indo além das questões psicológicas e subjetivas por reconhecer a necessidade de cuidar de si e do outro em uma dimensão social e ecológica, sendo capaz de transformar a si mesmo e se implicar no mundo. *Paulo*, outro entrevistado, refere que nunca deixou de escutar vozes que o depreciavam em um processo de alucinação auditiva característico da esquizofrenia. Mesmo com a recorrência do sintoma, agora em menor intensidade, demonstra forte sentido de fortalecimento ao relatar o desenvolvimento do papel de professor no reforço de Matemática: “*a gente ensinando a gente aprende, né, não é só se doar*” (Paulo, E). Neste voluntariado é reconhecido como uma pessoa que

disponibiliza seus conhecimentos para ajudar às crianças da comunidade, superando o lugar do doente com sintomas em remissão.

Demo (2001) discute outra perspectiva do voluntariado ao lembrar que há uma tradição do Estado brasileiro de brincar de solidariedade por meio de políticas sociais dirigidas ao assistencialismo e que não redistribuem renda, incentivando um voluntariado quando o pleno emprego é inviável na lógica capitalista. Este autor critica este voluntariado assistencialista por desresponsabilizar o Estado de suas obrigações de viabilizar condições de emprego e sustentabilidade. Diferente desta visão utilitarista, o voluntariado no Movimento de Saúde Mental Comunitário é uma estratégia utilizada para aumentar o acesso das pessoas às atividades e fazer circular o cuidado, um dos pilares de sua organização. Bosi e cols. (2011) lembram que uma das características dessa circularidade é a valorização da experiência de ser cuidado para transformar-se em cuidador. Este voluntariado, também, é um espaço profissionalização e mudança do lugar social do louco. Margarida (GF) relata a preocupação do Movimento de Saúde Mental Comunitário com a passagem do voluntariado para a atividade remunerada em virtude da necessidade financeira das pessoas, uma vez que a situação de pobreza do bairro é algo real.

Sentimento de comunidade

Outro aspecto do fortalecimento é um sentimento de apego à comunidade em que a pessoa percebe-se segura neste espaço, incluída, capaz de comprometer-se pessoalmente com as lutas comunitárias. O sentimento psicológico de comunidade dilui o sentimento de alienação, anomia, isolamento e solidão ao satisfazer as necessidades de intimidade, diversidade, pertença e utilidade. Segundo McMillan e Chavis (1986) o sentimento de comunidade “é um sentimento de pertença que os membros possuem, de que os membros se preocupam uns com os outros e com o grupo, em uma fé partilhada de que as necessidades dos membros serão satisfeitas através do compromisso de permanecerem juntos” (p.9, tradução nossa).

O sentimento de comunidade é formado por quatro dimensões: Estatuto de Membro – relaciona-se com o sentimento de pertença em um relacionamento pessoal; Ligações Emocionais Compartilhadas – compromisso e crença de que os membros partilharam a história, lugares comuns, tempo juntos, e experiências similares; Influência – sentimento de importância do grupo para os seus membros e Integração e Satisfação de Necessidades – o sentimento de que as necessidades dos membros serão satisfeitas pelos recursos recebidos pelo seu estatuto de membro no grupo (McMillan & Chavis, 1986).

Para Elvas e Moniz (2010), o sentimento de comunidade contribui para o baixo índice de doenças mentais e de suicídios, sendo capaz de desencadear aumento do bem-estar, qualidade e satisfação de vida, sentido de justiça e capital social, menor solidão e isolamento. Na dimensão coletiva ocorre maior colaboração, mobilização e participação em torno da mudança social, constituindo uma identidade comunitária expressa em ações e palavras carregadas no afeto, impregnadas das individualidades e ao mesmo tempo de um caráter psicossocial (Montero, 2003). Este sentimento de compromisso com a comunidade é apontado por Carina como um objetivo de sua participação “*eu vim para o Movimento (Movimento de Saúde Mental Comunitário) com uma missão de ajudar as pessoas, um*

caminho dentro do bairro, a partir das dificuldades do nosso bairro, como que a gente pode realmente melhorar” (Carina, GF). Na realização do trabalho comunitário *Margarida* lembra a importância de refletir sobre os aspectos de sua individualidade como espaço de potencialização do trabalho social “*participei do grupo da autoestima, a gente trabalhava muito a questão pessoal, também a comunidade, trabalhava questões do masculino e feminino, como é isso na sua vida. Foi me despertando pra outras questões que às vezes a gente deixa esquecido no trabalho comunitário, ser mulher”* (Margarida, GF).

O aparecimento do sentimento de comunidade retoma a dimensão ética do fortalecimento, quando Góis (2008) afirma que o ser livre significa sermos todos livres, sermos povos livres, assumindo um processo de construção e recriação permanente da identidade, rompendo com os valores antivida. Somente na relação amorosa o indivíduo deseja ser ator, superando a posição de conformidade e acomodação, deixando de ser um elemento de funcionamento do sistema social e se torna criador de si mesmo e produtor da sociedade. *Suzana* relata: “*à medida que eu fui melhorando eu fui ensinar aos meninos matemática, na aldeia Pitaguary”* (Suzana, GF).

Na circularidade do cuidado, dar, receber, retribuir, amplia-se a noção de comunidade “*o Movimento ele cresce aqui dentro, mas ele cresce fora assim quando outras pessoas vem aprender na formação e torna-se multiplicadores nos seus espaços, propaga a ideia de acolhimento. Por exemplo, eu recebi, eu voltei pra colaborar e nem todos fazem isso, e uma vez o padre Rino disse que é assim, uns voltam pra colaborar e outros vão colaborar em outros espaços”* (Suzana, GF). O sentimento de comunidade tido como espaço territorial então se alarga pela construção de um novo *ethos*, que para Boff (2001) significa “*a toca do animal ou casa humana, vale dizer, aquela porção do mundo que reservamos para organizar, cuidar e fazer o nosso habitat. Temos que reconstruir a casa comum- a Terra- para que nela todos possam caber”* (p.27).

Nesta casa comum, há vivência dos conflitos, no reconhecimento da saúde como equilíbrio oscilante, da dor como parte da vida e de uma rede de encontros. Encontros permeados de vínculos solidários, com intensa expressão das emoções e afetividade que buscam conduzir a autonomia dos sujeitos. O sentimento de comunidade, de fazer parte, de construir vínculos, evidencia a intrínseca relação entre o cuidado de si e do mundo, desenvolvendo a capacidade de assumir compromisso com a superação da miséria e da alienação do outro.

Negociação do uso da medicação

O processo de fortalecimento abre horizontes existenciais com profundas implicações na forma de compreender a vida, na expressão das emoções e na sensibilidade ao incorporar uma atitude ética definida por Carvalho, Bosi e Freire (2008), como disponibilidade pessoal onde cada profissional permite ser afetado por outra via não teórica e de não isenção. Nesta abertura para a realidade existencial do outro foi destacada a negociação do uso da medicação em uma relação de responsabilidade compartilhada, como quarto aspecto do fortalecimento.

Jarbas fala da convivência diária com a angústia, tristeza e medo quando passou dois anos sem sair de casa: “*comecei indo pra Terapia Comunitária com um amigo, tinha muito medo de ir sozinho, de que uma coisa muito ruim me acontecesse. Só depois de*

um tempo é que tive coragem de ir só” (Jarbas, E). A dose adequada da medicação foi então capaz de ajudá-lo a enfrentar seus medos.

A relação com os medicamentos é complexa ao favorecer a superação de sintomas que geram muita dor, mas podem também desenvolver uma dependência psicológica. Este processo não pode ser superado pela imposição médica, mas negociado. *Suzana* fala como é difícil este processo: *“já recebi alta, o padre Rino disse que eu estou curada, já sinalizou pra tirar a medicação total, porque já tá muito pequena a dose. Eu que pedi pra não tirar agora, porque eu ainda não me sinto segura”* (Suzana, GF).

O serviço de saúde mental ao reconhecer as necessidades existenciais da pessoa em sofrimento, seu projeto de vida, medos e limitações, favorece um processo de fortalecimento capaz de gerar autonomia em uma relação de responsabilidade compartilhada. O uso da medicação para *Flor de Lótus* tem um sentido diferente, lembrando várias situações de sofrimento: *“ele (o psiquiatra) já me ofereceu remédio várias vezes e eu disse: eu não quero remédio, eu prefiro chá. Eu tinha um medo muito grande de me viciar em remédio né, na minha família tem vícios de várias coisas”* (Flor de Lótus, GF). Para Rotelli (2001, p.91) os serviços de saúde mental devem favorecer a experimentação de novas oportunidades e possibilidades, em que o objetivo seja “não da cura, mas da emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam, o processo de singularização e ressingularização”. Um serviço que possa sair da caricatura do papel do louco, capaz de criar novas oportunidades e possibilidades para pessoa por meio de laboratórios e não ambulatoriais, lugares em que se produz cultura, trabalho, intercâmbio e relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não (Rotelli, 2001).

O cuidado que facilita a emancipação pressupõe a existência de uma relação dialógica, em que a pessoa em sofrimento não seja um mero depositário de informações e orientações realizadas pelos profissionais de saúde. Todos são desafiados a superar as situações de opressão, onde opressor e o oprimido encontram-se desumanizados e coisificados numa relação onde o *Ter* se sobrepõe ao *Ser* humano.

Barrio, Perron e Ouellette (2008) afirmam a importância da farmacologia para a desinstitucionalização quando os serviços de saúde mental reconhecem o direito ao consentimento livre e esclarecido para as pessoas que usam medicação, garantindo o acompanhamento necessário para sua suspensão de forma segura. Para Rauter e Peixoto (2009) os usuários de serviços de saúde têm pouca ingerência sobre os tratamentos que recebem ou rotinas a que são submetidos, pois são vistos como um organismo biológico onde um especialista busca aplicar a medicação adequada para corrigir seu transtorno. A prescrição da medicação funciona, desta forma, como poderoso dispositivo de controle contemporâneo.

Suzana fala do uso da medicação *“quando eu cheguei pra ser atendida eu tava a todo instante praticamente tirando a minha vida, mas a partir do momento que eu comecei a me estabilizar um pouco, não foi desconsiderado que eu tinha acabado de terminar uma graduação, não fui empurrada de diazepam e amytril”* (Suzana, GF). Para superar ações de prescrição, medicalização e normatização da dor, os serviços de saúde mental necessitam acompanhar as pessoas em seus diferentes contextos de relações, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território e nas pessoas. Lembramos que o uso da medicação não conduz a uma ausência total de

angústia e sofrimento, onde o limite é dado pelo próprio indivíduo, não podendo haver controle ou regulação do Outro.

É fundamental perceber a beleza da impermanência do humano, reconhecendo a saúde como equilíbrio oscilante, onde a negociação do uso da medicação está inserida na busca não só da remissão de sintomas, mas na experimentação de novas oportunidades e possibilidades de autonomia, produzindo relações de reciprocidade e intenso confronto com a reprodução, rigidez e institucionalização. Dentre as relações de contratualidade, foi ressaltado o poder de negociar o uso da medicação como capaz de inserir o sujeito que adoece em uma relação de troca que supera o valor negativo previamente atribuído ao indivíduo dentro do campo social, favorecendo uma clínica que se distancia da supremacia da economia de mercado.

Experiência ecológica

A experiência ecológica foi referida como aspecto do fortalecimento por redimensionar as crenças religiosas, ampliando o olhar para o transcendente em uma nova compreensão do adoecimento, dos medos e incertezas da vida. Adotamos o conceito de ecologia apresentado por Bosi e cols. (2011) como as relações recíprocas estabelecidas entre os seres humanos e seu meio social, econômico e cultural, valorizando a conexão com a vida por meio de um homem relacional, ecológico e cósmico. Baseado na visão de ecologia profunda de Arne Naess, a dimensão ecológica é considerada inovadora para subsidiar as práticas e modelos de avaliação em saúde mental (Bosi e cols., 2011).

A religiosidade, como os sentimentos de pertença à comunidade, estão associados a níveis mais baixos de depressão, índices mais elevados de esperança e bem-estar, o que também pode explicar a correlação positiva com a qualidade de vida em geral (Rocha & Fleck, 2011). O reconhecimento das práticas religiosas e da espiritualidade tem sido negligenciado nos serviços de saúde, quando os profissionais negam a diversidade espiritual ou mesmo religiosa, produzindo interpretações superficiais deste universo cultural baseadas em suas próprias crenças e nas produções culturais dominantes. Concordamos com Nunes (2009) quando afirma que as influências culturais negadas ou desvalorizadas têm pertencimento de classe, etnia ou gênero, deixando à margem todo um universo de compreensões produzido a partir do lugar social no qual os grupos e pessoas se inscrevem.

A experiência ecológica referida como dimensão do fortalecimento são experiências que ajudam a enriquecer o cotidiano, que conduzem a uma conexão com a dimensão espiritual, com a natureza e os seres vivos no qual o indivíduo tem uma sensação de pertinência. *Jarbas* relata esta experiência no cuidado da horta comunitária: “*cuidar da horta, aquilo lá para mim foi um encontro comigo mesmo. Como meus pais foram agricultores, pra mim foi maravilhoso, tá mexendo com a terra. Acho que foi uma força a mais pra recuperação*” (Jarbas, E). Para *Flor de Lótus*, foi a oportunidade de conviver com os bichos: “*na casa de aprendizagem tinha toda a bicharada. Outra coisa que minha mãe não deixava a gente fazer, bicho não deveria entrar dentro de casa, e quando então a gente pegava, apanhava. Lá no Movimento eu recebi todo esse carinho dos bichos*” (Flor de Lótus, GF).

A experiência religiosa também pode se aliar a dor, quando *Jarbas* relata: “*meus pais eram evangélicos, então eles traziam aquela coisa muito rígida, aquela coisa do pecado, aquela coisa do castigo. Eu acho que psicologicamente me trouxe algumas feridas e com os grupos eu descobri que isto são ponto de vista, só a vista de um ponto só*” (Jarbas, E). Para Boff (2001), existem experiências transcendentais negativas, são pseudotranscendências que diminuem a humanização do ser, provocando um endeusamento e fetichização do cotidiano, como as experiências provocadas pelas drogas, o universo do marketing, do show bizz ou experiências religiosas que evocam mudanças efêmeras, deixando o cotidiano triste e opaco. A verdadeira transcendência ajuda a enriquecer e assumir o cotidiano, ampliando a liberdade e energia para enfrentar os desafios diários (Boff, 2001).

A experiência de transcendência se configura uma estratégia de cuidado em saúde mental por lidar com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações e sentidos humanos da existência, capazes de operar transformações existenciais que “permitem auscultar dimensões radicais do humano, as quais a maioria das pessoas resiste a enfrentar, abrindo portas para uma sabedoria pessoal mais profunda, e para formas específicas de conhecimento, de competência e poder” (Vasconcelos, 2003, p.305).

Em um mito originado na tradição ioruba (com origem na Nigéria) e afro-brasileira, Vasconcelos (2003) descreve as transformações ocorridas pela experiência de adoecimento. A figura de Omulu é representada por um homem que tem o corpo coberto de palha para ocultar diversas chagas que foram provocadas por inúmeras doenças e conflitos com a mãe. Ele é rejeitado por sua família e pelos moradores da aldeia indo se refugiar na floresta à procura de seu próprio caminho. Ao lidar com as próprias dores e doenças é transformado em curador. Volta às aldeias que antes o expulsavam carregando seus apetrechos de cura, vários tipos de águas, remédios e poções (*atós*), para realizar curas e rituais de proteção. Voltou à própria casa, podendo curar os seus pais.

O mito do *curador ferido* fala de uma dor intensa e solitária capaz de modificar relações de desprezo e exclusão para relações de cura e cuidado. *Suzana* fala deste aprendizado “*Quando eu vejo assim uma pessoa, por exemplo, com tentativa de suicídio, eu olho pra aquela pessoa com uma compaixão que muitas vezes eu não fui olhada né, porque eu entendo que aquela pessoa tem uma dor tão grande que naquele momento ela não tá suportando e que ela precisa de ajuda, ao invés de julgamento, de condenação*” (Susana, GF). *Flor de Lótus* sofreu uma série de conflitos e abusos na infância que passou muito tempo para reconhecer. Hoje fala em como aprendeu a tomar posição, da capacidade de cuidar do outro de forma sensível e empática “*Você chega no ônibus, por exemplo, você sente à distância quando uma pessoa tá passando por uma necessidade, você conversa, você passa a mão. Alguma coisa acontece na sua vida diária porque você aprendeu aqui no dia a dia*” (Flor de Lótus, GF).

A transformação das feridas em poder de cura não é natural, se configurando como um processo de *cuidado da alma*, de ocupar-se consigo. Para Foucault (2006), o cuidado de si representa o momento do despertar, em que os olhos se abrem para alcançar a luz, um movimento de permanente inquietude no sentido da existência. A epiméleia heautoû (cuidado de si) designa precisamente “o conjunto das condições de espiritualidade, o

conjunto das transformações de si que constituem a condição necessária para que se possa ter acesso à verdade” (Foucault, 2006, p.21). Ocupar-se consigo, cuidar das próprias feridas, é um caminho apresentado pelos sujeitos desta pesquisa como propiciador de fortalecimento, como experiência que conduz a uma vivência ecológica que fomenta o que Sawaia (2009) descreve como a felicidade ético-política que é sentida quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade na conquista da cidadania e da emancipação de si e do outro.

Considerações finais

Artigos recentes destacam a dificuldade dos serviços de saúde mental em realizar práticas de cuidado que produzam saúde e autonomia das pessoas, pouco estimulando a organização mais independente dos usuários e familiares, uma vez que tal espaço é ainda liderado, em sua grande maioria, pelos técnicos dos serviços (Almeida, Dimenstein & Severo, 2010; Figueiró & Dimenstein, 2010; Vasconcelos, 2009). As situações de exclusão representam para Sawaia (2009) uma ameaça à existência, cerceando a experiência, a mobilidade, produzindo intenso sofrimento, bloqueando o poder do corpo de afetar e ser afetado.

Enfocando os sentidos de fortalecimento de homens e mulheres que passaram pela experiência de sofrimento reconhecemos a potência de sujeitos, o que lhes faz escapar do interdito manicomial. No resgate do valor pessoal e do poder pessoal ocorrem mudanças nas crenças sobre si mesmo, sobre o mundo, experimentando a coragem de fazer diferente, superando atitudes fatalistas que promovem a passividade, acomodação e desqualificação. Ao apresentar um sentimento de comunidade a pessoa percebe-se mais segura, reconhecendo espaços de trocas, de solidariedades, materializados principalmente por meio de atividades voluntárias. Nas atividades do Movimento de Saúde Mental Comunitário analisado, vimos que usuários são reconhecidos como pessoas, com identidade na comunidade e não como pacientes. Inaugura-se desta forma, um novo espaço social para a loucura, superando relações de tutela e de segregação.

Foi evidenciado como importante para o fortalecimento, a negociação do uso da medicação, reconhecendo a pessoa que sofre como sujeito do tratamento, em sua capacidade de compreender seu diagnóstico e negociar as formas de tratamento. Outro aspecto foi a experiência ecológica como ampliação da conexão consigo, com o outro e a vida, onde o desenvolvimento pessoal é mediado pela profunda implicação com o Outro, a comunidade e a natureza.

Nos vários aspectos do fortalecimento que surgiram das histórias aqui retratadas de dor e superação de pessoas que passaram pela situação de adoecimento, reconhecemos o conceito de fortalecimento, surgido na práxis da psicologia comunitária, como fundamental no enriquecimento do campo da saúde mental. Desse modo, não existe sujeito fora de um sentido de comunidade, onde os processos de fortalecimento não se engessam em teorias ou em atividades de cuidado, mas reivindicam o respeito ao território existencial como suporte à expressão da dor, da insatisfação, da possibilidade de ser e desejar coisas diferentes, de rompimento com uma ideologia de submissão e de resignação na compreensão do modo de vida de sua comunidade e de si mesmo.

Referências

- Almeida, K. S., Dimenstein, M. & Severo, A. K. (2010). Empoderamento e Atenção Psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 14 (34), 577-89.
- Barreto, A. P. (2008). *Terapia comunitária: passo a passo*. 3.ed. revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- Barrio, L. R., Perron, N., & Ouellette, J-N. (2008). Psicotrópicos e Saúde Mental: escutar ou regular o sofrimento? In R. O. Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides, (Orgs.) *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp.125- 151). São Paulo: Ed. Hucitec.
- Boff, L. (2001). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. São Paulo: Sextante.
- Bosi, M. L. M. & Mercado, F. J. (2007). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. (2.ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bosi, M. L. M., Carvalho, L. B., Sobreira, M. A. A. , Ximenes, V. M, Liberato, M. T. C., & Godoy, M. G. C. (2011). Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1231-1252.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.
- Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Cienc. Saúde Colet.*, 13(2), 2029-40.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C.. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Rev Saúde Pública*, 42(4):700-6.
- Demo, P. (2001). Brincando de solidariedade: política social de primeira dama. In M. O. S. Silva (Org.). *A comunidade solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil* (pp.43- 69). São Paulo: Cortez.
- Elvas, S. & Moniz, M. J. V. (2010). Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica*, 28(3), 451-464.
- Foucault, M. (2006). *Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Figueiró, R. de A. & Dimenstein, M.. (2010) O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal, Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446.
- Freire, P. (1983). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Góis, C. W. L. (1993). *Noções de Psicologia Comunitária*. Fortaleza: Editora Viver.
- Góis, C. W. L. (2005). *Psicologia Comunitária – atividade e consciência*. Fortaleza: Instituto Paulo Freire.
- Góis, C. W. L. (2008). *Saúde Comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C.; (2001) Loucura e Subjetividade. Em L. D. Machado, M. C. e Lavrador, & Outros (Org.), *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. (pp.50-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la Liberación*. Madrid: Editorial Trota.
- McMillan, D. & Chavis, D (1986). Sense Of Community: Definition And Theory. *Journal Of Community Psychology*. 14, 6-23.

- Montero, M. (2003). Teoría e práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Nunes, M. O. (2009). O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 38-47.
- Rauter, C. & Peixoto, P. T. C. (2009). Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicologia em estudo*, Maringá, 14(2), 267-275.
- Rogers, C. R. (1989). *Sobre O Poder Pessoal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rocha, N. S. & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev. psiquiatr. clín.*, 38(1), 19-23.
- Rotelli, F. (2001). Desinstitucionalização: uma outra via. In F. Rotelli, O. Leonardis, & D. Mauri (Orgs.), *Desinstitucionalização* (pp.17-59). São Paulo: Ed. Hucitec
- Stotz, E. N. & Araújo, J. W. G. (2004). Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 13(2), 5-19.
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3): 364-372.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Ed. Paulus.
- Vasconcelos, E. M. (2009) Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1).

Recebido em agosto 2012

Aceito em setembro 2012

Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho – Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), psicóloga, professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – Campus Sousa.

Verônica Moraes Ximenes – Psicóloga, Doutora em Psicologia (Universidade de Barcelona), Professora Associado da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Bolsista produtividade CNPq.

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Professora Titular – Departamento de Saúde Comunitária. Coordenadora do Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS). Universidade Federal do Ceará.

Endereço para contato: apsobreira1@hotmail.com